Miembro activo de:
CIE - FEPPEN
Sintraseguridadsocial-CUT

ANEC

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA No. 78 • JUL 2014

Las enfermeras se comprometen

con el reto de la salud familiar y comunitaria

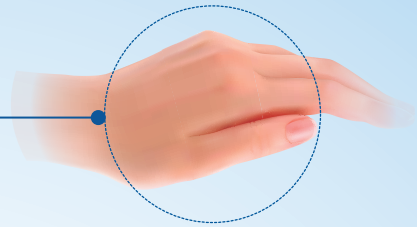
Heridas e infecciones: es mejor prevenir que lamentar.

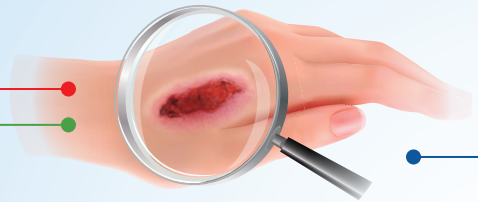
Isodine®

Las heridas son pan de cada día y no discriminan edad; todos estamos propensos a sufrirlas y por eso es importante conocer algunos aspectos básicos sobre las mismas, qué implicaciones tienen y cómo podemos estar bien preparados para cuando ocurran.

LA PIEL

La piel es el órgano más extenso del cuerpo. Es nuestra primera línea de defensa contra todos los agentes externos del medio ambiente que pueden afectarnos. La piel está compuesta de varias capas para desempeñar adecuadamente la labor de protección. Además, cumple otras funciones muy importantes como la sudoración, la sensitiva y la nutricional. Al mismo tiempo, sobre nuestra piel viven también varios microorganismos, llamados conjuntamente la "flora normal" (incluyen bacterias, hongos y algunos parásitos), que no la penetran y nos protegen de otros gérmenes causantes de enfermedades.





LAS HERIDAS

Las heridas son lesiones en las que se pierde la integridad de la piel y los tejidos blandos. Debido a esto, la flora normal y otros gérmenes pueden entrar al cuerpo, colonizar la herida y causar infecciones.

Se han clasificado las heridas en varios tipos, debido a que todas tienen el potencial de infectarse y complicarse, pero unas con más riesgo que otras. De manera general, se agrupan en:

- ***Punzantes:*** causadas por objetos puntiagudos. Son muy peligrosas, con riesgo inminente de infección.
- ***Cortantes:*** por objetos afilados. Son heridas con bordes limpios y lineales, con riesgo de sangrado e infección.
- ***Cortopunzantes:*** por objetos puntiagudos y filosos. Puede incorporar riesgos de las dos anteriores.
- ***Abrasiones o raspones:*** causadas por fricción o rozamiento de la piel con superficies duras sucias, por lo que generalmente se infectan.
- ***Laceraciones:*** lesiones producidas por objetos de bordes dentados que generan desgarros de la piel.
- ***Avulsivas:*** son lesiones con desgarramiento y separación de la piel, suele presentar una hemorragia abundante.
- ***Mordeduras de animal:*** son de extrema precaución, puesto que tienen alto riesgo de infección y de transmitir enfermedades como la rabia.

Se puede saber que una herida está infectada porque presenta dolor, inflamación, enrojecimiento y supuración de material purulento (pus). En estos casos es necesario la consulta al médico. Sin embargo, se puede evitar la infección y prevenir la aparición de serias complicaciones: **"Es mejor, prevenir que lamentar".**

Por eso debes saber **Primeros Auxilios** en el manejo de las heridas.

PASO 1 Lavado

El manejo inicial de toda herida involucra realizar un lavado mecánico que permita remover la suciedad, los microorganismos y el tejido que se haya desprendido. El lavado debe realizarse con abundante agua y un agente jabonoso antiséptico (Isodine Espuma), lo que permita dejar rápidamente la herida limpia y realizar la antisepsia. Después de lavada, debe identificarse adecuadamente la profundidad y gravedad de la lesión. Ante cualquier duda siempre será mejor consultar al médico.

PASO 2 Antisepsia

Una vez limpia la herida, es necesario protegerla con un antiséptico que elimina y evita la proliferación de nuevos gérmenes sin afectar la piel y tejidos vivos (Isodine Solución). El antiséptico crea una capa protectora que puede verse y seguirse mientras se cura la herida. Este proceso debe repetirse varias veces al día según necesidad hasta que la herida haya sanado completamente. Un signo clásico de la irritación y lesión con los antisépticos es el ardor, el cual puede retardar el adecuado proceso de cicatrización de la herida. Por tanto, un buen antiséptico no debe generar ardor ni ser tóxico, no debe absorberse por la piel y debe permitir que la piel se cicatrice adecuadamente. Adicionalmente, el antiséptico ideal debe acabar con la mayor cantidad posible de gérmenes de una manera rápida y prolongada para evitar posibles infecciones.

Isodine®, un antiséptico ideal.

Isodine® (Yodopovidona) es el antiséptico ideal que reúne todos estos beneficios, al combinar la acción antiséptica del yodo con la liberación lenta y sostenida que otorga la polividona. Isodine® tiene un bajo perfil de toxicidad, puede usarse en pacientes de todas las edades y aplicarse en heridas en piel y mucosas. Tiene una rápida acción sobre muchos gérmenes causantes de enfermedades* y no irrita la piel, permitiendo llevar a cabo el proceso normal de cicatrización. Isodine® en sus dos presentaciones, Espuma y Solución, permiten hacer los pasos básicos 1 y 2 de los Primeros Auxilios para las heridas. La larga experiencia de Isodine® en Colombia demuestra que es un antiséptico seguro y eficaz en el manejo de todo tipo de heridas.

Germen causante de enfermedades	Tiempo para eliminar el germen en segundos*
Staphylococcus	15-180
Pseudomona	15-80
Streptococcus	15-30
Escherichia	30-120
Salmonella	15-60
Candida	10-120
Enterobacter	60
Klebsiella	60
Clostridium	30-60
Corynebacterium	60
Mycobacterium	60-120

ISODINE. Es un medicamento, no exceder su consumo. Leer indicaciones y contraindicaciones en la etiqueta. Si los síntomas persisten consulte a su médico. Isodine Solución Reg. INVIMA 2010 M-002439-R3 y Espuma Reg. INVIMA 2010 M-002437-R1. Indicación: antiséptico de uso externo.

Contenido

ANEC

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA

ISSN 0124-6003 - Lic. Mingobierno No. 000650

JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Beatriz Carvallo Suárez	Presidenta
María Carolina Prada M.	Vicepresidenta
Teresa Briceño Pineda.	Secretaria General
Blanca Cecilia Vargas	Fiscal
Esperanza Morales Correa	Tesorera

SECRETARÍAS:

Luis Ricardo Bonilla	Relaciones Internacionales
Angela María Mejía U.	Comunicación y Publicidad
Zamira Nader	Salud y Bienestar Social
Gloria Arenas Cadavid	Educación, Aspectos Políticos
Alba Elena Correa U.	Relaciones Intersindicales

DIRECCIÓN GENERAL

Beatriz Carvallo Suárez

CONSEJO EDITORIAL

Esperanza Morales Correa
Beatriz Carvallo Suárez
Carolina Prada Moreno
Teresa Briceño Pineda

SECCIONALES

Antioquia	Atlántico
Bolívar	Boyacá
Caldas	Cauca
Cesar	Córdoba
Cundinamarca	Guajira
Meta	Nariño
Norte de Santander	Quindío
Risaralda	Santander
San Andrés Islas	Tolima
Valle del Cauca	

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Piedad A. Salazar Castaño - DIG - 318 877 8442 - 479 6544

IMPRESIÓN

Printer Colombiana S.A.

ANEC

Cra. 27 No. 46-21 - 2º piso - Telefax: 2683535 - 2692095
E-mail: anecnal@anec.org.co
Web: www.anec.org.co - Bogotá, Colombia

Valor : $ 5.000 • Julio 2014

Publicación de la ANEC, respetamos la pluralidad ideológica de nuestros colaboradores, la cual se ve reflejada en los diferentes artículos.

Editorial

Comentarios a la Revisión de Constitucionalidad del Proyecto de Ley Estatutaria de Salud

Gestión ANEC 2

Conclusiones del Plenum Nacional de Presidentas y de la LXXVI Asamblea Nacional de Delegadas de la ANEC 4
Aportando en la construcción del Programa Básico para la especialidad de salud familiar y comunitaria 7
Continuamos con el compromiso indeclinable de defensa del derecho a la salud y la seguridad social 9
Día Internacional de la Enfermera, Bogotá, mayo 29 de 2014 10
Foro "La enfermería y su contribución a la salud y a la educación del país: Presente y futuro" 12

Seccionales 14

Las quejas sobre el cuidado de enfermería durante los 10 años de la Ley 911 de 2004 14
Nuevas Juntas Directivas Seccionales ANEC , 2014 15
ANEC Seccional Cundinamarca realiza Asamblea de afiliadas 16
Revista en español Consejo Internacional de Enfermeras, CIE 17
Cecilia Silva de Mojica una enfermera ejemplar 18
Recordando a la colega Olivia Ramírez Prato 19
Encuentro generacional en conmemoración del Día Internacional de la Enfermera 20
Celebración Día Internacional de la Enfermera ANEC, Seccional Atlántico 21
La anec participa en el proceso de desarrollo de la salud mental para el país 23

Internacionales 24

Intervención de la CUT, ante la Comisión de Aplicación de Normas 103 Conferencia Internacional del Trabajo 24
Conferencia y CRN del CIE 27
Comunicados de prensa:
Conjunto de instrumentos para la gobernanza de la Junta de Reglamentación 28
Las enfermeras son un recurso esencial para la salud, dice el Consejo Internacional de Enfermeras 29
Unos fuertes recursos humanos de enfermería son esenciales para conseguir la cobertura universal de la salud (CUS) 30
Declaración del Consejo Internacional de Enfermeras, CIE - FEPPEN
La formación y la práctica profesional de los recursos humanos de Enfermería en los países de América Latina y del Caribe 31

Científicas 34

Acabar con el Sida es posible en 2030, dice la ONU, 16 de julio de 2014 34
¡EL AGUA… 35
Diferentes caminos a la universalidad de los servicios de salud en América Latina 36
Rodrigo Saldarriaga creó el hábito de ir a teatro 37
La educación en Colombia aumenta las brechas sociales 39
Foro: Exposición a agentes químicos en trabajadores de la salud 41

Sociolaboral 42

Tesis VI Congreso CUT, Santa Marta, Septiembre 24 al 26 de 2014 42
Calvario de las pensiones 43
Base de datos del RUN aporta indicadores sociolaborales de profesionales de enfermería 44
La Nueva Reforma Tributaria 46
Conflicto laboral en el Hospital "Amor de Patria" de San Andrés Islas 47

Editorial

Comentarios a la Revisión de Constitucionalidad del Proyecto de Ley Estatutaria de Salud

Carolina Prada Moreno - Junta Directiva Nacional ANEC

Tenían que transcurrir dos décadas para que la Corte Constitucional, Institución de la estructura de la rama jurisdiccional del poder público, nacida del seno de la Constitución Política del año 91, diera a conocer el enfoque de la salud y el sistema de salud que se tiene desde la visión del Estado neoliberal colombiano, a través de la Ley Estatutaria de Salud[1].

> Durante dos decenios, los colombianos hemos asistido y experimentado la aplicación incesante de seis leyes en materia de salud, incluida la que antecedió al modelo de aseguramiento, ley de descentralización en salud.

Durante estos dos decenios, los colombianos hemos asistido y experimentado la aplicación incesante de seis leyes en materia de salud, incluida la que antecedió al modelo de aseguramiento, ley de descentralización en salud[2]. Así mismo sentencias que en forma consolidada a través de la Sentencia -T 760 de 1998 reconoce que la salud es un derecho fundamental.

Tan profusa normatividad que continuamente modifica las reglas del juego en la operación del sistema, posterga indefinidamente las soluciones de fondo respecto de los graves problemas de salud de los colombianos que todos los días enferman y mueren a causa del sistema de salud, como es evidente constatar tan solo con un ejemplo: las Metas de Desarrollo del milenio, con límite de cumplimiento para el año 2015 y Colombia no las cumplirá en materia de salud.

Si bien, las actuaciones judiciales logradas mediante sentencias de la Corte Constitucional han permitido la evolución constitucional y

1. Expediente PE-040 – Sentencia C-313/14 de Mayo 29, Magistrado Ponente Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.
2. Ley 10 de 1990 de descentralización en salud. Ley 60 de 1993 Distribución de competencias y recursos. Ley 100 de 1993 Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS. Ley 1122 de 2007 que modifica el SGSSS. Ley 715 de 2011 normas orgánicas en materia de recursos y competencias para salud y educación y Ley 1438 de 2011 que reforma el SGSSS.

judicial de la salud en su reconocimiento como derecho fundamental, al constituirse la Corte en un factor más de cohesión del aparato de Estado, el derecho fundamental a la salud no se materializará en forma exponencial sino aislada, debido a que la Corte por su esencia, forma parte integral del régimen político actual, que no es otro que el afín a un Estado capitalista y neoliberal.

La Corte no entra a intervenir aspectos constitutivos del derecho fundamental, como es la orientación y definición que en una sociedad de plenos derechos debe darse a un sistema de salud. En la definición establecida en la ley Estatutaria, en el artículo 4º, la Corte declara exequible la autonomía del Estado a lo que este disponga entre otros en: "…instituciones;...financiamiento; controles; información y evaluación"; y añade: "...el mandato no supone una potestad para disminuir los factores existentes que configuran el sistema de salud…", se refiere por supuesto al actual sistema de salud el cual todo el mundo conoce, está basado en la intermediación, la privatización, la financiarización de los recursos destinados a salud, la precarización del trabajo del grupo laboral del sector y el crecimiento económico, este si exponencial, de algunos agentes principalmente los aseguradores y de algunos prestadores, consolidación de grandes negocios dentro del sistema de salud, que continuarán amenazando la salud y la vida de miles de colombianos.

El Régimen Político, de acuerdo con autores como Pedro Medellín, es: "el sistema específico de relaciones (e instituciones), en el que la existencia de una estructura jurídico política, le permite al Estado constituirse en factor de cohesión de los niveles en que se desenvuelve una formación social (la economía, la justicia, la política, la administración, etc)…". Es innegable que la Corte Constitucional forma parte de dicha estructura, los 9 magistrados que la integran son elegidos por el Senado de ternas enviadas por el Presidente de la República, la Corte Suprema de Justicia y el Consejo de Estado.

Durante la Cumbre Nacional por la Salud, realizada en la ciudad de Medellín en febrero de 2014, convocada por el Banco Interamericano de Desarrollo y el Ministerio de Salud y Protección Social, el ex constituyente Antonio Yepes Parra, dio a conocer a los asistentes un episodio nunca antes relatado sucedido durante el proceso constituyente del 91; quedó de la siguiente manera registrado en las memorias[3]: "En la propuesta inicial de la Subcomisión (encargada de la redacción de lo que sería el título II de la Constitución denominado "De los derechos, las garantías y los deberes"), aparece la consignación de la salud como derecho humano, la cual fue aprobada por la plenaria de julio de 1991. De manera bastante extraña tal carácter, precisamente, desapareció en el informe final de la Comisión Codificadora y en la gaceta Constitucional…". Era que ya cabalgaban jadeando a todo vapor las fuerzas del mercado hacia el sistema de salud. Corresponde a la Corte Constitucional como entidad judicial velar por la integridad y supremacía de esta Constitución.

3. Ministerio de Salud y Protección Social, Banco Interamericano de Desarrollo. "Cumbre nacional por la Salud" Bogotá, Mayo de 2014, pág. 41.

Conclusiones del Plenum Nacional de Presidentas y de La LXXVI Asamblea Nacional de Delegadas de la ANEC

Bogotá, julio 3, 4 y 5 de 2014

La Junta Directiva Nacional realizó en la ciudad de Bogotá, del 3 al 5 de julio del presente año, el Plénum Nacional de Presidentas y la Asamblea Nacional de Delegadas, correspondientes a las instancias de asesoría del Plenum y como máximo órgano de decisión y dirección, la Asamblea Nacional contó con la presencia de 17 de sus 19 seccionales, lo cual nos demuestra el interés que la organización en su conjunto tiene por el fortalecimiento y proyección social de la Asociación, para contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo de este grupo profesional, elemento indispensable para el desarrollo gremial y fortalecimiento colectivo e impulsar el acceso a un Sistema de Seguridad Social Universal para toda la población.

La Presidenta Nacional, Esperanza Morales presentó un saludo de bienvenida a las y los Asambleístas reseñando que la actual coyuntura económica, política y social del país exige de las afiliadas a la ANEC, fortalecer su institucionalidad internamente y hacia el exterior, consolidando sus niveles de relacionamiento en el ámbito nacional e internacional, a partir de la unidad, la solidaridad y el compromiso como piedra angular para el desarrollo de un proceso colectivo gremial, en la construcción de ciudadanía y sociedad.

Participantes

Con la Presencia de la Junta Directiva Nacional y 17 presidentas seccionales se realizó el Plenum Nacional, desarrollando una agenda de trabajo orientada a revisar previamente la propuesta de orden del día de la Asamblea y algunos aspectos relacionados con situaciones especiales de algunas Seccionales. La Asamblea Nacional se constituyó con 43 delegadas oficiales de los departamentos de: Antioquía, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Córdoba, Guajira, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, San Andrés, Santander, Tolima y 2 observadoras, estableciendo así el quórum reglamentario para deliberar. La agenda de trabajo abordo aspectos organizativos, socio-laborales y gremiales de interés para la Profesión y para el país.

A continuación presentamos un resumen de las principales decisiones tomadas:

Plan de Acción 2014 – 2015

A partir de la construcción colectiva se elaboró y aprobó el Plan de Acción de la ANEC para el periodo 2014 - 2015, manteniendo los tres ejes de acción: Gremial, Sindical y Científico, reforzando el trabajo de unidad con: las organizaciones nacionales de enfermería para salvaguardar la autonomía y autorregulación profesional; de trabajadores, para el restablecimiento de relaciones de trabajo decentes y un entorno laboral digno para el ejercicio de las profesionales de enfermería y con las organizaciones de mujeres para fortalecer la perspectiva de género desde la organización.

Informes de Gestión de la Junta Directiva Nacional y Seccionales

Se rindió un Informe pormenorizado de la gestión de la Junta Directiva Nacional, en cumplimiento del Plan Nacional de Acción aprobado por la anterior Asamblea, así mismo se presentó el consolidado de la gestión de las seccionales, resaltando el esfuerzo de la organización para gestionar los recursos limitados y dar cumplimiento a los planes de acción en lo gremial, científico y sindical, cumpliendo además con las obligaciones de funcionamiento y tributarias, como parte de la responsabilidad que le implica la existencia de un NIT único a nivel nacional, buscando preservar los activos y el patrimonio de la organización.

Situaciones Especiales de algunas seccionales:

Se informa a la Asamblea la situación de intervención de las seccionales: Meta, Valle del Cauca y Cundinamarca, las cuales, en el marco estatutario, continúan en el proceso de ajuste a su gestión administrativa y financiera, a través del Plan de trabajo concertado con la Junta Directiva Nacional. Recientemente se intervino la Seccional Córdoba, para la cual la nueva Junta Directiva Nacional, deberá establecer un plan de acompañamiento para ajustar su funcionamiento administrativo y financiero en el segundo semestre del año 2014.

Elección Junta Directiva Nacional y representantes al Consejo Técnico Nacional de Enfermería, período 2014 – 2016.

