Miembro activo de:
CIE - FEPPEN
Sintraseguridadsocial-CUT

ANEC

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA No. 76 • Sep 2013

La Salud Materno-infantil
UN RETO POR CUMPLIR

B.Braun Medical S.A. – Innovación en el manejo de heridas

Prontosan®

Destructor de Biofilm en solución estéril de polihexanida y undecilenamidopropil betaina para lavado de heridas.

Beneficios:

- Excelente capacidad de limpieza
- Descontaminación en superficie tisular
- Tejidos de difícil acceso o cavidades
- Favorece la evolución tisular

Ventajas:

- Buena tolerancia cutánea
- No produce dolor
- No se absorbe
- No es tóxico
- No produce sequedad de piel

Linovera®

Solución tópica de ácidos grasos hiperoxigenados, aloe vera, centella asiática y esencia de romero para cuidado de pieles frágiles.

Beneficios:

- Renovación de células epidérmicas
- Incrementando la resistencia capilar

Ventajas:

- Disminución de lesiones en zonas vulnerables
- Protección a lesionarse

Solicite una demostración a info.colombia@bbraun.com – PBX: (1) 3403001

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

Contenido

ANEC

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA

ISSN 0124-6003 - Lic. Mingobierno No. 000650

JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

Esperanza Morales Correa	Presidenta
Beatriz Carvallo Suárez	Vicepresidenta
Blanca Cecilia Vargas G.	Secretaria General
Ricardo Bonilla Blanco	Fiscal
Alba Elena Correa Ulloa	Tesorera

Secretarías:

Carolina Prada Moreno	Relaciones Internacionales
Teresa Briceño Pineda	Comunicaciones y Publicidad
Angela María Mejía U.	Salud y Bienestar Social
Zamira Nader	Educación, Aspectos Políticos

DIRECTORA
Esperanza Morales Correa

EDITORA
Beatriz Carvallo Suárez

CONSEJO EDITORIAL
Esperanza Morales Correa
Beatriz Carvallo Suárez
Blanca Cecilia Vargas
Carolina Prada Moreno

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 • Septiembre 2013

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

Editorial 2

La salud materno infantil, un reto por cumplir 2

Gestión ANEC 4

Se reactiva Comisión Nacional de Salud Ocupacional del Sector Salud 4
La OCE, realizará Registro Profesional de Enfermería, en convenio con la ANEC 5
Pronunciamiento de las Organizaciones Nacionales de Enfermería frente a la reforma a la Salud 6
Observaciones a la propuesta de reglamentación del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Laboral 8
Constituida Veeduría Ciudadana en Riesgos Laborales 9
Avances en la planeación del XX Congreso Nacional de Enfermería de la ANEC 11

Seccionales 12

Se inicia capacitación a personal de salud en TB./TB. Multirresistente en la ANEC Seccional Guajira 12
Escuela Nacional Sindical, Promover la libertad sindical 13
Elegida Enfermera de la ANEC Seccional Bolivar a la Junta Directiva de la ESE Universitario del Caribe 14
Recordando a Janeth Damián Rodríguez 15
Nuevas Juntas Directivas Seccionales ANEC - 2013 15
Competencia cultural y lingüística. Declaración de posición del CIE 16
Publicación del CIE: Tendencias y cuestiones de enfermería 18

Internacionales 19

Se realizan eventos estatutarios del CIE, Melbourne, Australia, mayo de 2013 19
Supresión de la experiencia y capacidad de la enfermería en la OMS, CRN-CIE 23
Diagnóstico situacional de la Salud Mental de los habitantes del Barrio las Malvinas 24
Proyecto de cuidado para la prevención de la farmacodependencia 25
Los retos por superar en América Latina, para ampliar el acceso a la formación de profesionales de enfermería 27
Una dotación segura de personal es esencial para cuidados de salud de calidad 29

Científicas 30

Una mirada a la salud sexual y reproductiva desde el XV Congreso de Enfermería de SOCUBEN 30
Cuidados de la piel infantil, Fascículo 3 32
La ANEC participa en el Primer Encuentro Distrital por el Nacimiento Humanizado 35
Enfermería disciplina social y profesión liberal 36
La Ley 1616 de 2013, de salud mental 38
La pandemia oculta de las enfermedades profesionales 39

Sociolaboral 41

Pliego Nacional Unificado de La Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud - ANSA- 41
Situación socio-laboral de las enfermeras registradas 44
¿Cómo será lo que sigue? Colombia se ha vuelto imprevisible 46
Audiencia Pública sobre la Reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud 47

Consulte los textos completos de los trabajos presentados en el Centro de Documentación de ANEC y Página Web.