Mediante la aplicación de las disposiciones estatuarias se desarrolla el proceso de elección de la Junta Directiva Nacional, quedando integrada de la siguiente manera:

Nombre	Cargo	Seccional
Beatriz Carvallo Suárez	Presidenta	Cundinamarca
Carolina Prada	Vicepresidenta	Cundinamarca
Teresa Briceño	Secretaria General	Santander
Esperanza Morales	Tesorera	Cundinamarca
Cecilia Vargas	Fiscal	Cundinamarca
SECRETARÍAS		
Ángela María Mejía	Comunicación y Publicidad	Caldas
Zamira Nader	Salud y Bienestar Social	Atlántico
Alba Correa	Organización e Intersindical	Antioquía
Gloria Stella Arenas	Educación	Antioquía
Ricardo Bonilla	Relaciones Internacionales	Cundinamarca

De igual manera, la Asamblea elige a Gloría Stella Arenas y a Beatriz Carvallo como representantes de la ANEC, ante el Consejo Técnico Nacional de Enfermería, CTNE, periodo 2014-2016.

Informes del XIX y XX Congresos Nacionales de Enfermería:

Martha Quintero, Fiscal de la Seccional Boyacá, anfitriona del XIX Congreso Nacional de Enfermería, realizado en la ciudad de Paipa del 12 al 15 de octubre del 2011, presentó el Informe académico y financiero de este Congreso, el cual desarrolló como tema central: "Las enfermeras impulsan el acceso de la población a un nuevo Sistema de Seguridad Social Integral". En este espacio, Esperanza Morales, Presidenta de la Junta Directiva Nacional, rindió el informe ejecutivo del XX Congreso con el tema: "Las Enfermeras, al frente de la Atención Primaria en Salud", realizado en la ciudad de Santa Marta del 23 al 26 de Octubre del año 2013. Las Delegadas expresan su reconocimiento y felicitan a la Junta Directiva Nacional, por su gestión comprometida con el éxito de este evento, reconociendo el apoyo solidario de las seccionales de ANEC y de la Unidad de Registro Profesional de Enfermería, RUN.

Elección de la sede del XXI Congreso Nacional de Enfermería

Para esta postulación se presentaron las Seccionales: Cauca, Antioquia y Risaralda, las cuales cumplieron con todos los requisito exigidos, por las disposiciones normativas de la Junta Directiva Nacional. La Seccional Risaralda obtuvo la mayor votación, el Congreso se llevará a cabo en la ciudad de Pereira, en el mes de octubre de 2015. Felicitamos a las colegas de la Seccional Risaralda y les deseamos los mayores éxitos.

Estados financieros de la Junta Directiva Nacional

Se aprobaron los Balances y Estados de resultados correspondientes a los años 2011, 2012 y 2013. Los Estados Financieros del RUN se presentaron y aprobaron en este mismo espacio. Igualmente se aprobaron los presupuestos para la vigencia del año 2014. Las asambleístas señalaron la importancia de diversificar los ingresos de la organización en el nivel nacional y seccional, para no depender exclusivamente de las cuotas societarias, lo cual permitirá ampliar los servicios a las afiliadas y una mayor cobertura de la Asociación.

Asamblea Nacional Ordinaria de la Organización Colegial de Enfermería, OCE

La Presidenta de la Organización Colegial de Enfermería, Carolina Prada Moreno instaló oficialmente la Asamblea de la OCE, iniciando con la presentación de un marco referencial sobre el cual se desarrolla la actividad de los colegios profesionales y la fortaleza que representa el desarrollo del Registro Profesional de la ANEC, para el momento en que la OCE en convenio con la ANEC, asuma la función pública delegada, otorgada por la Ley 1164 de 2007 del Registro Único del Talento Humano de enfermería y la expedición de la respectiva Tarjeta Profesional.

Se presentó el informe de Gestión de la Junta Directiva de la OCE y se pone a consideración de las delegadas los Estados financieros del año 2013 y el presupuesto para la vigencia del año 2014 y su correspondiente Plan de Acción, aspectos que son aprobados por unanimidad.

Aportando en la construcción del Programa Básico para la especialidad de salud familiar y comunitaria, SFC

Esperanza Morales Correa - Junta Directiva Nacional

La Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN, la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC, el Consejo Técnico Nacional de Enfermería, CTNE y la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar, atendieron la convocatoria realizada por el Viceministerio de Salud Pública y la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud, a través de la reunión realizada el día 24 de Abril de 2014, donde se hicieron presentes las unidades académicas que desarrollan programas de educación superior en Salud, de las cuales se hicieron presentes representantes de 25 Universidades. El objetivo de ésta reunión fue conformar el equipo de trabajo y concertar el plan de acción, para la construcción del programa básico de la especialización en Salud Familiar y Comunitaria, para profesionales de la Salud y de las Ciencias Sociales.

A continuación se relacionan las actividades, los productos, el cronograma del plan de trabajo, concertado y las responsabilidades compartidas, entre el Ministerio de Salud, MSPS, las Instituciones de Educación Superior, IES y los grupos de trabajo generales y específicos, integrados para atender esta temática:

Actividad de fortalecimiento	Responsables	Documento - Producto	Tiempos - 2014
Validación de la información de los programas actuales	MSPS con todas las IES	Base de datos	30 de Abril.
Revisión bibliográfica y comparación de experiencias	Grupo específico: IES - MSPS	Justificación	Mayo
Construcción de la propuesta de perfil y competencias del profesional especializado en salud familiar y comunitaria.	Grupo específico: IES - MSPS	Propuesta de perfil y competencias	Mayo - Junio
Validación del perfil y competencias	Grupo completo de IES	Perfil y competencias	18 de Junio
Diseño del currículo basado en competencias y de la propuesta de orientaciones para escenarios de práctica	Grupo específico: IES - MSPS	Propuesta del currículo básico	Junio - Julio
Validación del currículo basado en competencias y de las orientaciones para escenarios de práctica	Grupo completo de IES - MSPS	Currículo básico	18 de Julio
Consolidación del diseño del programa de salud familiar y comunitaria	Grupo específico: IES - MSPS	Propuesta	Agosto
Validación del diseño	MSPS grupo completo de las IES	Documento validado	14 de Agosto
Validación con expertos, MEN, dependencias del MSPS	MSPS - IES	Documento final	4 de Septiembre
Divulgación con diferentes actores - CONACES, EPS; IPS; Entidades Territoriales - reuniones de concertación a nivel territorial	MSPS - IES	Publicación de la información. Acuerdos con actores territoriales	Octubre, Noviembre, Diciembre
Gestión para apertura de nuevos programas técnico y administrativo	IES - MSPS	Documento maestro convenios docencia servicio	A partir de Julio

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Acta de reunión del 24 de abril, para la construcción del programa básico de la especialización en Salud Familiar y Comunitaria.

Como resultado del trabajo de los grupos específicos, en la reunión general, del día 18 de Junio se presentaron y socializaron los siguientes productos de la especialización:

- Aspectos teóricos y conceptuales
- Justificación.
- Perfil y Competencias Profesionales.

Estos documentos ya han venido recibiendo la retroalimentación de los diferentes participantes del grupo general, quienes estén interesadas en conocer el material y los avances de este proceso pueden consultar la Web de la ANEC www.anec.org.co Link de noticias.

Los elementos incluidos en los aspectos teóricos y conceptuales de la especialización, se relacionan con los temas de atención primaria en salud, salud pública, cuidado primario, salud familiar y comunitaria SFC, haciendo énfasis en retos, estrategias, características y formas de interacción que sirvan de fundamento conceptual para la formación de las y los profesionales en esta especialización.

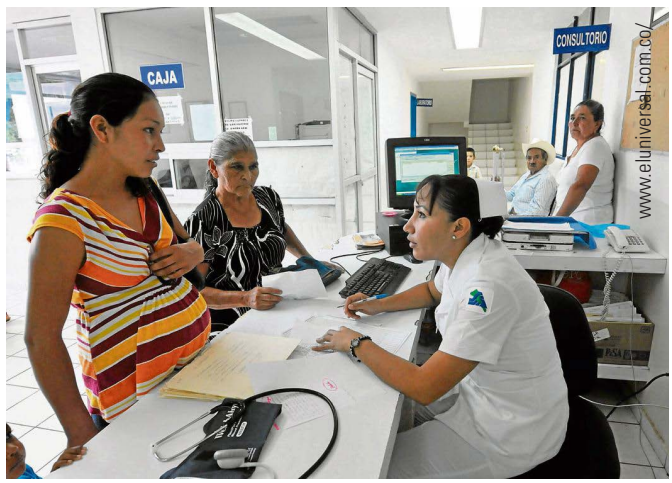
La oportunidad de la formación multidisciplinaria e interdisciplinaria, es indispensable por las necesidades y demandas de salud y los avances en el conocimiento, en los sistemas de salud y en las tecnologías, indispensables para que se cumpla un rol avanzado en la planificación, prestación, administración y gestión de la salud.

El perfil de este especialista, comporta una amplia formación en salud y sólidas bases éticas, humanísticas y sociales; con alta calidad humana, capacidad de liderazgo, responsabilidad social, pensamiento crítico y de transformación, y un profundo compromiso con la salud de los individuos, las familias y las comunidades. Tiene una mirada holística que le permite comprender las condiciones, situaciones, cambios familiares y comunitarios en un contexto particular; le posibilita crear dinámicas integradoras e interdisciplinarias; y promover la participación social, la cooperación intersectorial, el trabajo colaborativo y en red con acciones caracterizadas por la integralidad.

Implica al especialista un abordaje sistémico de la salud de las personas, familias y comunidades. Atender integralmente los procesos de salud y enfermedad según el contexto y la etapa de ciclo vital de la persona y la familia y responder a las potencialidades y necesidades de la comunidad, la familia y las personas de un territorio específico, desde una perspectiva bio-psico-social, partiendo de los principios científicos, humanísticos y éticos, coherentes con los elementos de la Atención Primaria en Salud, APS.

Finalmente reseñamos los elementos expresados por la Presidenta de la ANEC, en este espacio: quien expresó su compromiso de trabajar en unidad de acción con ACOFAEN en esta construcción, indicando que es un área del ejercicio de la profesión en la cual el actual modelo de salud le ha restringido su ejercicio asistencial, para desplazarlo hacia un rol más administrativo y de auditoria, desdibujado su papel de intervenciones en el ámbito comunitario. Resaltó igualmente que los organismos internacionales de Salud: OMS/OPS, han reconocido el papel fundamental de las Enfermeras(os) y su liderazgo en el trabajo interdisciplinario, en el área de las intervenciones en salud familiar y comunitaria, con resultados favorables en los indicadores de Salud Pública, a partir de las acciones en Atención Primaria en Salud.

Considera pertinente que este equipo de trabajo además de establecer un currículo para formar especialistas en Salud Familiar y Comunitaria, incluya los aspectos relacionados con los entornos laborales donde va ejercer esta profesional, lo cual exige que a la par se establezca una política laboral digna, con incentivos para el ejercicio de esta especialidad.



Continuamos con el compromiso indeclinable de defensa del derecho a la salud y la seguridad social

Beatriz Carvallo Suárez - Junta Directiva Nacional

Dando cumplimiento a una de nuestras funciones estatutarias que establece: "Participar en acciones unitarias que exijan al Gobierno y al Parlamento el cumplimiento de las disposiciones Constitucionales y los Acuerdos Internacionales en materia de Seguridad Social y Protección Laboral", la ANEC ha estado vinculada históricamente a todos los movimientos sociales que reivindiquen este derecho humano fundamental.

Al primer trabajo que nos vinculamos fue al Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, MNSSS, desde el año 2000, época en el que ya se podía evidenciar el fracaso de la aplicación de la Ley 100 de 1993, ya se habían instalado los negocios de aseguramiento e intermediación financiera de los servicios de Salud, EPS, Riesgos Profesionales, ARP y Pensiones, AFP, debilitando y finalmente liquidando la más importante entidad de Seguridad Social Pública, el ISS y se ha venido realizando la intervención financiera de la Red Pública Hospitalaria, todo ello en beneficio del sector asegurador privado.

Las acciones con el MNSSS se desarrollaron por más de una década, donde confluyeron diferentes organizaciones sociales, sindicales, de usuarios de los servicios de salud y de estudiantes de ciencias de la salud, entre otros. Durante esta época se llevaron a cabo diferentes estrategias de protesta social y de incidencia política, representadas en encuentros locales, regionales y nacionales, elaboración y publicación de documentos y movilizaciones regionales y nacionales, orientadas siempre al cambio estructural del modelo de Seguridad Social de la Ley 100/93, por uno que desarrollara la salud como derecho.

A partir del año 2010, con la llegada de otros actores sociales al movimiento se constituye un nuevo grupo denominado Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud, ANSA, las acciones desarrolladas en esta etapa estuvieron relacionadas con la elaboración de proyectos de ley alternativos a los presentados por el Gobierno, que pretendían paliar la crisis del sector salud con leyes cosméticas que no resolvían el problema estructural del modelo, conservando las exclusiones y el aseguramiento privado. Los proyectos de Ley elaborados por el movimiento social fueron avalados y presentados por parlamentarios de partidos políticos que acompañaban nuestras causas, en minoría frente a la Unidad Nacional.

Con la vinculación de nuevos grupos sociales a esta alianza, entre otros estudiantes de las carreras de la salud, profesores de las Facultades de salud, se consolidó la Mesa Nacional por el Derecho a la Salud, MNDS, donde las acciones se concentraron en movilización social frente a los proyectos de ley Estatutaria y Ordinaria presentadas al Parlamento por el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministro de Salud Alejandro Gaviria. Estos proyectos de Ley conservaban el modelo de Ley 100, solo se le realizaron cambios de nombre, que en su mayoría mejoran el negocio y el desvío de recursos públicos para el sector privado.

El poder en el Parlamento de la Unidad Nacional logró aprobar la Ley Estatutaria de reforma a la salud, la cual fue declarada recientemente exequible por la Corte Constitucional, con algunos ajustes, pero en el fondo no toca el modelo de intermediación financiera. Las principales acciones de la MNDS se centraron en el hundimiento

de la Ley Ordinaria de Reforma a la Salud, con una fuerte participación de las regiones, con acciones de denuncia pública a los candidatos que acompañaban este Proyecto de Ley, movilización y uso de medios virtuales de comunicación. Finalmente conseguimos que se retirara este proyecto, por diferentes razones: presión del movimiento social, periodo de elecciones parlamentarias y presidenciales y vencimiento de términos.

A la fecha existen muchas opiniones sobre el camino que tomará el gobierno reelegido frente al tema de la Ley Ordinaria, el Ministro Gaviria ha expresado ante diferentes medios de comunicación que por vía reglamentaria es posible realizar los cambios que el modelo requiere, pero las EPS continúan acomodándose para continuar con el negocio, la situación de los trabajadores de la salud, no puede ser peor, la intermediación laboral campea en cerca del 60%; se anuncia una segunda etapa de reforma a la Red Pública Hospitalaria, buscando privatizar estos servicios y eliminar los pocos contratos estables que tienen aún los trabajadores.

Por las consideraciones anteriores, tenemos claro que tendremos que continuar con más fuerza este movimiento, con la participación de nuestras bases sindicales y gremiales de las 20 subdirectivas seccionales de la ANEC y ojalá con la participación de los cerca de 700.000 trabajadores de la salud, lo cual constituiría una gran fuerza organizada para sumarse a la defensa del derecho fundamental a la salud y a conseguir condiciones de trabajo decentes para este grupo laboral, tal como el Gobierno se ha comprometido en diferentes espacios nacionales e internacionales.

Día Internacional de la Enfermera

Bogotá, mayo 29 de 2014

Beatriz Carvallo Suarez - Junta Directiva Nacional

La Junta Directiva Nacional de la ANEC, en unidad de acción con las organizaciones nacionales de enfermería: Consejo Técnico Nacional Enfermería CTNE, Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN, Organización Colegial de Enfermería, OCE y el Tribunal Nacional Ético de Enfermería, TNEE, realizamos un Conversatorio en el Auditorio Luis Carlos Galán de la Universidad Javeriana, el cual contó con la presencia de un importante grupo de colegas de diferentes instituciones de la ciudad de Bogotá y de estudiantes de enfermería.

El tema propuesto por el Consejo Internacional de Enfermeras CIE, para realizar esta conmemoración a nivel mundial, que deben acoger las 136 asociaciones filiales es: "La Enfermería una fuerza para el cambio: Recurso vital para la salud".

El programa del evento se inicia con una presentación de Beatriz Carvallo, vicepresidenta de la Junta Directiva Nacional e integrante de la Junta Directiva del CIE, 2005 – 2013, quien realiza un resumen de los contenidos aportados por el CIE, para sustentar este tema:

Recursos Humanos para la salud

- Escasez de trabajadores de la salud bien formados, en la mayor parte del mundo.
- Necesidad de mayor cooperación entre los sectores formadores y las necesidades de la población.
- Estratificación de género del estatus profesional.

- Desequilibrios cualitativos y cuantitativos en las diferentes profesiones.
- Carencia de programas de educación continuada.

Mejorar la formación y los resultados

- Los gastos mundiales de formación de profesionales de la salud por año, corresponden a menos del 2% de los gastos en salud en todo el mundo.
- La Educación como negocio cambia las prioridades.
- Escenarios de práctica inadecuados e insuficientes.
- Cambio de competencias profesionales por laborales.
- Los profesionales de la salud no se forman como equipos interdisciplinarios.
- Ausencia de sistemas de planificación para la formación de los recursos humanos para la salud.

Importancia del entorno laboral

- A mejor entorno de trabajo para las enfermeras, menores son los fracasos terapéuticos.
- Deserción de la profesión por falta de apoyo de la administración y subvaloración.
- Recursos humanos motivados y productivos deben favorecer la contratación y retención.
- El aumento de la carga de trabajo aumenta el riesgo de readmisión del paciente.
- Son indispensables medidas de seguridad en el trabajo
- La falta de integración del equipo de salud, desarticula los servicios y las intervenciones.

A continuación, Blanca Cecilia Vargas, Secretaria General de la Junta Directiva Nacional, en representación del CTNE, desarrolla el tema: Ejes para el debate con el Ministerio de Salud y Protección Social, para el desarrollo y proyección social de la profesión, como recurso vital para la salud. Se destaca en su presentación la necesidad de hacer cumplir todas las directrices establecidas por la Ley 266/96, reglamentaria de la profesión de enfermería en Colombia, como instrumento de autocontrol y autorregulación de esta disciplina, para ello es necesario que las organizaciones nacionales de enfermería definan unos ejes centrales del ejercicio, proyección y reconocimiento profesional con los cuales deberá representarse la profesión en los espacios gubernamentales, académicos y de atención de salud, entre otros, con la claridad de que cada una de ellas deberán cumplir sus propias competencias.

Esperanza Morales, Presidenta de la Junta Directiva Nacional, desarrolla el tema: Avances de la Agenda Laboral en materia de Recursos Humanos de Enfermería, en su presentación enfatiza el compromiso de la ANEC, como la organización gremial, sindical y científica más antigua y representativa de la profesión liderando todas las acciones necesarias con los diferentes actores responsables de las condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras, en la búsqueda de un trabajo decente, tal como lo recomienda la OIT. Igualmente destaca la importancia de fortalecer la unidad de acción con otras organizaciones del sector salud, por el acceso al derecho fundamental a la salud para toda la población, con principios de universalidad, solidaridad, unidad e igualdad, entre otros.

La Presidenta del TNEE, Ángela Lopera, comparte un resumen del historial de quejas presentadas a este Tribunal, en otro aparte de esta revista presentaremos una síntesis de este estudio. Finalmente las y los participantes aportan sus opiniones relacionadas con las exposiciones presentadas.