Editorial

La salud materno infantil, un reto por cumplir

Esperanza Morales Correa - Junta Directiva Nacional

Aprobada la Ley Estatutaria que establece las bases para la reforma al Sistema de Seguridad Social en salud, en un escenario cargado de intereses particulares y una Ley Ordinaria en curso que organizará la operación del Sistema de Salud, permitiendo en forma coherente con la Ley Estatutaria, mantener la lógica financiera del Sistema, entre tanto se continúan evadiendo las realidades nacionales relacionadas con la salud de las mujeres y los niños colombianos. Para el caso de las mujeres en edad reproductiva, se registra una tasa de muerte en mujeres gestantes del 69.1 por cien mil nacidos vivos del año 2011, según el Informe del Instituto Nacional de Salud, publicado en el año 2012, esta situación se presenta a pesar de que el 98% de los partos son atendidos en instituciones de salud.

Por lo anteriormente expuesto, nos corresponde señalar que este Modelo de Salud está lejos de lograr el cumplimiento para el año 2015 de la Meta de los Objetivos del Milenio, establecida por el país de reducir la mortalidad materna a 45 por cien mil nacidos vivos, en el marco del desarrollo del Plan de Salud Sexual y Reproductiva.

Igualmente se evidencian grandes dificultades para garantizar la equidad a nivel territorial, por las diferencias que se observan con relación a la muerte de mujeres gestantes; por ejemplo, mientras que en el Departamento del Huila mueren cerca de 20 mujeres por cada cien mil nacidos vivos, en el Departamento del Putumayo mueren 242 mujeres. A continuación registramos las cifras de los cinco Departamentos que presentan indicadores más críticos en esta materia, con relación al promedio nacional, para el año 2010: Putumayo (242,2) Caquetá (194,3) Chocó (178,7), Guajira (154,9) y Córdoba (146,8).

Como enfermeras y mujeres, es necesario llamar la atención de las entidades gubernamentales de la urgente necesidad de intervenir eficazmente en las causas de la mortalidad materna, no a través de la instrumentalización y medicalización de un proceso fisiológico y natural, como es el parto de bajo riesgo, sino, a partir de la detección temprana de los signos y síntomas de riesgo, teniendo en cuenta que las principales causas de la mortalidad están relacionadas con trastornos hipertensivos, signos tempranos de hemorragia y sepsis del post parto; estas situaciones pueden ser identificadas e intervenidas a partir de programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, desde el control prenatal, del parto y del post-parto, intervenciones para las cuales el equipo de enfermería tiene la formación, experiencia y experticia requerida.

Así mismo, es necesario señalar que las intervenciones de enfermería en el área de la atención materno - infantil y en muchas otras áreas de la salud pública, desarrolladas históricamente a través de programas específicos, deben incorporarse como parte de una Política Pública del orden nacional, que reconstruya la articulación del recurso de enfermería en la prestación de los servicios de salud en condiciones de estabilidad y permanencia, en los territorios a nivel local, regional y departamental.

En el contexto latinoamericano, es evidente que la mortalidad materna ha presentado un comportamiento hacia la disminución, pero se observan diferencias importantes en algunos países, esto tiene que ver con el nivel de la intervención del Estado, en materia de Seguridad Social, algunos ejemplos de mortalidad materna, por 100 mil nacidos vivos, para el año 2012, se registran los siguientes indicadores: Chile, con 25

Uruguay con 29, Costa Rica con 40 y México con 50 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

La actual reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud nos genera muchas inquietudes por el modelo propuesto centrado en la atención de enfermos, por esta razón desconocemos los alcances para transformar la realidad de la salud materna de las colombianas, cuando se dice que: "Mi Plan" amplía el derecho a la salud, pero solo hasta donde los recursos alcancen, aspectos que vulneran las necesidades urgentes de este grupo poblacional.