Agradecemos a la Empresa Boehringer Ingelheim el patrocinio para el desarrollo de este evento.

FORO "La enfermería y su contribución a la salud y a la educación del país: Presente y futuro"

La presidenta de la Junta Directiva de ACOFAEN, Myriam Durán Parra, presenta un saludo de bienvenida a las y los participantes del foro. Se refiere a la importancia del cuidado de enfermería desde la fundamentación teórica y la investigación, así como la construcción social que realiza la Enfermería. Este evento fue convocado por la Junta Directiva de ACOFAEN y contó con la participación de las Decanas de las Facultades y directivas de las Organizaciones Nacionales de Enfermería: CTNE, ANEC, OCE, CIE y TNEE. Se llevó a cabo el día 27 de marzo, en el Auditorio Fernando Barón de la Universidad Javeriana.

Primera Parte: Tomadores de Decisiones

A este grupo de participantes se formulan las siguientes preguntas: ¿De acuerdo con el sector que representa, cuáles estrategias planes y políticas deben ser implementadas para cualificar el entorno educativo y laboral del recurso humano en salud? y ¿por qué las enfermeras con postgrados en enfermería no han sido reconocidas salarialmente, qué se puede hacer frente a esta situación?

Panelistas del Foro: La enfermería y su contribución a la salud y a la educación del país: presente y futuro"

Intervenciones

El Director de Análisis de Recurso Humano en Salud, del Ministerio de Salud y Protección Social, Dr. Luis Carlos Ortíz, plantea que la atención en salud debe ser prioritaria a nivel primario desde la prevención y la promoción con equipos altamente calificados que el Ministerio está comprometido con este postulado.

La Dra. Goodwin asesora internacional, señala la importancia de la enfermera en relación con la disminución de la mortalidad, cuando se cuenta con profesionales especialistas para el cuidado de las personas.

El Dr. Orlando Ramírez, Procurador delegado para asuntos del trabajo y de la Seguridad Social (e) presenta las herramientas legales para la contratación laboral, es así como bajo pretextos administrativos no se puede pasar por encima de los derechos de los trabajadores y la Ley de formalización laboral.

El delegado del Ministerio de Educación Dr. Álvaro Mauricio Flórez, Sala del CONACES, expresa que no se ha generado ninguna política de fomento de formación posgraduada. Esta responsabilidad debe recaer en los Ministerios de Salud y Educación. Las IES conocen las necesidades de formación posgraduada, en consecuencia deben

lanzar propuestas para la formación postgraduada. Se deben reestructurar los currículos para buscar que la formación sea más dinámica y replantear estrategias que generen mayor impacto.

La Dra. Sandra Villalobos, Consultora Externa en el programa de Naciones Unidas para el desarrollo y generación de ingresos a población vulnerable, plantea que el cuidado de la salud equivale al cuidado de la vida y se debe trabajar desde dos estrategias. Primera: El Estado debe reconocer el valor de los profesionales de la salud, especialmente a la enfermería por ser catalizador frente al cuidado de la vida. Segunda: La enfermería se debe promulgar como ciencia del desarrollo, participando en las políticas vinculadas acerca de las condiciones de vida de la población.

Segunda Parte: Representantes de las Organizaciones de Enfermería

Se les formulan las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las principales contribuciones que hace el recurso humano en salud o enfermería al Sistema de Salud y Educación del país, desde el sector que representan? y ¿Cuál debería ser la proyección del recurso humano de enfermería en el Sistema de Salud y Educación en 15 años?

Participan: Ángela Lopera, Presidenta del TNEE, Esperanza Morales, Presidenta de la ANEC, Carolina Prada, Presidenta de la OCE, Ricardo Bonilla Presidente del CTNE y Beatriz Carvallo ex miembro de la Junta Directiva del CIE.

En sus intervenciones estas directivas coinciden en señalar la importancia de la unidad de acción de las organizaciones que representan la profesión desde los ámbitos: gremial, académico, científico, ético, de control del ejercicio, social, laboral y político, aspectos centrales que deberán definirse claramente, para poder realizar las intervenciones propias de cada organización, buscando siempre el desarrollo de la profesión, un ejercicio con calidad, calidez, ética y el reconocimiento laboral y social. Igualmente se destaca la importancia de la participación de la ANEC en el Consejo Internacional de Enfermeras, CIE y en la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería, FEPPEN, las cuales vinculan a la enfermería nacional a nivel regional y mundial.

Las Dras. Gloria Arango Bayer y Pilar Amaya Rey, docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, comparten las experiencias de esta Facultad en educación de postgrado y la realización de investigaciones que le aportan a la salud y a la Profesión de Enfermería.

Conclusiones

- Se requiere de manera urgente la formación política de estudiantes, docentes y enfermeras en ejercicio, que brinden el soporte para participar en los cargos de representación y en la formulación de políticas de salud.
- La Enfermería como disciplina de carácter social debe promover el acceso a la salud como derecho, ejerciendo la abogacía de la población más vulnerable, para ello se requiere la construcción del conocimiento, el cual pone a disposición, teorías y principios de enfermería y el entorno social y político en que se prestan los servicios de salud.
- Los aportes que realiza el sector académico están relacionados con las publicaciones e investigaciones enfocadas al sector de la salud. Se requiere igualmente una educación continua, respetuosa, que responda a las necesidades de la población. Debe haber cobertura amplia en educación, para satisfacer las necesidades en pre y postgrado, centradas en el pensamiento, razonamiento y compromiso institucional.

Preguntas de las y los asistentes al Foro

- ¿Cuál es el paso a seguir para que la enfermería sea remunerada justamente?
- ¿Por qué el Ministerio de Educación -CONACES- se encuentra desarticulado del Ministerio de Salud y de Protección Social, repercutiendo en la prestación de los servicios de salud?
- ¿Cómo sería la asignación salarial para las profesionales, continuará siendo mayor para el médico y menor para los demás profesionales?
- ¿Cuál es la normativa para Colombia que define claramente el número de pacientes que la enfermera y los demás profesionales deben atender?
- Partiendo del hecho, que para cuidar se debe iniciar por el cuidado de sí misma, el personal de enfermería asume cargas laborales extensas y de múltiples responsabilidades (asistencia, gestión, promoción)
- ¿Cuál es la experiencia en el exterior de la carga laboral de enfermería? ¿Se tiene en cuenta espacios para el descanso, formación, recreación, carga de trabajo en las Instituciones de salud?
- ¿Cuál es el impacto del funcionamiento del Consejo Técnico Nacional de Enfermería en el desarrollo de la Profesión de Enfermería?

Las quejas sobre el cuidado de enfermería durante los 10 años de la Ley 911 de 2004

Ángela Lopera de Peña - Presidenta Tribunal Nacional Ético de Enfermería

La Ley 911 de 2004 , llegó al décimo aniversario; por esta razón el Tribunal Nacional Ético de Enfermería decidió presentar a la comunidad colombiana, el resultado de la investigación de las 525 quejas sobre el cuidado de enfermería, radicadas durante estos 10 años. Este es un resumen del trabajo realizado por las magistradas de los Tribunales Éticos de Enfermería, Nacional (TNEE) y departamentales (TDEE), con la asesoría de los abogados a luz de la veracidad, la transparencia y el debido proceso establecido en la ley 911 de 2004 y denominado proceso deontológico disciplinario.

¿Qué significa deontológico disciplinario? La Deontología se refiere al deber ser profesional; es la ética de mínimos, los acuerdos o condiciones éticas mínimas para ejercicio de una profesión, relacionados con conceptos, valores, principios, derechos y deberes; en el caso de Enfermería, estos acuerdos incluyen las condiciones que fundamentan el cuidado de la vida y la salud, como función principal del ejercicio.

Acto de posesión de las integrantes del TNEE, en el Ministerio de Salud. De izquierda a derecha: Luz Esperanza Ayala de Calvo, Sonia Echeverri, Ruth Mora, Ministro de Salud Alejandro Gaviria, Aracelly Sierra Soler, María Marlene Montes y Angela Lopera.

Lo disciplinario hace parte de las condiciones mínimas inherentes a la actividad oficial, que resultan imprescindibles para la eficiente atención de los asuntos a cargo del Estado (en nuestro caso el cuidado de la salud y de la vida).

Todos sabemos que las profesiones cobran sentido si están al servicio de la sociedad y contribuyen a la solución de sus problemas. En el caso de la Enfermería, la sociedad espera que la función de cuidar la vida y la salud se cumpla dentro de los estándares de calidad definidos a través de diferentes normas. Cuando los usuarios perciben que un profesional en Enfermería falla o incumple esos estándares de calidad, se produce la queja la cual después de ser radicada en un TDEE genera la acción disciplinaria. Esto demuestra que la ley da garantía al sujeto de cuidado porque se le da respuesta a su queja; igualmente al profesional en Enfermería que se ve involucrado porque se le garantiza el debido proceso, derecho protegido en Colombia según el artículo 29 de la Constitución Nacional.

El Proceso Deontológico Disciplinario está descrito en título V de la Ley 911 de 2004 y se inicia con la radicación de una queja en un TDEE; luego

del reparto de la misma a una magistrada, se empieza la investigación preliminar la cual puede culminar con: a) resolución inhibitoria por alguna de estas razones: la conducta no ha existido, no hay falta deontológica, el investigado no ha cometido la falta, el investigado ha fallecido, prescribió la acción, existe cosa juzgada; b) resolución de cargos. Si se dicta resolución de cargos, se inicia la investigación formal, luego de la cual se dictará fallo absolutorio o sancionatorio. ¿Cuándo hay fallo sancionatorio? Cuando se verifica que el profesional en Enfermería, ha cometido faltas a la deontología y debe responder por ello.

Ahora, ¿que es una queja? Es la expresión del usuario de que su percepción del cuidado de enfermería no fue buena, algo estuvo mal, de algún modo se le hizo daño; por ejemplo: "(…) lo atendieron 2 enfermeras. Al tiempo, una le inyecta intramuscular y la otra endovenosa pero en el proceso de la aplicación, la compañera detecta que está realizando mal el procedimiento en la vena, la enfermera extrae la aguja y la introduce bruscamente sin ninguna precaución en varias oportunidades lastimando la vena, y así administró el medicamento. El día 28 de mayo acudió para revisión, le dieron diagnóstico de flebitis y tromboflebitis e incapacidad por 3 días. Esto le causó daño físico, emocional y laboral (…)".

Se presentaron 126 quejas en este periodo, sobre deshumanización con expresiones como estas: me trató mal, no puso atención, no me explicó, le pregunté y no me contestó, no me dijo la verdad, me contestó en forma irónica; 97 sobre administración de medicamento; 87 por falta de oportunidad en la atención; 68 sobre inobservancia de medidas de seguridad y otras quejas en menor número.

El resultado de la investigación o sea los procesos ejecutoriados de las 525 quejas es el siguiente: Se dictaron 479 resoluciones inhibitorias, 36 fallos sancionatorios y 10 fallos absolutorios.

Las sanciones se aplicaron de acuerdo con el artículo 61 de la Ley 911 de 2004, así: 24 profesionales en Enfermería con amonestación escrita de carácter privado, 5 con amonestación verbal de carácter privado; 5 con censura escrita de carácter público y 2 enfermeros con suspensión temporal del ejercicio. De los 36 sancionados, sólo 6 apelaron.

La apelación se solicita al Tribunal Nacional Ético de Enfermería (segunda instancia) de revocatoria, enmienda o anulación de la sanción dada por un Tribunal Departamental Ético de Enfermería (primera instancia). El TNEE modificó dos fallos rebajando la sanción, confirmó dos fallos en todas sus partes, decretó una prescripción y se abstuvo de conocer un recurso por mala formulación del mismo.

Nuevas Juntas Directivas Seccionales ANEC • 2014

CARGOS	SECCIONAL BOYACA	SECC. CUNDINAMARCA	SECCIONAL META	SECCIONAL NARIÑO
Presidenta	María Olga Jimenez Reyes	Luz Marina Alfonso Avila	Luz Aida Garcia López	Fabiola del Carmen Figueroa Figueroa
Vicepresidenta	Angela María Vargas López	Rosa Mary Quevedo Torres	Guiomar Perez Villalobos	Nivia del Carmen Pérez Coral
Fiscal	Martha Isabel Quintero Salazar	Ariadna María Angarita Navarro	Gladys Vargas López	Ayda Margoth Santander Enriquez
Tesorera	María Esperanza Niño Alvarez	Luisa Margarita Castro	Maribel Reyes González	Martha Patricia Burbano Madroñero
Secretaria general	Dario Alexander Valderrama Parra	Jesus María Caro	Martha Isabel Huertas	Piedad del Carmen Moreno España
SECRETARIAS				
Relaciones Intersindicales	Ana Cecilia Cabana Velandia	Natalia Bohorquez García	Bertha Cecilia Rodriguez Parrado	Dora Nancy Rubio Betancourt
Relaciones Internacionales	Mariana Ardila Ramos	Gilma Rico González	Maria Claudina Novoa	Lourdes Mesías
Comunicaciones y Publicidad	Olga Gutierrez Perez	Johann Masmela Murcia	Rosa Castiblanco de Pachon	Sandra Moreno Enriquez
Salud y Bienestar Social	Josefa Paez Guerrero	Alicia Morales Rodríguez	Blanca Esposito	Cecilia Amparo Montenegro Mier
Educación	Maria Eugenia Durán de Rosso	Diego Fernando Montenegro Sáchica	Cristina Ramírez Duarte	Rosario Rosales Jiménez

ANEC Seccional Cundinamarca realiza Asamblea de delegadas

Ariadna Angarita, Natalia Bohórquez, Johann Masmela, Diego Montenegro
Junta Directiva Seccional Cundinamarca

Desde la formación en pregrado, escuchamos sobre la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, en diferentes momentos y en distintas instituciones académicas, pero todo con un mismo centro, la importancia de agremiarse en busca de un bien colectivo y el orgullo de ser enfermeras y enfermeros.

Tristemente escuchamos también a varias colegas referirse de manera poco cordial a la misma, lo que creaba un panorama no muy claro y generaba dudas frente a cómo sería nuestra participación, una vez terminada nuestra primera fase de formación.

La enseñanza en nuestros hogares fue la de buscar el propio concepto y no ser influenciables, sin tener toda la panorámica de los hechos para poder opinar con propiedad y transparencia; es así que cada uno de nosotros, en diferentes momentos, nos acercamos a la ANEC Seccional Cundinamarca y la Junta Directiva, fraternal y cordialmente nos abrieron las puertas y se inició un proceso formativo, que día a día nos ha llevado a conocer la realidad de la profesión y los retos que tenemos que enfrentar en la situación política, económica y social del país.

Ser parte de la ANEC, es el compromiso que adquirimos desde el momento que empezamos este camino formativo y profesional, con vivencias en el entorno laboral y personal, al identificar las falencias, desigualdades y precariedades que tienen los servicios de salud, y en muchos casos la base académica no es suficiente para enfrentar estas situaciones.

Como enfermeros y enfermeras tenemos el deber de aportar al cambio y al mejoramiento del ámbito laboral, social y profesional; hacer parte de la ANEC es esencial para el crecimiento y solidificación de los principios profesionales, es ser partícipes del desarrollo y avance de las actividades que

se realizan, con los cuales podemos adquirir y mejorar conocimientos, aptitudes de liderazgo y plantear soluciones en escenarios del día a día.

El pasado mes de junio, la Seccional Cundinamarca realizó la Asamblea de Afiliadas, donde se eligió la nueva Junta Directiva Seccional. Como nuevos integrantes de la ANEC decidimos integrar las planchas de votación para esta elección, las asambleístas nos apoyaron con su voto de confianza, ahora hacemos parte de esta Junta, con la cual estamos comprometidas (os) en impulsar el desarrollo y proyección de esta Seccional.

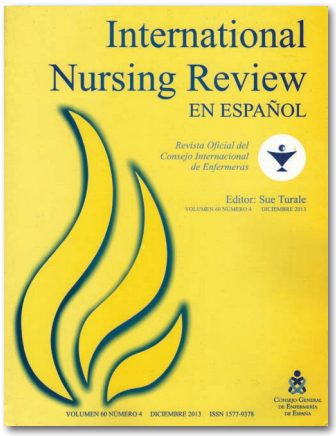
El nuevo equipo de trabajo espera que sea muy fructífero especialmente por el equilibrio entre la experiencia, el conocimiento, la pasión y nuevas ideas para beneficio de todos y todas las Enfermeras del país, acercando la ANEC de esta manera a las nuevas generaciones de profesionales que enfrentan realidades cada vez más difíciles, pero no imposibles de cambiar, si nos organizamos y fortalecemos nuestra participación y liderazgo, rompiendo el estatus de subordinación que nosotros mismos hemos permitido, desconociendo los aportes que importantes enfermeras han realizado, defendiendo y posicionando la profesión por cerca de 80 años en el país.

El compromiso es asumir las funciones estatutarias correspondientes y continuar trabajando por los intereses de la Profesión en sus ámbitos: gremial, sindical y científico, contando siempre con el apoyo de profesionales especializados y experimentados que nos ayudarán en el cumplimiento de objetivos y funciones. Continuar trabajando para incentivar a más enfermeros y enfermeras para que el número de afiliados de la ANEC aumente, para obtener la representación que se requiere en el país. Trabajando en equipo se pueden romper las barreras y límites que actualmente existen y finalmente nos concienticemos con el hacer y no nos conformemos solo con el "deseo" de hacer.

Nuestro compromiso hoy se hace público con todas las enfermeras y enfermeros, y nuestra invitación es a que nos unamos a través de la ANEC en todas las Seccionales, para fortalecer la profesión y ser parte de la historia de la Enfermería en el país, como agentes de cambio de toda la realidad nacional.

Gracias ANEC, y gracias a la Seccional Cundinamarca por abrir las puertas a las nuevas generaciones para compartir la responsabilidad que ustedes han llevado con orgullo y dedicación.

Revista en español
Consejo Internacional de Enfermeras, CIE



Volumen 60 No.4
Diciembre 2013

Compartimos información sobre esta revista que en esta oportunidad es presentada en versión en español, para consulta de las personas interesadas; esta se encuentra disponible en la sede de la ANEC.

La revista, incluye los siguientes contenidos:

- Perspectivas de enfermería y política sanitaria.
- Perspectivas internacionales.
- Revisión bibliográfica.
- Clínica.
- Educación.
- Experiencias de campo.
- Experiencias de la vida laboral de las enfermeras

Cecilia Silva de Mojica
Una enfermera ejemplar

Hna. María Cecilia Gaitán Cruz
Magistrada Tribunal Regional Ético de Enfermería de Cundinamarca

De Carmen Cecilia Silva de Mojica, podrían decirse tantas cosas como miembro de familia, como amiga, como enfermera, como líder…

Tener la experiencia de compartir en este escrito todo aquello que fue Doña Cecilia, es imposible, trataré de abordar su ser como Enfermera.

Nació en Bogotá, su vida escolar transcurrió en Boyacá de donde es oriunda la familia, bachiller del Colegio del Rosario de Tunja. Enfermera de la Universidad de Loyola, en Chicago, USA en 1947. De regreso a Colombia, en 1950 fue nombrada Directora de Enfermería del Seguro Social en Bogotá. Se preparó como Instructora del Método Psicoprofiláctico para el Parto, a través del equipo médico EMESFAO y con su hermano el Dr. Carlos Roberto Silva y un grupo interdisciplinario, inició este programa en la Clínica Palermo de Bogotá en 1956, siendo la primera Enfermera laica de esta Institución, ella, además de mostrar la imagen social de una enfermera cuidadora, impulsó y divulgó este método y lo extendió a todo el país hasta nuestros días.