Las Enfermeras Colombianas consideramos que la ruta que sigue el Sistema de Salud Colombiano no es el más adecuado para atender las necesidades de Salud de los colombianos y menos para las poblaciones más vulnerables, entre ellos las mujeres y los niños. Con estos antecedentes la ANEC se ha incorporado a la Alianza Nacional por un nuevo modelo de salud, ANSA, como espacio de articulación de diferentes organizaciones sociales, sindicales, gremiales, académicas y populares, para respaldar los proyectos de Ley, presentados por el movimiento social, plasmados en el Proyecto de Ley 105, siguiendo los lineamientos de la Sentencia T-760 que declara la salud como un derecho fundamental y su independencia de la capacidad de pago del ciudadano.

Reiteramos el desconocimiento del Gobierno Nacional de iniciativas diferentes a su proyecto político en salud, y denunciamos como el Proyecto de Ley 105 presentado en abril de 2013 al Congreso de la República, fue acumulado en medio de las escasas voces que reivindicaron el derecho a la salud, en el Congreso de la República, frente a las mayorías que a pupitrazo limpio han venido afianzando el Proyecto del Gobierno Nacional y que continúa borrando toda posibilidad de avanzar en la garantía del derecho.

Sin embargo, valoramos como estos años de trabajo de las Organizaciones sociales no son estériles y continúan avanzando en la comprensión del tema de la salud como parte de un sistema de Seguridad Social universal, el cual ha tomado fuerza entre los sectores campesinos, trabajadores del trasporte, educadores, estudiantes, incluidos los trabajadores del sector salud. El reciente paro nacional agrario ligado al tema de la seguridad alimentaria, donde el campesinado colombiano levanta sus banderas por la defensa de la soberanía Nacional para denunciar los efectos nefastos de los Tratados de Libre Comercio en la producción agrícola nacional.

Unas líneas finales para examinar la intención del Gobierno en la actual reforma a la Salud, en donde se abrió un capítulo en el Proyecto de Ley Ordinaria para profundizar la precarización de los trabajadores de la Salud, abriendo alternativas a los nuevos Gestores de continuar acumulando rentabilidad a expensas de los trabajadores colombianos del sector. Es necesario que el Gobierno Nacional, en cabeza de los sus Ministerios de Salud y Trabajo den respuesta a las condiciones de los trabajadores Profesionales, Técnicos y Auxiliares de la salud, y den cumplimiento a las Sentencias de la Corte Constitucional, para terminar de una vez por todas con el flagelo de la intermediación laboral.

Se reactiva Comisión Nacional de Salud Ocupacional del Sector Salud

Beatriz Carvallo Suárez • Junta Directiva Nacional ANEC

El día 7 de Junio de 2013, se reactivó el funcionamiento de la Comisión Nacional de Salud Ocupacional del sector salud, la cual tuvo un receso de tres años, período en el cual se produjo la reforma al Ministerio de la Protección Social, transformándose en los Ministros de Salud y de Trabajo, como parte de esta reforma La Dirección de Riesgos Profesionales quedó ubicada en el Ministerio de Trabajo, el que tenía la responsabilidad de convocar y acompañar esta Comisión.

Desde la Mesa de Negociación del Pliego de Peticiones del Sector Salud, los representantes de los trabajadores solicitaron la reactivación de esta Comisión, creada mediante la Resolución 1478 de abril 27 de 2010, con el objeto básico de proteger la salud y la vida de los trabajadores del sector salud, en especial los generados por la exposición a los agentes biológicos, físicos, químicos, ergonómicos y psicosociales, con la participación del Gobierno Nacional, Trabajadores, Empleadores, Gremios y ARP.

A la fecha se han realizado 3 reuniones de esta Comisión, donde se han identificado prioridades de intervención, relacionadas con los factores de riesgo ocupacional prevalentes en las instituciones prestadoras de servicios de salud; con esta información se pretende trazar directrices de intervención que le aporten a los programas de Salud Ocupacional (sistemas de gestión en salud laboral), que deben desarrollar las instituciones de salud, con la asesoría y vigilancia del Ministerio de Trabajo, de las ARL y de los Comités Paritarios de Salud Ocupacional.

Durante este período se ha venido sensibilizando a los integrantes de la Comisión sobre algunas situaciones que pueden afectar la salud y la seguridad de los trabajadores del sector, relacionados con los temas de exposición ocupacional a la TBC, y la violencia laboral en el sector salud; a manera de ejemplo se presenta el programa preventivo que viene desarrollando el Hospital San Ignacio en este tema, representado en la Comisión por el Dr. Julio Cesar Castellanos, Director de la Institución.

El segundo tema relacionado con la Violencia Laboral en el Sector Salud, fue presentado por la enfermera Beatriz Carvallo, una de las representantes de los trabajadores en la Comisión, esta presentación tuvo como base el documento elaborado por la OIT, OMS, CIE, ISP, organizaciones que trazan orientaciones para enfrentar este problema en las diferentes instancias comprometidas.

Frente a los temas desarrollados, se acordó que las personas que realizaron las presentaciones se comprometían a elaborar una propuesta de orientación para las intervenciones en estos temas, para que el Ministerio de Trabajo a través de la Dirección de Riesgos Laborales establezca la directriz normativa nacional, para su aplicación por las instituciones de salud.

Igualmente se vienen revisando los siguientes temas:

- La construcción de una Base de Datos de los trabajadores del sector, para lo cual se debe contar con el apoyo de las ARL, esta información permitirá que se identifiquen las principales contingencias ocupacionales, para contribuir en la definición de las prioridades de intervención.
- Revisión de la norma técnica relacionada con los riesgos biológicos.
- Análisis de la propuesta de reforma a la Resolución de creación de esta Comisión.

La OCE, realizará Registro Profesional de Enfermería, en convenio con la ANEC

Beatriz Carvallo Suárez • Registradora Nacional ANEC

A través de la Resolución No. 0899 del 02 de abril de 2013, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la cual se dan a conocer los resultados de análisis y estudio de los documentos presentados en el marco del procedimiento de convocatoria, previsto en la Resolución 2784 de 2012, para la delegación de funciones públicas de que trata la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

En los considerandos de esta Resolución se destacan, entre otros los siguientes:

- En el Decreto 4192 de 2010 se establecieron la condiciones y requisitos para la delegación de funciones públicas a los colegios profesionales del área de la salud, que reglamenta el Registro Único Nacional y la Identificación Única del Talento Humano en Salud.
- Teniendo en cuenta que en la primera convocatoria ningún Colegio superó la etapa de evaluación, por esta razón el Ministerio de Protección Social no efectuó delegación de funciones públicas a ningún Colegio, en esta oportunidad.
- Para resolver esta situación en la nueva convocatoria se estableció la posibilidad de que los Colegios Profesionales, podían desarrollar la función pública delegada del Registro Profesional, en convenio con una Organización par, que les brindara el soporte técnico y logístico requerido.
- Por lo anterior, este Ministerio realizó una nueva convocatoria el día 6 de octubre de 2012, a la cual se presentaron 11 Colegios Profesionales, uno de ellos la Organización Colegial de Enfermería, OCE, la cual se postuló en convenio con la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC.
- En esta Resolución se decidió que la OCE, en convenio con la ANEC, cumple con todos los requisitos establecidos para realizar el Registro Único Profesional de Enfermería y la identificación Única Nacional de los talentos humanos en Enfermería. Esta condición la cumplieron cuatro Colegios más.

La Presidenta de la OCE, Enfermera Carolina Prada Moreno, una vez notificada de esta Resolución, coordina con la Dirección de Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, el empalme de las bases de datos consolidadas por la ANEC, de su gestión del Registro Profesional de Enfermería, a partir del año 1997, en cumplimiento de la Ley 266/96, reglamentaria de la Profesión de Enfermería en el país y la plataforma informática diseñada por el Ministerio.

Hasta tanto este empalme no se ejecute, la ANEC seguirá realizando el Registro Profesional de Enfermería. Cuando se defina el procedimiento correspondiente, estaremos informando a las enfermeras como se desarrollará esta nueva estrategia, evitando que surjan contratiempos para su gestión.

Pronunciamiento de las Organizaciones Nacionales de Enfermería frente a la reforma a la salud

Las Organizaciones Nacionales de Enfermería: Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC; Organización Colegial de Enfermería, OCE, Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN; Consejo Técnico Nacional de Enfermería, CTNE, y Tribunal Nacional Ético de Enfermería, TNEE; manifestamos nuestro desacuerdo con los contenidos de la Ley Estatutaria en Salud, aprobada recientemente y con el Proyecto de Ley Ordinaria, aprobado en primer debate; esta legislación ha sido presentada y respaldada por el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministro de Salud y Protección, sin realizar una consulta efectiva a la población, ni a las organizaciones sociales más representativas del sector. Consideramos que esta nueva normatividad no incluye los elementos estructurales que viabilicen el acceso a la salud, como un derecho humano fundamental