En 1960 fue nombrada Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Javeriana, sede Bogotá. Desde 1964 hasta 1966 fue asistente de la Decana Sister Mary Lea y terminó sus estudios de Licenciatura de Enfermería en la Universidad Nacional; durante este tiempo tomó parte en la estructuración del programa de Licenciatura en Enfermería. Bajo su decanatura se inauguró el Edificio Pablo VI que fue donación de la Fundación Misereor de obispos alemanes y estuvo destinado a albergar la sede de la Facultad de Enfermería.

En 1968 obtuvo el título de Maestría en Administración y Educación en Enfermería en Boston University, a su regreso fue nombrada Decana de la Facultad, cargo que ocupó hasta 1973, posteriormente organizó y fue Directora del Departamento de Educación Continuada, pionero en la Universidad Javeriana, hasta 1980 cuando se retiró de la vida académica. La Universidad Javeriana la condecoró en sus Bodas de Plata como Enfermera, con la Orden Caballero de Loyola en 1972; y en el año 2006 con la Orden Universidad Javeriana en el grado de Oficial.

En 1962 fundó la Asociación de Enfermeras Javerianas, AEJ. Ocupó el cargo de Presidenta de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC, de 1961 a 1965, periodo en el cual se crearon las seccionales de Bolivar y Caldas, representó a Colombia en el Congreso Interamericano de Enfermeras, en la ciudad de Panamá en donde nuestro país fue escogido para realizar el Congreso Interamericano en la ciudad de Bogotá en 1964, con su liderazgo lo organizó y orientó su desarrollo. En 1969 hizo parte del grupo fundador de ACOFAEN, Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería, de la que fue su presidenta entre 1970 y 1972. Fue Consultora de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, para el Desarrollo de Currículum de Enfermería, asesoró programas de Enfermería en algunos países de América Latina: Ecuador, México y Guatemala.

A su retiro de la vida académica en 1982, fundó la Unidad de Preparación para la Maternidad junto con otras colegas. Se dedicó como catequista a colaborar en las Parroquias para preparar

multiplicadores, misioneros, discípulos de Jesús para que anuncien el Evangelio de Jesucristo, exaltando la grandeza de las obras de Dios en los seres humanos.

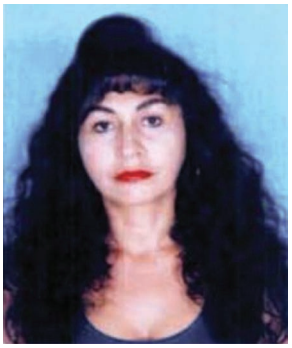
Toda su vida fue abrir caminos, realizar sueños, luchar por su familia y la Enfermería, no en vano, una publicación en el periódico de Boston Globe, en 1967, sobre la Escuela de Enfermería de Boston University, la nominó "strong woman", mujer fuerte, por su desempeño como estudiante brillante, madre cabeza de hogar y cuidadora.

Sus búsquedas, logros y realizaciones se contextualizaron y respondieron a los procesos de desarrollo del país, de la salud y de la disciplina de Enfermería, un ejemplo de mujer luchadora que superó su viudez prematura y su responsabilidad frente a sus cuatro hijos.

Era un gusto conversar con Doña Cecilia, hasta en su timbre de voz mostraba y dejaba ver su elocuencia y el respeto del saber de las personas. Incomparable ser humano, gran maestra, presencia, modelo y apoyo incondicional para sus colegas y sus estudiantes, mujer sencilla, humilde y de una cultura refinada. Espero haber dado tan solo un pincelazo de un contexto, de una persona y su obra, que no se repite tan fácil.

Recordando a la colega
Olivia Ramírez Prato

Carmen Teresa Pérez - Seccional Norte de Santander



"Oli", como cariñosamente le decíamos, fue una líder innata, inquieta y luchadora, esto la llevó a buscar la vinculación con diferentes asociaciones sindicales, con el propósito de encontrar satisfacciones y mejoras laborales para sus colegas y compañeras de trabajo.

Durante el periodo de vinculación a la ANEC Seccional Norte de Santander a partir del año 1987, ocupó diferentes cargos en su Junta Directiva, uno de ellos el de Presidenta Seccional durante el período 2002 - 2004, donde se destacó por su gestión en la defensa de la persistencia del ISS. Desde su posición sindical y gremial logró posicionar a la Seccional, la integró y obtuvo el reconocimiento y respeto de la Organización, de las directivas institucionales y de sus compañeros de trabajo. Igualmente promovió la capacitación de las integrantes de la Asociación y defendió sus derechos sociales y laborales.

Como trabajadora del ISS, formó parte de Sintraseguridadsocial, ejerciendo la vocería de sus compañeras y compañeros de trabajo, sentó precedentes cuando era necesario, participó y se vinculó a las actividades que buscaban mejorar la imagen de la empresa; pero más aún llegó a ser respetada y consentida de los usuarios, a quienes estuvo siempre atenta a servir y solucionar sus problemas.

No podemos olvidar su jovialidad, sus locuras, su alegría, generosidad, su elegante forma de vestir, su entrega; y en especial el amor por su familia, lo cual no podíamos dejar de resaltar.

Para ella es esta voz de reconocimiento, para esa mujer entregada al servicio de sus colegas, de la institución y de los usuarios.

Paz en su tumba, y el acompañamiento a su familia.

Encuentro generacional en conmemoración del Día Internacional de la Enfermera

Diego Fernando Montenegro Sáchica- Junta Directiva ANEC Seccional Cundinamarca

El pasado 16 de mayo de 2014 en la sede de la Seccional Cundinamarca, se llevó a cabo la celebración del Día Internacional de la Enfermera, en el marco de la directriz aportada por el CIE para este año tomando el tema: "Enfermería una fuerza para el cambio, recurso vital para la salud".

El encuentro se realizó con un conversatorio donde tuvimos la oportunidad de reunir un selecto grupo de enfermeras y enfermeros de gran trayectoria en la Profesión y en la Asociación, con representatividad por décadas, que daban testimonio de los diferentes momentos históricos y políticos nacionales, en donde ANEC como Institución ha contribuido a construir la realidad del país y desde sus afiliadas (os), relaciones con otras organizaciones que propenden por los derechos de las enfermeras y enfermeros y de los trabajadores de la salud en general.

El conversatorio contó con la participación de las Enfermeras: Consuelo Gómez, Alba Lucía Ramírez, Gilma Rico y Esperanza Morales, quienes compartieron parte de sus vivencias dentro de la asociación, sus aportes como miembros activos, llevando a la reflexión sobre la importancia de la ANEC como organización social y gremial, identificando la necesidad sentida de pertenecer y permanecer, dando valor a un legado histórico de cerca de 80 años de existencia.

He tenido el honor de participar como representante de nuevas generaciones donde he manifestado el compromiso con la profesión, la organización y la tarea de buscar la reivindicación de los y las Enfermeras en medio de un Sistema de Salud que cada día atropella y lesiona las condiciones dignas del ejercicio y en donde el autoestima profesional se deteriora, en razón del desconocimiento de nuestra propia historia y legislación, esperando que alguien haga por nosotros, lo que no se consigue sino engrosando las filas de la organización que por cerca de 8 décadas se mantiene vigente y dispuesta a propender por la enfermería en sus tres pilares: gremial, sindical y científico.

En medio de esta celebración, también se hizo reconocimiento a todo el equipo de trabajo que en el año de 1996 construyeron la ley 266 en nombre de quien coordino el proyecto, la Enfermera Alba Lucia Ramírez, como parte de la estrategia de visibilización de los grandes avances de la profesión y la recuperación del orgullo profesional para las nuevas generaciones.

Fue un evento formativo y social, en donde pudimos llegar a la conclusión de que se ha hecho mucho, reconociendo que las tareas en pro de la Enfermería son grandes retos aun por conquistar pero con toda la experiencia, formación, compromiso y pasión de quienes hacemos parte de ANEC lo podemos lograr.

Todas (os) somos ANEC, y todas (os) somos responsables de su presente y futuro.

Celebración Día Internacional de la Enfermera ANEC, Seccional Atlántico

Luz Marina Yancen Tinoco - Presidenta ANEC Seccional Atlántico

Para conmemorar el día internacional de la Enfermera en el Departamento del Atlántico, la Junta Directiva de la ANEC desarrolló un programa académico en unidad de acción con el Programa de Enfermería de la Universidad del Norte, en el Auditorio de la Universidad, el día 12 de mayo, en horas de la mañana.

El tema central de esta conmemoración fue el recomendado por el Consejo Internacional de Enfermeras CIE, teniendo en cuenta que la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia es miembro activo del Consejo Internacional de Enfermeras CIE, e históricamente la Asociación ha seguido estas orientaciones a nivel nacional: "Las enfermeras: una fuerza para el cambio. Un recurso vital para la salud".

Se busca que la comunidad profesional y de estudiantes de enfermería del Departamento reflexionen, teniendo en cuenta la siguiente ecuación: *Recursos humanos de enfermería bien formados + buen entorno de trabajo = cuidados de salud de calidad.* Esta premisa no puede quedarse en un simple slogan, es necesario probarla a nivel nacional y para ello se requiere que le hagamos seguimiento e investigación a las variables que están relacionadas con su cumplimiento.

De izquierda a derecha: Gloria Visval , Luz Marina Yancen, Beatriz Carvallo, Herminia Castellón, María Alejandra Orostégui

Es bien sabido, que la formación de las y los profesionales de enfermería a nivel mundial ha tenido dificultades para adecuarse a las necesidades de la población. Estudios del CIE han evidenciado que muchas veces no existe correlación entre las competencias profesionales de enfermería con las necesidades del paciente y de la comunidad. Sabemos que la educación continua desempeña una importante función en la prestación de una atención en salud de calidad, de allí la necesidad de realizar un trabajo conjunto entre el empleador y la academia, facilitando el desarrollo del recurso humano necesario para prestar este servicio.

Así mismo, es necesario que las (os) profesional de enfermería desarrollen competencias en la gestión del recurso humano de enfermería de una manera efectiva y eficaz, fortaleciendo principios éticos, capacidades de negociación, de razonamiento crítico, de toma de decisiones, de comunicación verbal y escrita y de trabajo en equipo, entre otras.

Se requiere utilizar la conmemoración del día de la enfermera para fortalecer la imagen profesional, para reflexionar sobre la importancia que tiene la comunicación efectiva, cálida y precisa que hacemos con las personas o grupos que atendemos cotidianamente, aspectos que pueden transformar las vidas de las familias, las comunidades y también de los países. Debemos proyectar este

Asistentes a la celebración del Día Internacional de la Enfermera, en la ciudad de Barranquilla.

mensaje no solamente para este día, sino desde hoy y para siempre.

La Jornada académica desarrollada el día 12 de mayo del presente año contó con la presencia de las directivas de las tres facultades de enfermería que existen en la ciudad de Barranquilla, docentes, egresadas y estudiantes de enfermería.

El acto se inicia con el saludo de la Directora del programa de enfermería de la Universidad del Norte, Gloria Visbal y de la Presidenta de la Junta Directiva Seccional de la ANEC, Luz Marina Yancen.

Como introducción al programa académico se presenta un video sobre la historia del Programa de Enfermería de la Universidad del Norte.

La Enfermera Beatriz Carvallo, Vicepresidenta de la Junta Directiva Nacional de la ANEC, realiza una reseña del documento enviado por el CIE, que soporta el tema de la celebración: Las enfermeras una fuerza para el cambio: Un recurso vital para la salud, su visión a nivel nacional e internacional.

A continuación se presentan diferentes temas que le aportan a la visión regional sobre el tema propuesto:

- Profesionales de Enfermería agentes de cambio: Respeto por las identidades multiculturales. Muna Hamdan, docente Universidad del Norte, ANEC Atlántico.
- Una Experiencia en enfermería que transforma vidas. Enf. Porfiria Isabel Escorcia. Docente Dpto. Enfermería Universidad del Norte. Fundación Esperanza por la vida multiculturales.
- Expresiones y comportamientos de apego madre e hijo en una unidad de cuidado intensivo neonatal, a la luz de la teoría de Madeleine Leininger. Enf. Merilyn Guerra. Universidad Simón Bolívar.
- Experiencias de estudiantes de enfermería de la Universidad del Norte: Emprendiendo el cambio desde la empresa. Zaida Algarín. Estudiante Enfermería Octavo Semestre.
- El evento se clausura con una muestra cultural de la región y un encuentro de socias de la ANEC.

La ANEC participa en el proceso de desarrollo de la Salud Mental para el país

Esperanza Morales Correa - Junta Directiva Nacional

La ANEC, ha venido participando en los espacios convocados por el Ministerio de Salud y Protección Social y la OPS/OMS, en el marco del Convenio 310/13 de Cooperación Técnica. Esta participación ha estado liderada por las colegas Maritza Barroso, Magda Córdoba, Muna Hadman y Esperanza Morales, integrando un equipo de trabajo con delegadas de ACOFAEN, para aportar como instituciones representativas del gremio a las áreas del ejercicio y formación respectivamente.

A continuación relacionamos los productos que se vienen desarrollando en el tema:

- Desarrollo de la Ley 1616 de 2013, por la cual se reglamentó la Salud Mental en el país.
- Promoción de la Salud Mental, para la convivencia, desde la primera infancia.
- Gestión del Riesgo en Salud Mental y en la Mesa de Servicios.
- Fortalecimiento del componente de Atención Primaria en Salud Mental.
- Política y Plan Nacional de Salud Mental para Colombia 2014-2021.
- Perfiles y Competencias Profesionales de Enfermería en Salud Mental, a partir de las competencias establecidas en la Ley 266/1996, por la cual se reglamentó la Profesión en el país. El módulo de competencias ha estado liderado específicamente por las delegadas de ACOFAEN.

Mención especial hacemos de los ajustes realizados a la Política Nacional de Salud Mental, la cual fue socializada el pasado 7, 8 y 9 de Julio de 2014, a través de la oficina de la OPS.

El ajuste a esta política se realizaron fundamentados en los derechos de la población, para responder a las obligaciones del Estado de garantizar la salud, en condiciones de igualdad para todas las personas, grupos humanos, pueblos y comunidades que habitan el territorio nacional.

Es una política participativa e inclusiva, que reconoce la salud mental como un componente de condiciones y modos de vida digna, razón por la cual está orienta con el enfoque de los determinantes sociales de la salud.

Las enfermeras colombianas, estamos convencidas que la Salud Mental de la población colombiana es un asunto de Salud Pública y de interés nacional; por lo tanto se requiere además de la información documental sobre la materia, considerar los costos económicos, políticos, y humanitarios de los problemas de salud mental, asociadas con las condiciones del conflicto interno y desplazamiento del país.

Invitamos a la comunidad profesional de enfermería a consultar la Política Pública 2014-2021 y el Plan de Salud Mental, los cuales están disponibles en la Página Web de la ANEC www. anec.org.co

Intervención de la CUT, ante la Comisión de Aplicación de Normas

103 Conferencia Internacional del Trabajo

Ginebra, Suiza, Mayo 29 de 2014

"Colombia no es un país en progreso laboral, continúa el grave incumplimiento de las Normas Internacionales del Trabajo de la OIT"

Colombia, lejos de ser un caso en progreso, como el Gobierno ha hecho creer a la Oficina de la OIT, es un caso estancado, y en algunos temas deteriorado. La inspección laboral es en la práctica inexistente, se crean nuevas formas para impedir el ejercicio de la actividad sindical, persiste la violación a los derechos esperados para un trabajo decente y las cifras laborales aún son de las más precarias del mundo.

Colombia, desde el año 1985, ha comparecido en 29 ocasiones a la Comisión de Aplicación de Normas, 21 de ellas sobre el convenio 87 y 98. Desde el año 2010, no se ha vuelto a examinar el caso de Colombia debido a que en el año 2010, el gobierno de Colombia acepto la visita de una Misión de Alto Nivel, la cual se llevó a cabo en febrero de 2011 y tanto la Comisión de Expertos como la Comisión de Normas le han dado un compás de espera al gobierno para que implemente las conclusiones de esta Misión. Han transcurrido cuatro Conferencias sin que se examine la situación de Colombia, y son casi inexistentes los cambios en la realidad laboral y sindical de Colombia, por ello la CUT llega a esta Conferencia esperanzada en que la OIT seguirá actuando en la situación de Colombia, y en particular esperamos:

1. Que la Comisión de Normas, examine la aplicación del Convenio 81 en Colombia
2. Que la oficina de la OIT evalué el cumplimiento de las conclusiones de la misión de Alto Nivel que visito Colombia en Febrero de 2011.
3. Que la Comisión de Expertos retome todas las cuestiones legislativas pendientes sobre la aplicación de los convenios 87 y 98
4. Que el Comité de Libertad Sindical fortalezca sus conclusiones y recomendaciones en los casos que son presentados por organizaciones sindicales colombianas.

Lo primero que debe conocer el mundo del trabajo presente en la 103° Conferencia Internacional del Trabajo es que los indicadores del mercado laboral en Colombia continúan siendo muy precarios: Desempleo cercano al 10%, informalidad cercana al 68% siendo la cuarta más alta de toda la región, Desempleo juvenil del 19%, desempleo femenino del 13,7%, apenas 36 de cada 100 trabajadores cuentan con una relativa protección social: 46 en salud, 40 en riesgos profesionales, 36 en cesantías y 31 en pensiones; esto necesariamente incide en que Colombia siga siendo uno de los países más desiguales del mundo, con un índice de Gini de 0.539.

1. El Sistema de Inspección en el Trabajo es totalmente insuficiente para prevenir y sancionar la violación de normas laborales y por el contrario garantiza la impunidad y con ello la continuidad del irrespeto a los derechos de los trabajadores.

   El Sistema de Inspección del Trabajo en Colombia cuenta con tantos inconvenientes que nuestro país está incluido por el Convenio 81 de la OIT, en la lista corta de países propuestos por la CSI para conformar la lista de 25 a ser llamados por la Comisión de Aplicación de Normas de la CIT este año.

   Todo el sistema de inspección es una línea recta de falencias:

   i. Mediante respuesta a petición, hecha en nombre de la Escuela Nacional Sindical, número 17001, el Ministerio de Trabajo establece que a febrero de 2014, habían 685 inspectores del trabajo;

   ii. De los 685 inspectores, 586 fueron nombrados en provisionalidad, es decir sin un sistema de carrera o méritos, ni estabilidad, independencia y sin cumplir lo establecido en los Convenios 81 y 129 de la OIT. Los pocos inspectores laborales no tienen estabilidad laboral, en su mayoría están nombrados en provisionalidad, de 100 inspectores vinculados en 2012, en seis meses, más de cincuenta habían renunciado al cargo;

   iii. Gran parte de la inspección en el trabajo está dedicada a la conciliación de conflictos lo que implica que no dedica todo el esfuerzo que amerita a la verdadera inspección e investigación administrativa.

   iv. El Ministerio no cuenta con un sistema de información sobre los conflictos laborales en su conocimiento, no sabe cuántos procesos de investigación tiene en curso y en qué etapa se encuentran, ni siquiera conoce cuáles son los inspectores que están conociendo de los mismos; pese a que el Gobierno lleva años prometiendo implementar un sistema de información;

   v. De los casos puestos en conocimiento del Ministerio del Trabajo, sólo una mínima parte llega a solución de fondo y de éstos, sólo un mínimo a sanción a los empleadores incumplidos. En los últimos tres años el Ministerio del Trabajo sólo ha impuesto 68 sanciones por actos atentatorios contra la libertad sindical, y las multas en ningún caso han sido pagadas.

2. Continúan las limitaciones al ejercicio de la Libertad Sindical en Colombia: La sindicalización no supera el 4% de la clase trabajadora, mientras que la negociación colectiva no beneficia a más del 3%.

   Además de la política antisindical que persiste en Colombia, por parte de los empleadores deben mencionarse dos principales obstáculos para la asociación sindical: i) El ocultamiento de verdaderas relaciones laborales por medio de la tercerización laboral, ejercida por todo tipo de figuras jurídicas y ii) uso indebido de Pactos Colectivos (contratos colectivos con trabajadores no sindicalizados) y planes de beneficios. iii) La inacción del Estado frente a los múltiples y graves actos de discriminación antisindical. Para la tercerización laboral las figuras utilizadas son entre otras, las Cooperativas de Trabajo Asociado, Sociedades Comerciales de diferentes tipos y últimamente el uso de "falsos sindicatos" para firmar Contratos Sindicales.

   Aunque se han tomado medidas para limitar la tercerización que ejercían las Cooperativas de Trabajo Asociado, éstas han mutado en otro tipo de figuras: muestra de ello es que de forma coincidente, mientras las CTA que venían desarrollando intermediación laboral ilegal fueron prohibidas por el Decreto 2025 de junio de 2011 y son forzadas a su liquidación, los intermediadores optaron por reiniciarlas como Contratos Sindicales[1]; prueba de ello es que mientras en los años 2010 y 2011 apenas se celebraron 114 Contratos sindicales, luego de las supuestas liquidaciones de las CTA, para los años 2012 y 2013, 791 nuevos "sindicatos" celebraron 1582 contratos sindicales, esto es un aumento inexplicable de contratos sindicales de casi 1.400%. En 2012 en un solo

1. Nombrados por el expresidente Álvaro Uribe Vélez, "Sindicalismo Empresarial".

departamento de Colombia, 24 sindicatos intermediaban laboralmente a más de 3.000 trabajadores de la salud, por medio de contrato sindical. Los trabajadores informales constituyen el 68%, lo que se traduce en la práctica, en un gran obstáculo para la sindicalización y la negociación colectiva para más de la mitad de los trabajadores en Colombia.

El uso indebido de los Pactos Colectivos y planes de beneficios, en la gran mayoría de los casos los empleadores ocultan, en una supuesta negociación colectiva con los trabajadores no sindicalizados, el verdadero otorgamiento unilateral de derechos extralegales para: a) evitar el surgimiento de sindicatos; b) contener el desarrollo de los sindicatos o perjudicar sus conquistas incitando su extinción y; c) debilitar sindicatos mayoritarios de forma tal que dejen de tener la capacidad de negociación y huelga con la que cuentan. En Colombia se permite la coexistencia en una misma empresa de pactos colectivos y convenciones colectivas de trabajo, lo que implica en la realidad el uso de los primeros para evitar la sindicalización y para impedir la negociación colectiva sindical. En los últimos tres años se han celebrado 799 Pactos Colectivos, casi la misma cifra de convenciones colectivas de trabajo.

Son muchísimos los casos de violación a la libertad sindical, que no son prevenidos, ni sancionados por las instituciones del estado, ni la fiscalía General de la Nación, ni el Ministerio del trabajo actúa para prevenir y sancionar. El mejor ejemplo es la ausencia total de aplicación del artículo 200 del Código Penal, hasta el momento, a pesar de haberse presentado más de 300 denuncias, no hay ningún juicio y mucho menos sanciones.

3. El tripartismo en Colombia no funciona como el Gobierno afirma. El Gobierno colombiano ha tratado de convencer a la comunidad internacional de que los temas laborales están siendo concertados de forma tripartita en Colombia, lo cual es una mentira. Si bien se ha dinamizado la Comisión Nacional de Concertación, esta sólo está funcionando como un Foro de Discusión, es un Diálogo Social Inútil; de ésta no ha salido concertado ni un solo proyecto de ley laboral, no hemos logrado que el Gobierno desista de ninguna ley de su iniciativa que al unísono hemos considerado los sindicatos, son perjudiciales para la ciudadanía[2]; no se ha discutido ni mucho menos concertado ninguna política pública de empleo. Lo que ocurre en la Comisión de Concertación es que el Gobierno informa sus decisiones ya tomadas.

4. La Violencia antisindical persiste y reina la impunidad. Desde 1977 han sido asesinados 3.052 sindicalistas, durante el actual gobierno 115 sindicalistas han sido asesinados. La violencia contra sindicalistas continuó siendo una característica de la actividad sindical en Colombia, sin que existan avances significativos en las investigaciones, condenas y capturas de los responsables. Frente al delito de homicidio existe un porcentaje de impunidad del 86,8%; el delito de amenaza, que constituye la violación más sufrida por los sindicalistas[3], tiene a su vez el más alto índice de impunidad con el 99,9%. Los delitos de desaparición forzada, desplazamiento forzado y secuestro, arrojan un porcentaje de impunidad del 99,6%, 99,5% y 90,6% respectivamente. En general, frente a delitos relacionados con graves violaciones a los derechos humanos tenemos que la impunidad en casos de sindicalistas es altísima, promediando el 96,7%[4].

LUIS ALEJANDRO PEDRAZA BECERRA
Presidente

FABIO ARIAS GIRALDO
Secretario General

2. Reforma Tributaria, Ley de Salud, Ley de Protección al Cesante, Reforma pensional, entre otras.

3. La ENS ha registrado, en los últimos 37 años, 13231 hechos de violencia en contra del sindicalismo, 6262 de estas son amenazas. De estas, sólo han sido sancionados cuatro casos.

4. Por no contar con información detallada sobre las víctimas y el tipo de sentencia a marzo de 2014, se calcularon porcentajes de impunidad con datos a octubre de 2013. Se realizó una comparación entre el número de sentencias para cada delito y el número de casos registrados en el Sistema de Información en Derechos Humanos de la Escuela Nacional Sindical, partiendo de la base de que en todos los casos en los que se emitieron sentencias hubo avances en materia de impunidad y sabiendo que muchos casos siguen abiertos en diferentes etapas procesales. Desde 1977, la ENS ha registrado 13.231 violaciones a la vida, libertad e integridad de las y los sindicalistas, entre éstas 3.034 asesinatos.

Conferencia y CRN del CIE

Junio 19 al 23 de 2015 – Seúl, República de Corea

Enfermeras y ciudadanos del mundo

El Consejo internacional de enfermeras tiene el agrado de invitarles a la presentación de resúmenes para la Conferencia del CIE, que se celebrará en Seúl, República de Corea, en junio de 2015. En esta reunión internacional de miles de enfermeras se explorará la importancia del entendimiento intercultural y de la cooperación mundial en la enfermería. La Conferencia ofrecerá ocasiones para que las enfermeras establezcan relaciones y difundan el conocimiento y el liderazgo de la enfermería entre las especialidades, las culturas y los países. Los tres pilares del CIE – Práctica profesional, Reglamentación y Bienestar socioeconómico – conformarán el programa científico y un intercambio dinámico de experiencias y de capacidad.

En las sesiones plenarias, conocidos oradores ofrecerán inspiración y la información más actual sobre los recursos humanos y los lugares de trabajo de la enfermería, la deontología/derechos humanos, los cuidados clínicos y la seguridad de los pacientes. En las sesiones paralelas, en los simposios y en los pósteres se tratarán estos asuntos además de la evolución de la formación de enfermería, las pandemias/catástrofes, los sistemas de prestación de los cuidados y el acceso a ellos, la tecnología, la reglamentación y la historia de la enfermería. La Conferencia será también la ocasión para las reuniones de las redes del CIE y para reuniones principales sumamente inspiradoras de ideas y para un debate sobre un asunto de importancia prioritaria para la profesión.

El Consejo de Representantes Nacionales, órgano de gobierno mundial del CIE, se reunirá los días 17 a 19 de junio de 2015. Los participantes en la Conferencia que sean miembros de asociaciones del CIE podrán observar cómo los dirigentes mundiales de la enfermería identifican las prioridades y las futuras orientaciones de la profesión.

Los principales objetivos de la conferencia son los siguientes:

1. Impulsar y mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud.
2. Demostrar cómo la enfermería contribuye a la salud de las personas, de las familias y de las comunidades.
3. Ofrecer ocasiones para un profundo intercambio de experiencia y capacidad dentro y fuera de la comunidad internacional de enfermería.

Los resúmenes deberán presentarse por Internet en la dirección:

https://b-com.mci-group.com/AbstractSubmission/ICN2015/SPA.aspx

Conjunto de instrumentos para la gobernanza de la Junta de Reglamentación

Beatriz Carvallo S. - Junta Directiva Nacional

El CIE ha mantenido, desde sus inicios, hace ya más de 100 años, una posición clara en cuanto a la importancia de la reglamentación para conseguir que el ejercicio de enfermería sea seguro y competente para proteger al público.

La reglamentación es uno de los tres sectores de los programas esenciales del CIE y este apoya y favorece la reglamentación de enfermería en todo el mundo, de diversas maneras. Entre ellas se cuenta con el establecimiento de redes de contacto y compartir la información entre las encargadas de la reglamentación, mediante:

- Foro anual sobre acreditación y encargadas de la reglamentación.
- Reunión bienal de la triada de las encargadas de la reglamentación, representantes de las asociaciones nacionales de enfermeras y funcionarias jefes de enfermería.
- Red mundial de reglamentación, que brinda oportunidad de diálogo sobre cuestiones de la reglamentación.
- Base de datos mundial sobre encargadas de la reglamentación.
- El tema de la reglamentación incluido en los temas principales en la Conferencia y el Congreso del CIE.
- Observatorio sobre las licencias y la reglamentación, para ofrecer información al CIE.
- Diálogo entre encargadas de la reglamentación para compartir experiencias.

El CIE también ofrece apoyo reglamentario a países y regiones, en colaboración con organismos nacionales e internacionales. Igualmente se ofrecen publicaciones y otros documentos relacionados con la formación y la reglamentación. Entre los instrumentos relacionados con el tema de la reglamentación están:

- Ley modelo sobre enfermería
- Acuerdos comerciales y acuerdos de reconocimiento recíproco
- Ámbito de la práctica y Marco para la adopción de decisiones.
- Gestión de quejas y reclamos
- Gobernanza de la Junta de Reglamentación.

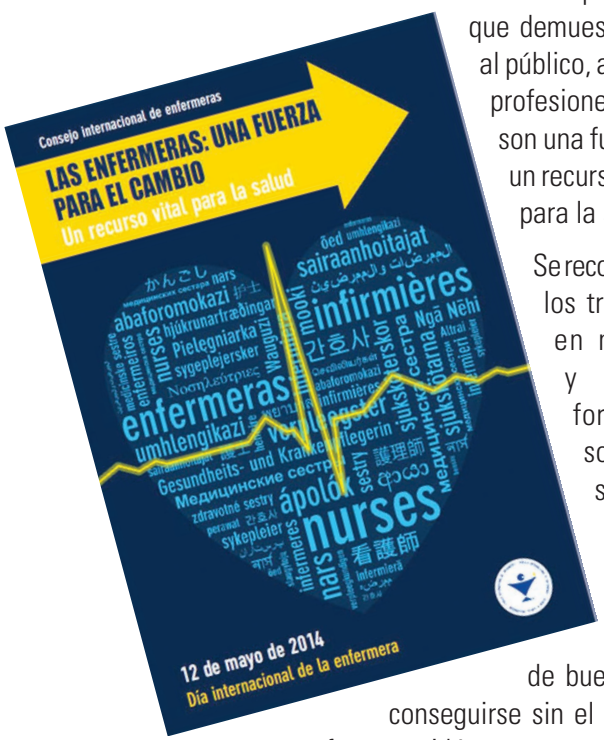
Este documento es el último de la serie sobre reglamentación. En el momento actual es muy importante que las autoridades reglamentarias puedan comunicar su eficiencia y eficacia además de su imparcialidad e integridad a las administraciones, a los encargados del Registro, a otros profesionales, a los medios de comunicación y, sobre todo, al público al que prestan sus servicios. La información incluida en este documento pretende ser ilustrativa, particularmente en el sector de la gobernanza del Órgano de Reglamentación.

Este documento está disponible en la ANEC o se puede consultar en la página Web del CIE: www.icn.ch

Las enfermeras son un recurso esencial para la salud, dice el Consejo Internacional de Enfermeras

Beatriz Carvallo S. - Junta Directiva Nacional

Ginebra, Suiza, 12 de mayo de 2014 – Con ocasión del Día Internacional de la Enfermera, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) hace un llamamiento a los dirigentes mundiales para que se ocupen de los recursos humanos de enfermería del mundo como una de las prioridades esenciales para conseguir una salud mejor para todos. Asimismo pide a las enfermeras que demuestren a la comunidad, al público, a los políticos y a otras profesiones que las enfermeras son una fuerza para el cambio y un recurso de vital importancia para la salud.



Se reconoce cada vez más que los trabajadores de salud, en número suficiente, y adecuadamente formados y motivados, son esenciales para la salud de la población mundial. El acceso equitativo a los servicios de salud necesarios que sean de buena calidad no puede conseguirse sin el número adecuado de enfermeras idóneamente preparadas.

Al ser el grupo más numeroso de profesionales de salud, y el más cercano y frecuentemente el único grupo de esos profesionales disponible en muchas comunidades, las enfermeras pueden contribuir eficazmente a la consecución de los Objetivos de desarrollo del Milenio, y a reducir la carga de las enfermedades no transmisibles. El fortalecimiento de la atención primaria de salud, en la que las enfermeras desempeñan una función esencial, es de importancia crítica para tratar la carga de la enfermedad crónica, y para llegar hasta los miembros de la sociedad más vulnerables y marginados.

Con el tema, Las enfermeras: Una fuerza para el cambio - Un recurso vital para la salud, el conjunto de instrumentos del CIE para el Día Internacional de la Enfermera demuestra que unos cuidados de salud de gran calidad sólo pueden conseguirse con unos recursos humanos bien formados y un buen entorno laboral. El conjunto de instrumentos, que se encuentra disponible en el sitio Web del CIE, www.icn.ch, es un medio esencial para entender el panorama general del mercado de trabajo de los cuidados de salud, incluida la diferencia que hay entre la oferta y la demanda de trabajadores de salud, el efecto de la crisis financiera, la migración y el trabajo de las enfermeras a todo lo largo de su vida. Todo esto pone de relieve la importancia de la planificación de los recursos humanos y el vínculo con la seguridad del paciente; cómo medir la carga de trabajo de las enfermeras y planificar la consecución de un personal seguro; y cómo los nuevos ámbitos de la práctica y la influencia de la nueva tecnología han cambiado el modo de trabajo de las enfermeras.

El Día Internacional de la Enfermera se celebra en todo el mundo el 12 de mayo, aniversario del nacimiento de Florence Nightingale.

Unos fuertes recursos humanos de enfermería son esenciales para conseguir la cobertura universal de la salud (CUS)

El Consejo Internacional de Enfermeras celebra reuniones para poner de relieve la función crítica de las enfermeras en la CUS y la importancia de una reglamentación eficaz.

19 de mayo de 2014, Ginebra, Suiza – En una serie de reuniones celebradas por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) antes de la Asamblea Mundial de la Salud se puso de relieve la cuestión esencial de que el objetivo de la Cobertura universal de la salud (CUS) no puede conseguirse sin unos recursos humanos de salud suficientes, adecuadamente formados, idóneamente remunerados y que trabajen en condiciones adecuadas.

www.funpropal.org/

Noventa y uno representantes de las asociaciones nacionales de enfermería (ANE) miembros del CIE se reunieron los días 14 - 15 de mayo para tratar del fortalecimiento de las ANE y de la influencia en la política general y para abordar problemas importantes de la Cobertura universal de la salud (CUS). El Dr. David Evans, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), describió el objetivo de la CUS y dijo que "La Cobertura universal de la salud debe estar disponible y ser de buena calidad y económica".

Xenia Scheil-Adlung, de la Organización Internacional del Trabajo, puso de relieve los problemas esenciales que se plantean para conseguir la CUS, tales como la escasez de enfermeras y otros trabajadores de salud, además de unos salarios bajos y unas exigentes condiciones de trabajo. Xenia concluyó diciendo que "la CUS sólo puede conseguirse si se dispone de fondos para un número suficiente de trabajadores de salud capacitados que hayan sido formados para saber responder, que disfruten de condiciones laborales decentes y estén distribuidos por igual entre los países y en los países".

La invitada especial Su Alteza Real la Princesa Muna al-Hussein de Jordania, defensora de la prestación de unos servicios de enfermería de calidad y del avance del servicio, de la práctica y la formación de la enfermería, se dirigió a los participantes en la reunión conjunta de la Tríada los días 16 - 17 de mayo, acogida por el CIE, la OMS y la Confederación Internacional de Matronas (CIM).

"La Cobertura universal de la salud no podrá conseguirse sin unos recursos humanos numerosos y cualificados, que estén preparados para abordar las necesidades de las poblaciones a las que prestan sus servicios", dijo SAR la Princesa Muna. "Como he dicho ya muchas veces, no podemos tratar de fortalecer los sistemas de salud sin abordar la crisis de los recursos humanos de salud".

En la reunión de la Tríada se trataron asuntos de importancia esencial para la prestación de unos cuidados de enfermería y obstetricia seguros y de calidad, el desarrollo de las profesiones de enfermería y de obstetricia y la reglamentación eficaz de estas profesiones.

El centro de interés de esta 5ª Tríada fue el fortalecimiento de los recursos humanos de enfermería y de obstetricia para impulsar la cobertura de la salud universal como medio para conseguir los objetivos de salud. Entre los principales oradores estuvieron Akiko Maeda (del Banco Mundial); Judith Shamian y David Benton (CIE); Ties Boerma y Mwansa Nkowane (OMS); y Frances Day-Stirk y Frances Ganges (CIM). El comunicado publicado al fin de la reunión está disponible en la Web del CIE: www.icn.ch

Asimismo en los días 14 - 15 de mayo, 41 participantes de 23 países asistieron al Foro del CIE sobre la Acreditación y de los Encargados de la Reglamentación, acogido por la CIM, para hablar de asuntos esenciales tales como la reglamentación, la formación, la migración, la CUS y la enfermería de práctica avanzada.

Numerosas enfermeras que asistieron a estas reuniones participarán también en la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), órgano decisorio supremo de la OMS. El CIE alienta y apoya a las enfermeras para que asistan a la AMS formando parte de la delegación de su país, o como parte de la delegación del CIE, para conseguir que las enfermeras, la profesión de salud más numerosa del mundo, tengan voz en la adopción de decisiones de alto nivel y en la elaboración de la política general.

Declaración del Consejo Internacional de Enfermeras, CIE - FEPPEN

La formación y la práctica profesional de los recursos humanos de enfermería en los países de América Latina y del Caribe

Representantes de la Junta Directiva del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), miembros del Comité Ejecutivo de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) y delegadas de las asociaciones nacionales de enfermeras se reunieron en La Habana, Cuba, durante el Foro de los Recursos Humanos de Enfermería celebrado durante los días 24 y 25 de abril de 2014.

Señalando que es deber y responsabilidad de los Gobiernos mantener y atender los derechos de sus ciudadanos relacionados con los cuidados de salud;

Reconociendo que los pacientes son el centro de interés principal del trabajo de los profesionales de salud, y que las enfermeras están firmemente dedicadas a contribuir a la sostenibilidad de los sistemas de salud, a la protección de la salud de los ciudadanos y a la seguridad de los pacientes;

Habiendo analizado las políticas relativas a los recursos humanos de salud y las convenciones

promulgadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en las que se establecen recomendaciones para los Gobiernos y otros encargados de la adopción de las decisiones políticas y económicas en los países de la región.