Aunque no se conoce aún el concepto de la Corte Constitucional frente a Ley Estatutaria aprobada, en su articulado se evidencian elementos que no transforman ni mejoran las falencias generadas por la aplicación de la Ley 100 de 1993, a pesar de que en su contenido se plantea la garantía del derecho fundamental a la salud, en la práctica, se limita drásticamente este derecho a un Plan de Beneficios, con exclusiones que definirá posteriormente el Ministerio de Salud. De otra parte, se establecen restricciones a la Tutela, con la creación de otros recursos, como el de reposición y la acción de nulidad, antes de poder interponer una Tutela; en consecuencia, todo lo excluido deberá ser pagado por los pacientes o sus familias. Igualmente, se mantienen los intermediarios financieros en la administración de los recursos públicos de la salud y se define un mínimo control de precios a los medicamentos

Efectos de esta normatividad:

En el Sistema de Salud

- Se mantiene la estructura y la lógica economicista que generó la crisis del sistema de salud, sin definir la intervención de los determinantes sociales de la Salud, ni el desarrollo práctico de estrategias de Atención Primaria de Salud.
- Se mantiene la intermediación con ánimo de lucro en la administración de los recursos públicos de la salud, a través de las "Gestoras de Servicios de Salud"
- El nuevo Fondo Único: "Salud Mía", se convierte en un gran Banco, Empresa del Estado, con capital inicial de 26 billones de pesos anuales, donde la nuevas Gestoras de Servicios de Salud, tendrán cuentas propias representadas en valores per cápita, para prestar servicios individuales, y condicionar el gasto a través de sus Redes de Servicios.

Para los Usuarios de los Servicios

- Se limita la noción amplia del Derecho a la Salud, reduciéndolo a un Plan de beneficios, con exclusiones, que solo se pueden atender, de acuerdo con la capacidad de pago de los ciudadanos.
- Los prestadores privados centran su rentabilidad económica en la enfermedad, postergando la

inversión social que propicie comunidades saludables y productivas.

- Se limita el ejercicio del derecho a la Tutela, cuando se condiciona a los principios de progresividad y a la sostenibilidad fiscal, estableciendo nuevas barreras para su acceso.

Para la Red Pública de Hospitales

- Se profundiza la quiebra de los hospitales públicos, al supeditarlos a la contratación de las Redes de Servicios que organicen las Gestoras de Servicios de Salud, desde la mínima hasta la más alta complejidad y a las autorizaciones de pago por "Salud MIA".
- Se elimina el período de los Gerentes nombrados por concurso de méritos, regresando al libre nombramiento y remoción a cargo de Alcaldes y Gobernadores, con lo cual se pierde continuidad, calidad en la gestión y se promueve el clientelismo.

Para los trabajadores del Sector

- No se cumple con las disposiciones de formalización del empleo para los trabajadores tercerizados, por el contrario se viabiliza el aumento del clientelismo, con desconocimiento de los derechos laborales y de la negociación colectiva.
- Se incorpora el establecimiento de períodos o de actividades a realizar en los contratos de prestación de servicios, los cuales se pueden interrumpir anticipadamente, por terminación de los contratos con las Gestoras.
- Se clasificará a más de 250.000 trabajadores de la salud en la categoría de Servidores de Salud, dejándolos a expensas de los Directorios políticos de los departamentos y municipios.
- Se elimina la categoría de trabajadores oficiales y las pocas Convenciones Colectivas, se restringe la Carrera Administrativa al 20% de los empleados.
- Se reforma la Constitución Nacional al reducir al mínimo los fueros sindicales por Entidad, eliminando las pocas barreras que se tienen para impedir la masacre laboral de 30 mil trabajadores, anunciada en la nueva etapa de reestructuración de los hospitales públicos, reemplazándolos por trabajadores que ingresan con la nueva clasificación y nomenclatura.