Expresan su preocupación y presentan sus propuestas para el seguimiento de tres asuntos esenciales:

1. La sostenibilidad de los sistemas de salud en los países de América Latina y del Caribe.
    - La necesidad de fortalecer la responsabilidad de la profesión de enfermería para asegurar un control adecuado del gasto en salud, mediante el empleo sensato de los recursos, y para conseguir la integración más plena, en la gestión de los problemas de salud, de las capacidades de adopción de decisiones de las enfermeras.
    - La crucial importancia, para la gestión del ejercicio de la Profesión, de un funcionario coordinador de enfermería en la administración de la salud, para que asesore ampliamente directamente a los Ministros y a los equipos técnicos que diseñan las políticas, acerca de las políticas de salud y de los recursos humanos para los sectores de servicios de atención primaria de salud y especializados.
    - La necesidad de conseguir la disponibilidad continua y permanente de enfermeras con diferentes niveles de formación, para asegurar la cobertura universal de la salud en toda la región.
2. Protección de la salud y seguridad de los pacientes mediante la reglamentación adecuada de la formación y de la práctica de enfermería.
    - La necesidad de una formación y capacitación continúas para las enfermeras, la certificación y renovación de sus capacidades profesionales, en el contexto del continuo de formación establecido por el CIE.
    - La importancia de Facultades de enfermería idóneamente reguladas para formar enfermeras profesionales y la capacitación adecuada del personal técnico y auxiliar, de acuerdo con el nivel de formación de cada país.
    - La creación de puestos de trabajo de enfermería para la prestación de servicios independientes, con el fin de asegurar cuidados de calidad, en las zonas urbanas y rurales.
    - El mantenimiento permanente de las capacidades profesionales en un marco de desarrollo profesional continuo, centrado en las mejores prácticas de enfermería.
    - El reconocimiento y el empleo de las capacidades y el conocimiento de las enfermeras en el campo de los cuidados de salud, en general, y de los cuidados de quienes padecen múltiples y complejos estados crónicos, en particular.
    - El reconocimiento y el empleo de las capacidades y conocimientos de las enfermeras en el sector de la coordinación de los servicios de salud pública a consecuencia del envejecimiento de la población, los nuevos avances en los cuidados de salud y la demanda social.
    - El establecimiento de normas, directrices e instrumentos de trabajo idóneos para la práctica competente de la enfermería, destinados a asegurar la calidad de los cuidados de enfermería y evitar que aumenten los litigios contra el personal de enfermería por negligencia, descuido o mala práctica, lo que mina la confianza del público y del paciente y empeora la imagen de la profesión.
3. Marcos de desarrollo profesional y condiciones de servicio para la prestación de servicios de enfermería en entornos de atención de salud muy complejos.
    - El fortalecimiento de las asociaciones nacionales de enfermería, dotándolas de los instrumentos y de los medios jurídicos que les permitan dirigir el desarrollo de una profesión autorregulada, aplicable tanto en el sector público como privado, contribuyendo así al más elevado estado de bienestar de las enfermeras (en lo que se refiere a sus derechos laborales, conocimientos, capacidades y aptitudes).
    - La necesidad de entornos positivos para la práctica, destinados a lograr servicios de enfermería, que:
        - salvaguarden la salud, la seguridad y el bienestar de las trabajadoras de enfermería;
        - conducir a la prestación de servicios de calidad a los pacientes, y a la excelencia profesional;
        - mejorar la motivación, impulsen la autonomía y para contribuir a obtener mejores resultados de salud y controlar los indicadores de morbimortalidad.

- La importancia de mantener lugares saludables y seguros para el ejercicio de la profesión de enfermería, entre otros los siguientes:
  - Empleo, seguridad laboral y niveles salariales acordes con su formación, experticia y experiencia;
  - la reconciliación del trabajo con la vida familiar, habida cuenta de que la mayoría del personal de enfermería son mujeres;
  - la carga de trabajo;
  - la atención a la violencia contra el personal de enfermería física y psicológica;
  - la atención a los efectos mentales y a la tensión relacionada con el trabajo;
  - la protección frente a los riesgos laborales.

Teniendo en cuenta los principales problemas anteriormente expuestos, el grupo reunido,

Solicita a los Gobiernos:

1. Que desarrollen la capacidad máxima de prestación de cuidados de salud, permitiendo a las enfermeras ejecuten a plenitud toda su capacidad en el ámbito de práctica profesional;
2. Que fortalezcan la excelencia académica en los programas de formación de enfermería en todos sus niveles, con arreglo al plan de estudios de enfermería diseñado para desarrollar capacidades profesionales debidamente armonizadas y adaptadas a las necesidades de la población, aplicables en toda la región;
3. Que garanticen la seguridad del paciente al aplicar las leyes relativas a la práctica profesional de la enfermería, para fomentar el desarrollo de la reglamentación en los países, con el fin de asegurar un marco reglamentario idóneo para la región;
4. Que detengan los procesos que intentan disminuir el nivel académico de la profesión, lo cual representa un grave inconveniente para la seguridad del paciente y para la calidad de los servicios de enfermería en todos los sectores y a todos los niveles de los cuidados de salud;
5. Que mantengan un nivel adecuado de personal competente de enfermería, equiparable con las necesidades de la población, para asegurar la prestación de cuidados de enfermería seguros, oportunos y eficientes en los servicios de salud de la región;
6. Que establezcan un entorno favorable para la práctica de las enfermeras, regido por contratos de trabajo estables, con beneficios sociales y remuneración adecuados al nivel de formación, a la experiencia, capacidad y a la responsabilidad ejercida;
7. Que se establezca un puesto de trabajo para ejercer la Coordinación de Enfermería en la administración del Sistema de Salud de cada país, incluyendo enfermeras en el proceso de elaboración de la política y de adopción de decisiones en los campos de la salud, de la seguridad social, la enfermería, la formación y el trabajo.

Instar a las enfermeras miembros del CIE y de FEPPEN a que:

1. Promuevan la reglamentación de la formación y la preparación de las enfermeras y de la práctica de enfermería en los planos internacional y regional, fomentando:
   - normas contemporáneas para facilitar cuidados de enfermería armonizados y bien coordinados,
   - principios y valores científicos y éticos que garanticen los derechos de los ciudadanos a la protección de su salud y la seguridad de los pacientes;
2. Ayuden a las asociaciones nacionales de enfermeras a aplicar las normas de la mejor práctica en el plano nacional, evaluando constantemente los resultados;
3. Tomen parte activa en la elaboración de la política de salud y en la planificación de los programas de formación de enfermería a través de las asociaciones de enfermería nacionales;
4. Pongan de relieve los efectos de invertir en la formación de pregrado y postgrado, incluso en la preparación del doctorado, para mejorar el acceso, la eficiencia, la eficacia y los valores.

Acabar con el Sida es posible en 2030, dice la ONU, 16 de julio de 2014

Dice que muertes causadas por la enfermedad como nuevas infecciones por VIH se redujeron en el 2013.

El número de muertes asociadas al sida en el mundo durante el año pasado fue de 1,5 millones, una disminución del 11,8 por ciento respecto al 2012, la caída más importante desde el 2005, reveló este miércoles ONU SIDA.

"Terminar con la epidemia del sida es posible", dijo Michel Sidibe, director de Onusida, durante la presentación en Ginebra (Suiza) de un informe sobre el avance de la enfermedad, previo a la conferencia global sobre sida que se celebrará en Australia la próxima semana. (Lea también: En América Latina, cada hora 10 personas se infectan con VIH-SIDA).

"El mundo ha sido testigo de cambios extraordinarios en el panorama del sida. Se han producido más logros en los últimos cinco años que en los 23 anteriores", advirtió el informe, que destaca una disminución del 35 por ciento en los fallecimientos vinculados a este mal desde el 2005, cuando presentó su punto más álgido.

La caída en el número de muertes se acompaña de una reducción de las nuevas infecciones, que pasaron de 2,2 millones en el 2012 a 2,1 millones en el 2013. Según Naciones Unidas, este indicador positivo es una señal de que, "si se acelera la lucha", sería posible "avanzar hacia el fin de la epidemia" en el 2030 y eventualmente acabar con ella en cada región y en cada país.

Hoy, según el informe, 35 millones de personas viven con el VIH, frente a los 34,6 millones del 2012. Onusida lanzó una alerta sobre el preocupante hecho de que 19 millones de portadores del virus lo desconocen. África sigue siendo el continente más castigado por la enfermedad, con 1,1 millones de muertos en el 2013, 1,5 millones de nuevas infecciones y 24,7 millones de africanos que viven con VIH.

En América Latina había 1,6 millones de seropositivos en el 2013 (60 por ciento de ellos hombres), y el número de nuevos infectados se mantuvo casi estancado, con un retroceso de apenas el 3 por ciento entre el 2005 y el 2013. La epidemia ha matado a unos 39 millones de los 78 millones de afectados desde que comenzó en los 80.

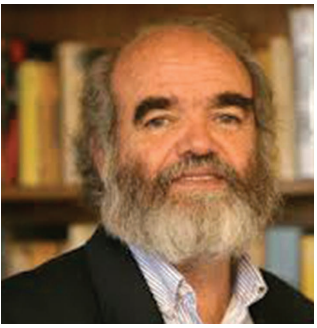
Preocupa población gay

Luiz Loures, director ejecutivo adjunto de Onusida, llamó la atención acerca "del ritmo de descenso de los contagios en Latinoamérica, donde es menor que en otras regiones, incluso que en África; y hay países donde aumentan las infecciones". A su juicio, esto se debe principalmente al crecimiento de las trasmisiones entre los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, quienes representan el 60 por ciento de los casos seropositivos.

Luis Ángel Moreno, vocero de Onusida Colombia, advierte que la población homosexual está en una situación de mayor vulnerabilidad por el acceso a servicios, el estigma y la discriminación, y por la poca "preocupación" en cuanto al uso del condón, que "pasa a un segundo plano".

¡EL AGUA… Miércoles, Julio 16 de 2014

Juan Manuel López Caballero



La angustia por lo que pasaría en las elecciones y la pasión despertada por el fútbol ha hecho que se minimice lo que los colombianos hemos sufrido por los embates del cambio climático; en la Costa la ausencia de lluvias, en Santa Marta han caído menos de 100 milímetros en los últimos 10 meses, y en los Llanos de Casanare se vive lo contrario, se han registrado aguaceros de hasta 130 milímetros en dos horas. Desaparece el mito de que no era claro si en verdad existe el cambio climático.

Y respecto al futuro el Ideam con su repite y repite que llegará el 'fenómeno del niño' solo deja desconcertados a los afectados, a los unos porque viven ya una sequía que les predicen llegará más tarde, y a los otros porque les previenen sobre una catástrofe por falta de agua y les difieren la fecha de su inicio mientras lo que sufren son inundaciones. No se sabe si es mito el tal 'fenómeno' o si lo que es mito es que se pueda predecir (o que lo pueda hacer nuestro instituto) pero ya es difícil creer o contar con esta predicción. Pero lo que más nos dicen es que se está acabando el agua, que debemos conservarla. Esto también tiene mucho de desinformación.

Con el agua sucede como con la energía: ni se gana ni se pierde, solo se transforma. La vida del agua es un proceso de evaporación y condensación en que pasa de niveles de humedad a lluvia en forma cíclica; ni se produce nueva agua ni desaparece, solo cambia de estado. Se evapora del mar, se convierte en nubes que descargan en los continentes, y estos a través de los ríos la devuelven a los océanos. En esta época lo notorio es que la que se encontraba en forma congelada se está volviendo líquida. Es lo que sucede con la reducción de las capas polares, el deshiele de los nevados o los glaciares que se disminuyen.

Y si bien no es cierto que la deforestación o explotaciones como las petroleras acaban el precioso líquido, sí es correcto que alteran la forma en que este circula o se distribuye; por ejemplo el tumbar los bosques de galería elimina la amortiguación de la lluvia propiciando que los cauces se suban y corra por ellos la corriente de manera más rápida; o las explosiones de la sísmica modifican las redes subterráneas que como tuberías llevan el agua a determinados sitios y así se dispersa o traslada la que emergía en manantiales, lagunas o esteros.

No es verdad por lo tanto que el agua se agote. Lo que sí sucede es que la demanda por ella, en especial por la tratada, aumenta en la medida que la población humana requiere cada vez más, tanto para su consumo directo como para otros usos como el agrícola o los procesos industriales.

Está bien incentivar a los habitantes a racionalizar su uso, pero no se debe hacer con base a falsas soluciones o mala información. Ejemplo de lo primero podría ser el cuento que inventó cierto alcalde pedagogo de introducir una botella llena en la cisterna de los escusados para gastar menos agua: como el funcionamiento de estos depende de la cantidad de agua y no de su altura lo que se lograba es que fallara la 'jalada' con las consecuencias que esto traía. Ejemplo de lo segundo es el terrorismo con el 'fenómeno del niño' que en la práctica no sería sino eventualmente un verano más fuerte del usual; sirvió para exculpar el mal manejo que se dio al sistema eléctrico bajo la administración Gaviria, pero nunca ni antes ni después se ha manifestado con los peligros o las consecuencias catastróficas que se le atribuyen. De lo que debemos ser conscientes es que el problema es de origen demográfico el crecimiento de la población y que cualquier solución será transitoria a menos que se limite la multiplicación de la raza humana.

Y en espera de ello, que lo que se requiere no es descargar solo en los usuarios la responsabilidad del ahorro en el consumo sino pensar en nuevas formas de manejo colectivo más eficientes y más adaptadas a los usos de los conglomerados humanos actuales y especialmente a los cambios climáticos que ya se conocen y se viven y no se pueden negar, es decir más intervención e imaginación estatal que la de simplemente manejar un tema de tarifas.

Diferentes caminos a la universalidad de los servicios de salud en América Latina

La "Cobertura Universal de Salud" (CUS) es una política de salud que busca brindar un acceso suficiente a la atención médica de calidad a todas las personas en un país determinado. La CUS puede lograrse mediante diferentes arreglos institucionales y financieros, pero ha llegado a ser equiparada a la promoción de planes de seguros que cubren un conjunto limitado de servicios de salud proporcionados por proveedores de salud públicos y privados. Por el contrario, los sistemas universales de salud (SUS) buscan promover el desarrollo de una única institución pública que proporciona y financia todos los servicios médicos y preventivos a los ciudadanos.

En este trabajo se presenta una evaluación empírica de estos dos enfoques de la universalidad en salud a través de un estudio comparativo de Chile y Costa Rica. Estos dos países representan enfoques opuestos: en Chile, la política gubernamental ha creado las condiciones para la coexistencia de compañías de seguros en salud y de prestadores privados y públicos; en contraste, el sector público es dominante en el sistema de salud de Costa Rica.

Para comparar el desempeño de los sistemas de salud de ambos países se utilizaron los indicadores del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud, centrándose específicamente en la cobertura y calidad de los servicios, su costo y accesibilidad y la proporción de la población cubierta. Son pocos los estudios empíricos de este tipo, los cuales permiten conocer las ventajas y desventajas asociadas con las diferentes formas en que se puede alcanzar la "cobertura universal".

En términos de acceso a servicios básicos de salud, tanto Costa Rica y Chile han logrado importantes avances. Por ejemplo, tienen la mortalidad infantil más baja y la esperanza de vida más alta en la región latinoamericana. Sin embargo, la disponibilidad de servicios básicos no es igual a contar con acceso a la atención integral para resolver la mayoría de los problemas de salud. Esto puede explicar por qué, en la última década, la población de Costa Rica consistentemente ha percibido que el acceso a los servicios de salud es mejor que en Chile (66,4% vs. 35,0%). Esta diferencia se ha mantenido incluso después de 2005, cuando en Chile se implementó una reglamentación más estricta de las compañías de seguros (I.E. Plan AUGE).

Con respecto a la protección financiera, aunque desde el año 2005 en Chile se ha reducido sustancialmente la falta de acceso a servicios de salud debido a razones económicas (del 11,7% al 4,2%), la cifra sigue siendo mucho menor en Costa Rica (0,8%). Y en comparación con Costa Rica, en Chile son sustancialmente mayores los pagos directos o de bolsillo de las familias y la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud. Esta situación se produce en parte por el

hecho de que los chilenos pagan por los servicios o productos que no están cubiertos por su seguro (ej. los medicamentos con receta).

La relativa eficiencia del sistema de salud de Costa Rica es clara dado el hecho de que el gasto total en salud per cápita es más bajo que en Chile (US$811 vs US$947) El mayor costo del sistema de salud chileno se puede atribuir, en parte, a la ineficiencia del sector privado en ese país, donde el uso de procedimientos médicos injustificados es más frecuente y los costos administrativos son más altos.

De acuerdo a las nociones de "compra activa" (WHO 2010) y "competencia dirigida" (World Bank 1993), la existencia de diferentes proveedores que compiten por los recursos resulta en niveles más altos de calidad a menores costos. Este argumento se utiliza con frecuencia para promover los planes de seguros. Sin embargo, la evidencia presentada aquí muestra que tales supuestos no siempre son ciertos. El sistema de salud chileno es un ejemplo de cómo la segmentación producida por la coexistencia de los seguros privados y públicos es perjudicial para la eficiencia y la equidad. Además, prácticas como la colusión entre proveedores privados y los oligopolios son realidades que se ignoran en el argumento de la competencia.

En el presente estudio se comparan el enfoque de SUS de Costa Rica y la política de seguros de salud de Chile y se demuestran ventajas generalizadas y consistentes para el primer modelo en la promoción de la universalidad en salud. Además, destaca las ventajas en el desempeño financiero y de salud de un sistema público único de salud, en contraposición al sistema público-privado fragmentado implícito en los seguros de salud. El debate sobre los mejores arreglos institucionales para garantizar la atención universal en salud está lejos de concluir, pero este estudio de caso demuestra que los planes de seguro no son ni la única, ni la mejor opción.

http://www.municipalservicesproject.org

Rodrigo Saldarriaga creó el hábito de ir a teatro

Yhonatan Loaiza Grisales

El fallecido artista dirigió por cerca de 40 años el Pequeño Teatro de Medellín. En marzo, Saldarriaga fue elegido representante a la cámara por el Polo Democrático.

Una cafetería en Barranquilla fue el punto de partida de la carrera teatral de Rodrigo Saldarriaga, el fundador del Pequeño Teatro de Medellín y representante electo a la Cámara por Antioquia, que falleció el pasado 22 de junio de 2014.

Con apenas 23 años, Saldarriaga se reunió con su amigo Eduardo Cárdenas en la cafetería 11 de noviembre. "Edu, ¿qué estamos haciendo en Barranquilla? A nosotros nos requiere Medellín", fue la frase con la que le anticipó su deseo de fundar un grupo de teatro profesional en la capital paisa.

"Uno a los 23 no tiene esos propósitos. Lo primero que uno piensa es si se mete en un grupo de teatro y listo, pero no echarse ese piano encima de crear una institución teatral en una ciudad que no tenía tradición de eso", dice Cárdenas, que acompañó a Saldarriaga desde ese momento y ahora es

el director general del Pequeño Teatro. Así fue como en 1975 nació este grupo, que funciona en una casa de estilo republicano, con dos salas y una escuela de artes escénicas.

El primer objetivo de Saldarriaga fue crear una cultura de consumo teatral en la ciudad. **"Fue el primero en Medellín que generó, sin importarle cómo, una temporada permanente de funciones semanales para que el público tuviera el hábito de ir siempre al teatro"**, apunta Wilson García, productor y director teatral.

Con su frondosa barba blanca y su carácter imaginativo, Saldarriaga generaba la imagen de un gran pensador clásico. "En apariencia física cualquier filósofo griego se quedaba atrás. En el espíritu era un antioqueño divertido que se mofaba de lo absurdo", añade García. El Pequeño Teatro fue uno de los primeros en el país que montó grandes clásicos de la dramaturgia, siguiendo la misma línea del Teatro Libre de Bogotá. "Éramos grupos hermanos", afirma Jorge Plata, uno de los fundadores del grupo bogotano.

Ese amor por los clásicos nació en un viaje que Saldarriaga realizó a Europa junto a Plata y otros miembros del Libre, como el director Ricardo Camacho. Allí trabajó junto a realizadores como el polaco Jerzy Grotowski y el italiano Eugenio Barba. "Rodrigo trajo entre ceja y ceja la idea de un montar un Shakespeare aquí en Colombia", recuerda Cárdenas.

En 1979, el grupo estrenó su versión de Macbeth, una de las grandes obras de Shakespeare. Además de presentarse en Medellín, la pieza hizo una gira de tres meses que llegó hasta Riohacha. "Las funciones a veces se tenían que hacer al aire libre. En un colegio en Santa Marta, presentamos el espectáculo en una cancha de baloncesto", apunta Cárdenas. Ese tipo de teatro fue otra de las marcas de Saldarriaga, como recuerda Farley Velásquez, director del grupo Hora 25:

"Él fue uno de mis grandes inspiradores para que yo buscara el repertorio clásico. Nos abrió esa posibilidad de que podíamos hacer esas obras en Medellín", asegura.

Claro que también hubo aportes controversiales, como el que sucedió en 2002, cuando el Pequeño Teatro decidió eliminar la venta de boletas e instauró el sistema de entrada libre con aporte voluntario. "Nos dijo: 'No vamos a vender una entrada más en la vida. Después de que la gente vea la obra le echamos el cuento para que den el aporte voluntario... Es una democratización del acceso al teatro", rememora Cárdenas, quien añade que la fórmula ha generado la oposición de otros grupos.

Actualmente, el Pequeño Teatro goza de buena vida, incluso su fundador decidió meterse en la política. Hace más de un mes Saldarriaga había anticipado que el cáncer de pulmón que lo afectaba era terminal. "Lo que se hizo fue reemplazarlo por una junta directiva. Lo que él pensaba solo lo podemos pensar bien entre cuatro o cinco personas", dice Cárdenas. Ahora, el objetivo más próximo es encontrar el guayacán amarillo bajo el que Saldarriaga pidió ser sepultado.

Así lo recuerdan

Ricardo Camacho - Director artístico del teatro libre

"Los dos somos hijos del teatro universitario. Él estuvo casi dos años con nosotros y actuó en dos obras del Libre: 'Jacobo y su amo' y 'Almas muertas'. Era un hombre tozudo, un trabajador infatigable, era, como dicen, 'una bestia de teatro', porque actuaba, dirigía, vendía boletas, barría, escribía, administraba".

Octavio Arbeláez - Director del festival de teatro de Manizales

"Su obra, ligada al Pequeño Teatro, incorporó modelos de gestión imaginativos y polémicos, y, en lo escénico, una mirada constante sobre los clásicos contemporáneos que abordaba con el rigor propio de su formación".

Farley Velásquez - Director del grupo hora 25

"La partida de Rodrigo deja muchos interrogantes, porque en Medellín hay que trabajar muchísimo sobre quién es el relevo y quiénes vienen después de estos grandes maestros, de esas personas que son capaces de dedicar la vida al teatro".

La educación en Colombia aumenta las brechas sociales

Julián de Zubiría Samper - Fundador y director del Instituto Alberto Merani
Razón Pública, 16 de julio de 2014.

Una mirada sorprendente sobre las diferencias de calidad en la educación básica y en acceso a la inicial y a la universitaria entre el sector privado y el público, entre hombres y mujeres, entre ricos y pobres. ¿Cuáles son las prioridades?

Educación para la desigualdad

Con frecuencia hemos oído que la educación es el mejor mecanismo para el ascenso social, y que por eso la educación cumple un papel esencial en la disminución de las inequidades sociales. Esta afirmación, verdadera en varias democracias del mundo, todavía no es cierta en Colombia.

Por ejemplo, entre los jóvenes colombianos que se presentaron a las renombradas pruebas PISA en 2012, el que provenía de la educación pública obtuvo en promedio 50 puntos menos que el alumno de la privada. Así mismo, quien no tuvo ningún año de educación inicial, obtuvo 34 puntos menos que quién sí lo tuvo. Y si es mujer, en el área de matemáticas consigue en promedio 25 puntos menos.

Dado lo anterior, en Colombia una joven de sectores populares tiene en promedio, para el grado noveno, 109 puntos menos que un joven de estrato alto en su prueba de matemáticas.

Este resultado equivale a tres años menos de educación, lo cual es tanto como decir que aunque ambos estén cursando el grado noveno, la mujer de menor estrato ya ha "perdido" tres años de escolaridad. Es como si ella sólo hubiera alcanzado el grado sexto, aunque lleve cursados nueve años. Gracias a la educación inicial y a los beneficios del mayor nivel sociocultural de su familia, en primero de primaria el niño de estrato alto le lleva una ventaja cercana a los cuarenta puntos al niño de estrato popular.

Pero falta lo más grave: la distancia entre los resultados va aumentando con el paso de los grados, de modo que hasta ahora la educación pública en Colombia no logra cerrar la brecha social. Por el contrario, las distancias aumentan con el paso del tiempo. Dicho de otra manera: la calidad desigual de la educación colombiana está aumentando las desigualdades sociales. Es como si tuviéramos dos sistemas educativos: uno para pobres y otro para ricos, y que debido a ello, todos los jóvenes tendieran a permanecer en un estrato social similar al que nacieron. En términos técnicos a esto se le llama inmovilidad social. En consecuencia, Colombia presenta una muy baja tasa de movilidad social educativa.

Igualdad y educación

Las democracias necesitan una educación pública robusta para garantizar que el pueblo de veras ejerza el poder con criterio, argumentos, razón y voluntad, y para asegurar que quienes lleguen arriba lo hagan por méritos propios y no por la cuna en que nacieron. Por eso en las democracias más consolidadas es común encontrar una educación pública de muy alta cobertura y calidad, como demuestran el norte de Europa y Canadá: son países con muy buen desempeño en las pruebas educativas mundiales y baja dispersión en sus resultados.

Por eso mismo no es casual que exista alta correlación entre igualdad social y alta calidad educativa. Por el contrario, países ricos pero desiguales no tienen un sistema educativo

universal de alta calidad: en las pruebas internacionales, países como Estados Unidos, Alemania o Inglaterra tienen resultados muy por debajo de países como Finlandia, Polonia, China o Cuba.

Las mujeres, rezagadas

Teniendo en cuenta los 65 países que presentaron la prueba PISA en 2012, la distancia entre los resultados de hombres y mujeres en ciencias y matemáticas convierte a Colombia en el segundo país con mayor desigualdad en su logro educativo según el género. En matemáticas, la diferencia es de 25 puntos a favor de los hombres; y en ciencias, es de 18 puntos (mientras en el resto del mundo las diferencias no son significativas). En ambas áreas, Colombia muestra más desigualdad que los países musulmanes. Podría decirse entonces que en Colombia tenemos una "burka" educativa, que aún no ha sido objeto de análisis e investigación. Y, como todos sabemos, lo que no se investiga e interpreta no puede remediarse. Las diferencias entre hombres y mujeres es menor en países de América Latina como Argentina o Uruguay, y aun en otros reconocidamente "machistas", como sería el caso de México.

Aumentan…y disminuyen las distancias

Como Colombia es uno de los países con más mala distribución del ingreso en América Latina, la educación de calidad tan distinta para ricos y pobres ratifica y consolida las inequidades existentes. Eso significa quien ingresa a la educación pública básica tiene alta probabilidad de permanecer en un estrato bajo.

La situación fue especialmente grave durante los gobiernos de Uribe (2002 a 2010), ya que en las pruebas SABER, los resultados de los colegios públicos rurales retrocedieron significativamente respecto de los colegios privados. De allí la gran importancia del Programa Todos a Aprender (PTA) que desde 2012 viene ejecutando el gobierno nacional y que ya atiende a 2,4 millones de estudiantes. Al brindarles apoyos especiales a las escuelas oficiales rurales, el PTA está atacando en su raíz una de las causas de los bajos resultados nacionales en educación: la inequidad.

Desigualdad temprana

El 94 por ciento de los estudiantes del mundo que presentaron PISA (2012) dijeron haber cursado algunos años de educación inicial. En América Latina, países como Argentina, Uruguay y México alcanzan indicadores del 70 por ciento en este tramo. Esto les garantiza, en promedio 53 puntos adicionales, la que sería la inversión social más rentable que hayamos conocido. Por el contrario, en Colombia, solo el 33 por ciento de los estudiantes evaluados dijeron haber asistido a más de un año de educación inicial. En los sectores populares todavía sigue siendo muy baja la cobertura de este tramo educativo y solo aumenta significativamente a partir de los 5 años de edad desde que se incorporó el grado cero a la educación básica (en 1994).

Pese a ello, todavía no se cumple lo establecido en la Ley General de Educación dos décadas atrás: una educación inicial de tres años para niños de todas las regiones y condiciones sociales. Aquí se gesta la inequidad que se verá agravada por una educación pública de tan baja calidad como la que hasta ahora hemos alcanzado. De aquí se sigue que garantizar una educación inicial general de 3 años será una de las tareas esenciales para el gobierno que se inicia en un mes.

La universidad, al revés

Al contrario de todo lo anterior, la alta calidad que se ha logrado en algunas universidades públicas de Colombia, sí permite la movilidad social que no asegura la educación básica. Por eso mismo es necesario garantizar el derecho que actualmente está garantizado de manera muy parcial. Una educación universitaria pública, gratuita y de calidad para los sectores populares tendrá que convertirse en otra de las metas de la administración que se inicia.

En conclusión

En las democracias, la educación pública de calidad es un derecho que debe ser garantizado por el Estado. En Colombia será imposible disminuir las inequidades mientras la educación pública básica no alcance más calidad y no aseguremos el derecho a la educación inicial y universitaria para los sectores populares.

La baja calidad de la educación pública básica y la baja cobertura en la educación inicial y universitaria agravan las inequidades y disminuyen la movilidad social.

Trabajar de manera conjunta por el derecho a la educación pública de calidad es una condición necesaria para fortalecer la democracia. Si queremos que la educación ayude a los pobres a salir de la pobreza, antes hay que ayudar a la educación pública a que salga de la pobreza en que se encuentra.

Foro: Exposición a agentes químicos en trabajadores de la salud

Beatriz Carvallo Suárez - Presidenta: COPERSO

El Comité permanente de organizaciones científicas en seguridad y salud en el trabajo, COPERSO, es un estamento de carácter social, privado, constituido por 11 asociaciones profesionales que desarrollan acciones en seguridad y salud laboral, que se integran para brindar asesoría a los entes gubernamentales, gremiales, a los Comités Paritarios de Salud Ocupacional y a las entidades interesadas en la materia.

Para contribuir con la celebración del Día de la Salud en el Mundo del Trabajo, el cual fue establecido para el 28 de julio, a través de la Resolución 166 del 1 de febrero de 2001 expedida por el Ministerio de Trabajo con el objeto de recordar los 200 accidentes de trabajo mortales ocurridos durante la construcción de la Represa del Guavio. Esta fecha nos debe servir para reflexionar sobre estos acontecimientos nefastos, que no tienen justificación en ningún tipo de trabajo, máxime que se estaba construyendo una obra para el desarrollo energético del país, a costa de la vida de este grupo de trabajadores.

Teniendo en cuenta que la mayor parte de las organizaciones que integran este Comité pertenecemos al sector salud y que la OIT orientó abordar el tema de los riesgos químicos en el presente año, hemos acordado realizar un Foro sobre exposición a agentes químicos en trabajadores de la salud, el día 24 de julio de 8:00 a.m. a 1 p.m., para aportar en su reconocimiento e intervención.

Este evento se llevó a cabo en el Centro de Convenciones de la Universidad Antonio Nariño, con una importante asistencia de 90 personas de diferentes instituciones de salud y estudiantes de las carreras de la salud. El programa desarrollado inicia con la presentación del tema: Los agentes químicos en el mundo del trabajo, por el Dr. Alfonso Peña, posteriormente el Dr. Juan Vicente Conde realiza una descripción general sobre la presencia de los riesgos químicos en un hospital, complementando esta presentación, la Dra. Beatriz Carvallo realiza una descripción socio –demográfica de los trabajadores de la salud y se concluye con la presentación del Modelo de Vigilancia Epidemiológica para la exposición laboral a citostáticos, aplicado en Instituto Nacional de Cancerología, por el Ingeniero Yezid Fernando Niño. El evento se concluye con una sesión de discusión con los participantes.

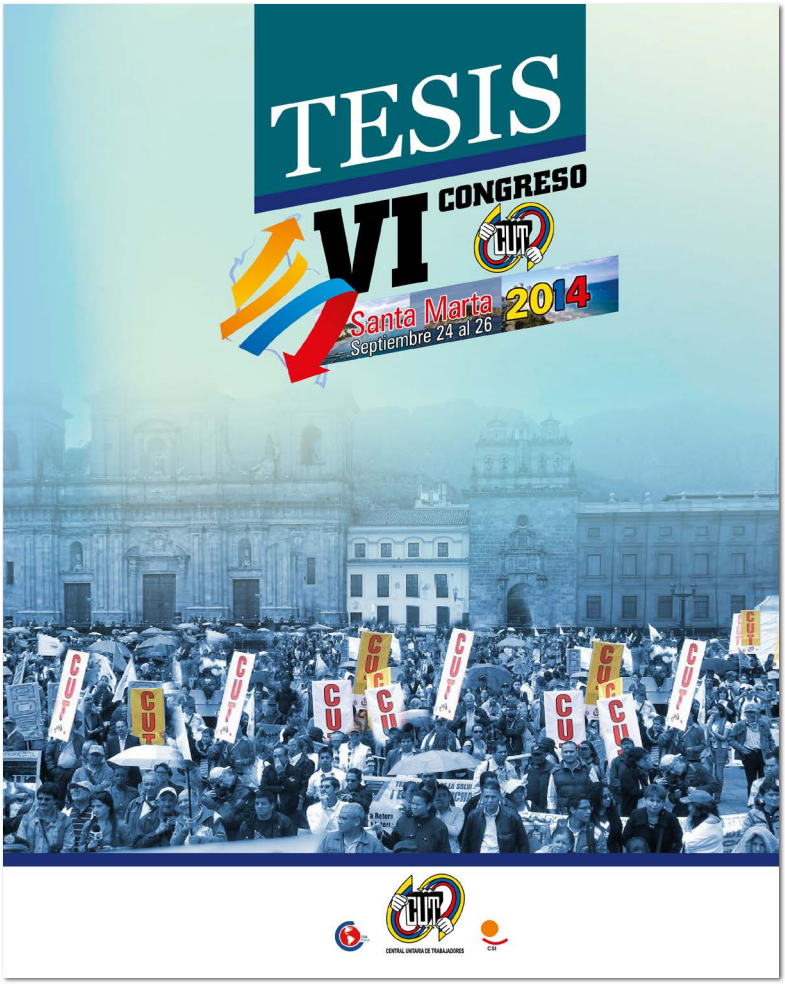
Tesis VI Congreso CUT

Santa Marta, Septiembre 24 al 26 de 2014

La CUT realizará del 24 al 26 de Septiembre del presente año, su VI Congreso Nacional en la ciudad de Santa Marta, Departamento de Magdalena, bajo la consigna "POR PAZ, SOBERANÍA, DEMOCRACIA Y DERECHOS LABORALES".

Este evento constituye la oportunidad excepcional para resolver dos asuntos fundamentales:

1. Evaluar el accionar de la Central durante los años trascurridos desde su V Congreso realizado en la ciudad de Bogotá, como una acción que contribuya a corregir los errores que se pudieron haber cometido, fortalecer los procesos en que se haya avanzado y trazar las políticas que la guíen hacia los próximos años.



2. Abordar los temas para los cuales ha sido convocado los cuales gozaran antes y en el Congreso de todas las garantías para su discusión sobre temas como la situación nacional e internacional, coyuntura política, plan de acción y plataforma de lucha, política internacional de la CUT, educación político-sindical, estatutos, elecciones internas, mujer y jóvenes; multinacionales, formalización laboral, organización y funcionamiento interno, derechos humanos y reparación, entre otros.

Este documento contiene las tesis que sobre este y otros temas, han presentado diversas corrientes de opinión que hacen presencia dentro de la CUT. Estas, más las que resultaren en los múltiples eventos que se realizaran por todo el país, deberán ser debatidas antes y en el Congreso dentro de un ambiente de la mayor democracia y en la búsqueda de consensos que conlleven a conclusiones y decisiones del Congreso para fortalecer la lucha de los trabajadores colombianos.

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC, estará representada por las colegas Marjorie Gómez Palacio y Esperanza Morales Correa. Deseamos los mayores éxitos en este evento que constituye un reto para el movimiento sindical colombiano.

El documento completo se puede consultar en la página Web de la ANEC: www.anec.org.co

Calvario de las pensiones

Édgar Vergara Figueredo - Periodista

No todo es mejor para los trabajadores en Colombia. Cada día es más duro pensionarse, porque se hace más difícil que se le reconozca oportunamente la mesada pensional a un individuo con derecho a ella. Colpensiones, que es la entidad encargada de administrar el sistema de prima media y de otorgarla, tiene un enorme atraso en su desempeño, a tal punto que no está al día con los trabajadores públicos y privados que la han requerido. La oficina está repleta de solicitudes, derechos de petición y tutelas, que por más que sus directivas hayan llenado las oficinas de personal difícilmente saldrían este año del retardo.

Viéndose bien, los pensionados son personajes excluidos. El año nuevo trajo una nueva edad para pensionarse en Colombia. La Ley 797 de 2003, que reformó parcialmente la Ley 100 de 1993, impuso a partir del año 2014 la edad de pensión: cincuenta y siete años para mujeres y sesenta y dos para hombres, aumentándola en dos años para ambos. Antes del año 2005 bastaba mil semanas cotizadas para pensionarse, pero esta norma las incrementó en cincuenta semanas y a partir de allí un alza de veinticinco semanas anuales hasta llegar en el 2015 a mil trescientas semanas, o sea que para que una persona pueda pensionarse en el presente año deberá acreditar mil doscientas setenta y cinco semanas.

El futuro pensionado no está libre de dificultades. Apenas presenta la documentación exigida por Colpensiones empieza el calvario. Cuando averigua sobre el estado del trámite, habrá un empleado que lo prevenga, como una vez le dijo el abogado al Coronel de la novela de García Márquez: "Yo le advertí que la cosa no era de un día para el otro." E igualmente le hable de los vericuetos administrativos de la entidad, no le queda al peticionario otra salida que resignarse. En esa crucial situación, no faltará el consejo de un oficinista o de un tinterillo que ronda las oficinas de Colpensiones para recomendarle incoar una acción de tutela. Acoge el asesoramiento y presenta la tutela. A la solicitud, se le agrega un nuevo procedimiento que aumenta aún más la congestión institucional y vuelve al atasco interminable.

El pensionado en Colombia, con excepción de los altos funcionarios del Estado, no tiene quien lo defienda, y el Ministerio del Trabajo es oído sordo. Es un empleado sin código y sin sindicato. El reajuste anual pensional se limita al incremento porcentual del índice de precios al consumidor (IPC), sin más arandelas, mientras el salario de los trabajadores públicos y privados se amplía con respecto al aumento del salario mínimo mensual legal vigente (Smmlv), el cual es siempre superior. Como suele ocurrir, en todos los años se presentan grandes diferencias entre el incremento del Smmlv y el IPC, esa diferencia castiga al pensionado y contribuye al deterioro económico de la mesada.