Por lo expuesto anteriormente las Enfermeras Colombianas asumimos el compromiso ético y social de:

- Continuar impulsando la Salud, como parte de un Sistema de Seguridad Social Universalista.
- Incidir políticamente en el establecimiento de un Nuevo Modelo de Salud Integral, con un eje vertebral en la Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, con intervenciones efectivas en los determinantes sociales de la salud, en el marco de la estrategia de Atención Primaria de Salud.
- Contribuir a recuperar los principios de solidaridad, equidad e igualdad para el ejercicio del derecho a la Salud y al Trabajo.
- Participar en las acciones de movilización social, para lograr el ejercicio del derecho al trabajo en condiciones dignas y justas para las enfermeras y para el conjunto de trabajadores de la salud.
- Defender los recursos fiscales y parafiscales, destinados a la atención de los servicios de la salud la seguridad social, que han sido indebidamente apropiados por los intermediarios del sector.

Fdo. Esperanza Morales Correa
Presidenta ANEC

Fdo. María Carolina Prada Moreno
Presidenta OCE

Fdo. Miryam Durán Parra
Presidenta ACOFAEN

Fdo. Luis Ricardo Bonilla Blanco
Presidente CTNE

Fdo. Angela Lopera de Peña
Presidenta TNEE

Sistema Space

Todas las terapias en la palma de su mano.
Versátil, seguro y a la vanguardia.

El sistema mas completo y avanzado para todo el Hospital:

- UCI, Cx, UCIN, UCIP
- PCA, TCI
- Ambiente de RM
- Control de Glucosa
- Nutrición Enteral

www.space.bbraun.com

Consulte más información sobre el sistema Space en:

Solicite una demostración a:
info.colombia@bbraun.com
PBX: (1) 3403001

B BRAUN
SHARING EXPERTISE

Observaciones al proyecto de reglamentación del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, SG-SST

El Comité de Sociedades Científicas de Salud Ocupacional, CSCSO, es una organización integrada por representantes de 10 asociaciones gremiales que desarrollan diferentes áreas de la salud y la seguridad laboral, es asesor del Ministerio de Trabajo, en la materia, a través del Consejo Nacional de Riesgos laborales, CNRL, y de los demás sectores interesados. A continuación presentamos algunos apartes de las observaciones realizadas al mencionado Proyecto de Decreto, realizadas por los integrantes del Comité y tramitadas ante el CNRL, para compartirlas con las colegas interesadas en el tema, presentamos la siguiente síntesis:

La visión general del decreto propuesto, a partir de las decisiones de la Ley 1562 de 2012, de Riesgos Laborales, es la de un cambio en el enfoque, que no es sustancial y que tiene, como gran denominador, una serie de nuevos nombres para las tareas anteriores, forzando su acomodo a una modalidad operativa que tiene hoy, gran interés para algunos sectores.

Se trae, de manera no seleccionada y ajustada, conceptos de una norma, la GTC 45, la cual a su vez es una copia ajustada de la OSHAS – 18001, que a su vez está basada en la British Estándar 8800, de la española NTP 330 y de la ISO 31000. Es una cuarta o quinta copia de normas internacionales, hechas para otros países, con otras formas de organización y de culturas un poco más avanzadas en materia de responsabilidad social.

Además, pareciera que este enfoque pretende alejarse de las bases sustanciales de la prevención en salud ocupacional, a pesar de estar procurando la prevención de los riesgos para la salud del trabajador, al traer términos de la administración de lo que comúnmente se conoce como sistemas de calidad que esencialmente no son del área de la salud.

La salud de los trabajadores no es un tema de administración, es un tema del área de la salud y es una responsabilidad empresarial clara, en una fase y este enfoque, no lo aborda así, sino que lo convierte en un proceso administrativo gerencial. No se percibe una razón de fondo para considerar que con un cambio como el propuesto, el empleador, ahora sí, asuma las actividades preventivas ocupacionales como acciones de mayor compromiso, que hasta hoy.

Se cree que el "Programa de Salud Ocupacional" es vetusto y el Sistema de Gestión es la solución? No lo creemos y por el contrario, consideramos que el cambio generará una crisis temporal, que desarticulará o desestabilizará los programas, hasta ahora operativos y buenos, de muchas empresas y no impulsará a las demás empresas en una carrera por cumplir, con lo que hasta hoy no han cumplido, contando con la impunidad que deja la ausencia total de vigilancia. El costo social, ha sido asumido por los trabajadores muertos y por los miles de accidentados que en los últimos veinte años, no han contado con el respaldo para sus situaciones difíciles y para enfrentar empresarios lejanos del tema, amén de los reconocimientos legales que en ocasiones son un poco forzados. No tocaremos el tema de las enfermedades laborales, pues en este campo, la ignorancia nacional es muy amplia.