Los más afectados con la manera como hoy se determina el alza anual de las pensiones son las personas que tienen las más bajas. Eso lo sabe el Gobierno y también los ministros de Trabajo de turno. Por ejemplo, en el caso de 2014, no es lo mismo aumentar una pensión en 1.94 % (IPC) que hacerlo en 4.50 % (Smmlv). El aumento es de 1.94 % y no de 4.50 % como sería lo justo y equitativo, hablando de igualdad ante la ley.

Tomado de: www.elmeridianodesucre.com.co - Sábado, 12 Julio 2014 17:25

Base de datos del RUN aporta indicadores sociolaborales de profesionales de enfermería

Carolina Prada Moreno - Registradora Nacional ANEC

Por este medio de comunicación nacional, la ANEC comparte con las (os) enfermeras (os) del país, con las entidades académicas, gubernamentales y con las organizaciones sociales del sector salud, los datos que nos aporta el Registro Profesional de Enfermería, a junio de 2014, los cuales permiten de manera general aproximarnos al conocimiento de indicadores sociolaborales que tienen un importante impacto en las condiciones de vida y de trabajo de este grupo laboral.

A continuación describiremos los indicadores más destacados:

En cuanto a la cobertura lograda a la fecha en el registro profesional corresponde al 72% de las profesionales egresadas, consideramos que es una cifra muy importante para sacar conclusiones representativas de quienes ejercen esta profesión en el país. Igualmente, la Profesión continua siendo mayoritariamente femenina representada en un 92%, gráficos No.1 y 2

Gráfico No. 1
Total enfermeras registradas ANEC
Abril 1997 - Junio 2014

Egresadas	55.407
Registradas	39.847

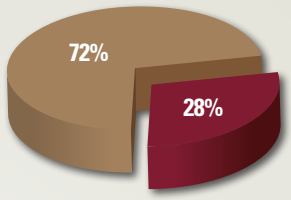
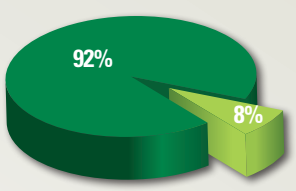


Gráfico No. 2
Relación de género enfermeras registradas
Abril 1997 - Junio 2014

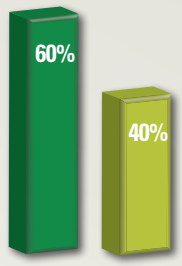
Género	Valor
Mujeres	36.531
Hombres	3.316
Total	39.847



Frente a la situación de empleo, gráfico No.3, continúa siendo alarmante esta cifra del 40% de enfermeras que se registran y reportan no tener empleo, para refrendar estos datos hemos consultado el documento publicado por el Ministerio de Salud: "Desafíos para los recursos humanos en el Sistema de Seguridad Social en salud, de octubre de 2002", donde se presentan las proyecciones de desocupación de los recursos humanos en salud, del año 2000 al 2020, para el año 2014 se estima un desempleo del 40% para el grupo de las enfermeras; señala este mismo

Gráfico No. 3
Situación de empleo enfermeras registradas
Julio 2002 - junio 2014

Empleadas	21.690
Desempleadas	14.654
Muestra	36.344

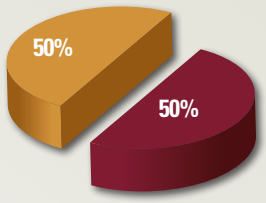


documento, que es una sorpresa este dato, porque siempre se ha mencionado que existe déficit de profesionales de enfermería.

Otro aspecto que preocupa a nuestra organización es el aumento del número de profesionales vinculadas a través de sistemas tercerizados de todo tipo, del 50% de las enfermeras que reportan tener empleo. Estas formas de vinculación violan los derechos laborales y sociales, pauperizando su ejercicio, induciéndolas al multiempleo, lo cual desgasta progresivamente su salud. Grafico No.4

Gráfico No. 4
Tipo de vinculación enfermeras empleadas
Julio 2002 - Junio 2014

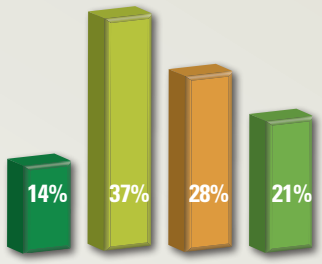
Laboran	21.690
Indefinido	10.867
Flexible	10.823
Muestra	36.344



En el gráfico No.5 se presentan los rangos salariales reportados, como se puede observar la pérdida del poder adquisitivo de los salarios de las enfermeras, donde el 51% devenga menos de $1.500.000, aspecto que debe ser analizado y abordado seriamente por las Autoridades de

Gráfico No. 5
Rango salarial enfermeras empleadas
Julio 2002 - Junio 2014

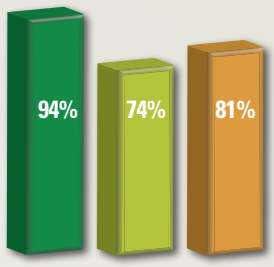
500.000 A 999.9999	3.068
1'000.000 A 1'499.000	7.941
1'500.000 A 1'999.999	6.121
2'000.000 O MAS	4.560
MUESTRA	36.344



Salud, de Trabajo y por las organizaciones gremiales de la Profesión. Igualmente este grupo laboral no tiene cobertura universal en aseguramiento a la Seguridad Social, como se observa en el gráfico No. 6: salud 94%, Riesgos Laborales 74% y Pensión 81%.

Gráfico No. 6
Cobertura en seguridad social enfermeras empleadas
Julio 2002 - Junio 2014

	VALOR
EPS	20.382
ARL	16.052
PENSIONES	17.663
MUESTRA	36.344



Al analizar las variables relacionadas con el número de personas a cargo, disponibilidad de vivienda propia y ser cabeza de hogar, todas ellas relacionadas con los ingresos salariales y con la estabilidad laboral, vemos que todo ello condiciona a someterse a condiciones poco decentes de trabajo para atender estos compromisos familiares. Gráficos No. 7, 8 y 9.

Gráfico No. 7
Personas a cargo enfermeras registradas
Julio 2002 - Junio 2014

	VALOR
ENTRE 1 y 2	14.338
ENTRE 3 y 4	2.890
5 O MAS	226
SIN PERSONAS A CARGO	13.943
MUESTRA	31.397

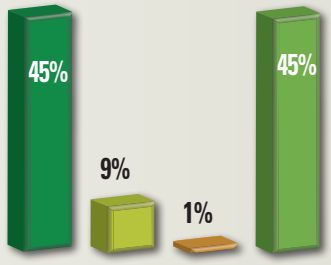


Gráfico No. 8
Disponibilidad de vivienda propia enfermeras registradas
Julio 2002 - Junio 2014

	VALOR
SI TIENE	21.496
NO TIENE	14.848
MUESTRA	36.344

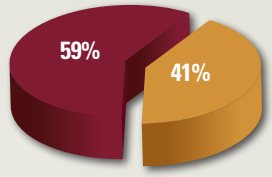
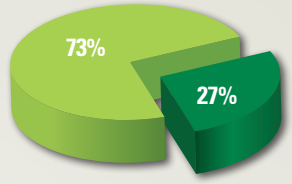


Gráfico No. 9
Enfermeras registradas cabeza de hogar
Julio 2002 - Junio 2014

	VALOR
SI	9.672
NO	26.672
MUESTRA	36.344



Hacemos un llamado a la comunidad profesional de enfermería a reivindicar el derecho a un trabajo digno, respaldadas por la Ley 266/96, de ejercicio profesional y la Ley 911 de 2004 de ética de Enfermería, igualmente las y los invitamos a fortalecer las organizaciones gremiales de enfermaría, para poder hacer un frente común para incidir en esta problemática en forma unitaria.

La Nueva Reforma Tributaria

Eduardo Sarmiento Palacio
Tomado de: El Espectador, Bogotá 13 de julio de 2014

Durante dos años señalé reiteradamente las deficiencias de la reforma tributaria de 2012. En aras de aliviar la carga tributaria de la empresa, con el fin de aumentar el empleo y la competitividad externa, el Gobierno se comprometió en un expediente que eleva los gravámenes del capital y baja los del trabajo. En cierta forma, se continuó con la concepción de los últimos 20 años de gravar el trabajo y los bienes necesarios, que por tener ofertas inelásticas, le introducen menores distorsiones al mercado y fortalecen el recaudo.

La regresividad del sistema se refleja claramente en la información reportada por la DIAN. Mientras las empresas tienen tasas de retención en la fuente del 3%, las personas naturales con ingresos superiores a $5 millones sufragan por encima del 6% y hasta el 20%. Por lo demás, los recaudos tributarios por la reducción de los parafiscales no alcanzó a compensarse con el impuesto a las utilidades (CREE). Para completar, la reducción de la dispersión del impuesto al valor agregado (IVA) significó la elevación de las tarifas relativas de los bienes necesarios.

No menos diciente es la información del recaudo en lo corrido del año. El impuesto a la renta crece cerca de 0 en términos reales y el de las ventas alrededor del 7%. La dinámica fiscal cambió radicalmente. Antes de la reforma los ingresos tributarios y los recaudos de la renta crecieron muy por encima del producto nacional y más que el IVA, y ahora ocurre lo contrario. El sistema se hizo más inequitativo: los gravámenes directos perdieron progresividad y avanzan de manera más lenta que los indirectos.

La reforma no alcanzó los objetivos previstos. La menor carga tributaria a las empresas no ha afectado mayormente el empleo y la informalidad. El empleo creado en el año y medio que siguió a la reforma es menor que al mismo período que la antecedió y los índices de informalidad no registran variaciones significativas. De otro lado, los efectos sobre la competitividad están muy lejos de compensar la cuantiosa revaluación del tipo de cambio. En el año y medio que siguió a la reforma las exportaciones industriales y agrícolas descendieron con respecto a la tendencia histórica.

El Gobierno y los centros de estudio, que negaron el resultado descrito, lo acabaron reconociendo ante la evidencia de los hechos. La administración se encuentra ante necesidades en salud, educación e infraestructura que no las puede afrontar con la estructura fiscal existente. Así lo claman los defensores de la reforma, que en la angustia proponen elevar más los gravámenes a las personas naturales, es decir, a los ingresos del trabajo.

La cadena de equivocaciones está a la vista. La reforma de 2012 bajó los impuestos al capital y subió los del trabajo para aumentar el trabajo y reducir la informalidad. El propósito no se logró y, en su lugar, se redujo la capacidad de recaudo y se acentuó la regresividad. Ahora, se pretende profundizar la inequidad para mejorar la capacidad de recaudo. La anarquía no podrá detenerse mientras no se acepte el insuceso de la reforma de 2012 y de paso atrás retornando la tasa de las personas jurídicas a 32%.

El país no tiene claridad sobre la política fiscal. La costumbre es presentar las reformas como un medio para gravar más a los que tienen más, pero en la práctica se hace lo contrario. Esa actitud tiene una clara responsabilidad en las enormes desigualdades de la sociedad colombiana. Una de las condiciones necesarias para remontar los elevados índices de inequidad es una política fiscal que, por el lado tributario, modere las ganancias del capital y, por el lado del gasto, eleve los ingresos del 50% más pobre.

Conflicto laboral en el Hospital
"Amor de Patria" de San Andres Islas

A continuación transcribimos la comunicación enviada a la Gobernadora del Departamento de San Andrés, por la Subdirectiva de la CUT, en respaldo a los trabajadores de la Institución:

San Andrés Islas, 11 de Julio de 2014

Doctora:
AURY DEL SOCORRO GUERRERO BOWIE
Gobernadora del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
Cordial saludo

¿Salud: derecho constitucional?

Aun cuando en la Constitución Política de Colombia se establece sobre la salud, entre otros artículos, lo siguiente:

De los principios fundamentales

Articulo1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundad en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Artículo 2. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Derechos Fundamentales

Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños:

La Vida, la Integridad Física, la Salud, la Seguridad Social, la Alimentación Equilibrada, su Nombre y Nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión (…)

De los derechos sociales, económicos y culturales

Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestara bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (…)

Doctora Aury: nadie puede negar la profunda crisis que vivimos la mayoría de los habitantes de este país y particularmente los residentes en el Archipiélago por el pésimo servicio de salud en Colombia. Ciudadanos y ciudadanas padecemos a diario la barbarie de un sistema que antepone el negocio de las EPS al derecho fundamental a la salud; un sistema que hace demagogia con la supuesta cobertura pero que no garantiza el acceso efectivo a los servicios de salud; un sistema que para garantizar las ganancias de los intermediarios financieros ha quebrado y liquidado cientos de hospitales públicos y privados, y ha vulnerado sin misericordia alguna los derechos laborales de los trabajadores del sector.

El Hospital Amor de Patria de San Andrés Islas y Providencia no ha sido ajeno a esta crisis al haber cambiado de operador en el 2012, pasó de CAPRECOM a la IPS Universitaria de Antioquia la cual está bajo su responsabilidad. La IPS ha venido prestando el servicio mal

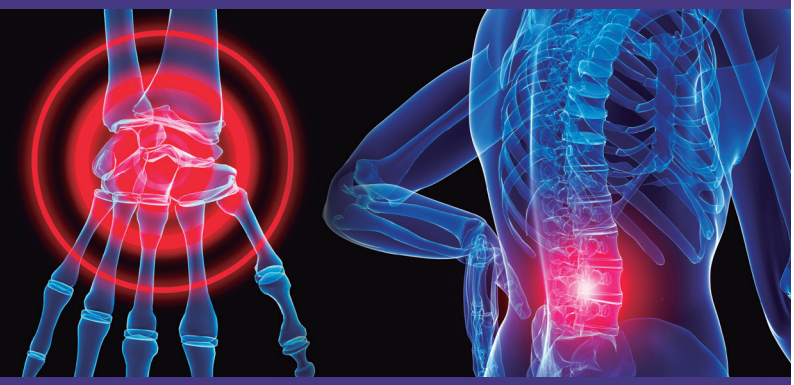
Sigue....

Organiza

SALUDREINUN
Clínica Colombiana de Reumatología
Rehabilitación e Inmunología

Auspicia

ACR
Asociación Colombiana
de Reumatología



DIPLOMADO EN REUMATOLOGÍA PARA PROFESIONALES EN ENFERMERÍA

Dirigido a:

Profesionales en enfermería, líderes interesados en trabajar en equipos especializados en el manejo de pacientes con enfermedades reumáticas.

Valor agregado:

Haz parte de nuestro grupo pionero en latinoamérica y capacítate en Reumatología, mejorando así tus oportunidades laborales.

Obtendrás nuevas herramientas para mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y tu entorno profesional.

Fecha:

19, 20 y 21 de Septiembre 2014

Hotel Cosmos 100 Calle 100 No. 21A - 41, Bogotá

Duración: 20 Horas presenciales
100 Horas virtuales

Se entregarán Diplomas y Material de estudio

CUPOS LIMITADOS

Informes e Inscripciones:

página web: www.edumedicasaludreinun.com
Teléfonos de contacto: 315 878 2426 - 301 542 1086
contacto@edumedicasaludreinun.com

.... viene de la pag 47 Conflicto laboral

o bien para el Departamento para los habitantes de la Islas, sin embargo no podemos desconocer que se ha venido atropellando a los empleados(as) del sector de la Salud de las Islas sin que hasta el momento usted se hay puesto al frente de esta situación como máxima autoridad administrativa departamental; esto al final repercute en una mala prestación del servicio de salud para nuestra comunidad en general.

No entendemos como desde la IPS Universitaria que decía tener "toda la capacidad tecnológica, científica y administrativa para aplicar en la red de la isla", la cual no hemos visto este despliegue y ejecución u operación de su "CAPACIDAD". Lo que si observamos es una tercerización laboral disfrazada a través de cooperativas de trabajos y uno supuestos "sindicatos" a los cuales no les conocemos sus Juntas Directivas, estatutos, reglamentos internos, etc. Lo único que si saben es explotar a los trabajadores profesionales u no profesionales de la salud en las Islas con unos salarios burlescos.

Es por esto Señora Gobernadora, que demandamos un trato digno para los trabajadores de la Salud que laboran con la IPS Universitaria. El trabajo es un derecho fundamental humano por el que toda persona tiene derecho a él, a la libre elección del mismo, a condiciones equitativas y satisfactoria, a las protección contra el desempleo, sin discriminación, con igualdad salarial, remuneración digna, justa y oportuna, protección social y derecho de sindicación.

"El artículo 23 de la Declaración Universal de Derechos humanos, considerada el fundamental de las normas internacionales sobre derechos humanos, en relación con el Derecho al Trabajo."

Es por esto que la CENTRAL UNITARIA DE TRABAJADORES DE COLOMBIA, CUT, Subdirectiva de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, ratifica nuestro compromiso de apoyo a la justa Lucha de los compañeros de la Salud que laboran IPS Universitaria y están exigiendo que se les respete y cumplan sus derechos, contratos y compromisos laborales.

Exigimos a usted que sirva de garante que para que los compañeros puedan reintegrarse a la normalidad de sus labores para las cuales fueron encomendados y que nuestro pueblo no sufra más incomodidades con la prestación del servicio de salud por culpa de la IPS Universitaria.

De usted atentamente,

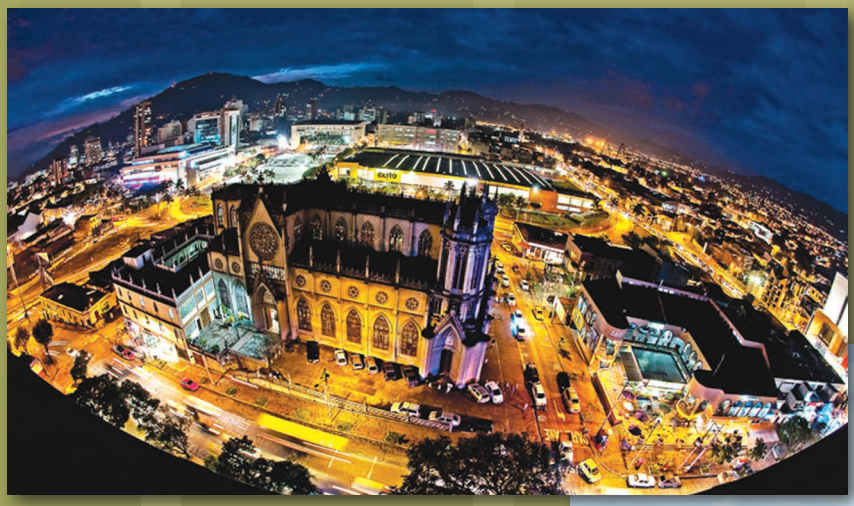
SUBDIRECTIVA CUT, San Andrés Islas

Hernando José Tovar - Presidente
Edward Peterson Rojas - Secretario General

XXI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA. ANEC

PEREIRA • 2015

2 AL 10 DE OCTUBRE



Las (os) esperamos para compartir este espacio de integración gremial, científico académico, social y cultural.

Sede: Movich Hotel de Pereira

ANEC

ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA

ANEC

REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE ENFERMERÍA

R U N

Ley 266/96

- Mecanismo de control de la calidad de la profesión de enfermería en el país
- Red de información de enfermería, base para estudios o investigación
- Servicios: Centro de Documentación Revista Anec

Regístrate ahora y formemos una sola fuerza de acción

INVITAMOS

A todas las enfermeras registradas a actualizar los datos de:

Dirección, teléfono de residencia y lugar de trabajo,
a través de las seccionales de ANEC o ANEC Nacional
Cra. 27 No. 46-21 Bogotá - Telefax: 2683535 · E-mail: registro@anec.org.co

Deseamos mantener comunicación permanente con ustedes.