Frente a la definición propuesta en este proyecto sobre el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo, SG-SST, la OIT plantea: En el último decenio, el enfoque del SG-SST ha ganado popularidad y se ha introducido en los países tanto industrializados como en desarrollo. Las formas de promover su aplicación varían desde los requisitos legales hasta la utilización voluntaria. La experiencia demuestra que el SG-SST es un instrumento lógico y útil para la promoción de la mejora continua de los resultados en materia de SST en el plano de la organización. Los elementos clave para su aplicación eficaz son, entre otros, asegurar el compromiso del personal directivo y la participación activa de los trabajadores en la aplicación conjunta. Se prevé que cada vez más países integren el SG-SST en los programas nacionales de SST como un medio para promover estratégicamente el establecimiento de mecanismos sostenibles para introducir mejoras en materia de SST en las organizaciones. Hablar

de proceso lógico, basado en mejora continua, como hechos salvadores, desconoce las ejecutorias y mandatos del PSOE, que fue por muchos años el aliado de la prevención laboral, pero que luego desapareció al cesar la responsabilidad centralizada en una vigilancia fraccionada que no operó.

Las obligaciones definidas para las ARL de cara al SG-SST, son muy amplias y valdría la pena en cuanto a este sistema se refiere y sin perjuicio de otras que le competen en sentido más general, especificarse un poco más. Por ejemplo a las ARL les cabría responsabilizarse de cubrir al 100% de los empleadores con la capacitación en la implementación del SG-SST, y apoyar el proceso de autoevaluación.

Lo que se está haciendo es el "diagnóstico integral de las condiciones de salud y de trabajo", que es la base del Panorama General de Factores de Riesgo. Este debe ser priorizado técnicamente, aplicando estrategias apropiadas, según cada caso. No debería dejarse por fuera la aclaración relacionada con factores de riesgo o riesgos potencialmente cancerígenos para que siempre sean considerados como una prioridad, independientemente de su dosis.

La autoevaluación propuesta se refiere a la aplicación por la misma empresa los estándares mínimos? Pareciera que sí, a veces. Pues al revisar el contenido asignado, repite casi todo lo de la identificación de peligros y de riesgos. No es claro, entonces, a que se refiere el concepto de autoevaluación. Igualmente los indicadores de evaluación del SG – SST, es muy confuso.

Al revisar el concepto definido como el "objeto de la auditoría" se evidencia que hace falta el componente denominado diagnóstico o de identificación de peligros y de riesgos. Las conclusiones que se le asignan a la auditoría no lo son, pues la auditoría es un proceso de identificación de si se cumple o no con criterios predefinidos. Lo que se plantea es una evaluación de resultados que está más allá del alcance de la auditoria. Se sugiere revisar este planteamiento.

Las denominadas revisiones proactiva y reactiva, equivalen a las tareas regulares que en el PSOE, se denominaban inspecciones planeadas y rutinarias, es decir la revisión sistemática de áreas o procesos con el fin de detectar deficiencias y riesgos potenciales para su ajuste inmediato. Ahora se llaman así y tienen planteamientos de tareas que deben ser regulares y no solo reactivas. Pero cabe la confusión de cómo se diferencian de las auditorías planeadas antes? Dadas las características de la historia natural de la mayoría de enfermedades laborales - larga latencia - , la cual da tiempo para que se detecte precozmente el estado subclínico, este tema debería estar ubicado en lo que se denomina proactivo y no esperar que ocurran para entonces sí, evaluar.

Se ordena que los resultados de la investigación de siniestros se notifiquen al Comité, pero resulta que una función del Comité es la de investigar estos mismos casos. Éste planteamiento, le quita al Comité la facultad de investigarlos?

De otra parte, no se hace referencia alguna de los siniestros mortales, sean accidentes o enfermedades. Se sugiere incluir un parágrafo o un artículo específico al respecto, en el cual se incluya la obligatoriedad de la alta dirección de reportarlo al Ministerio y de sustentar las causas y de comprometer a la organización bajo su responsabilidad con acciones precisas para evitar su repetición, con plazos y compromisos concretos. Así mismo deberían definirse acciones para los casos en los cuales el accidente o la enfermedad mortales son repetidas; cuál debe ser la actitud legal frente a estos caso? No sería oportuno plantear acciones de muy alta exigencia para estas organizaciones?

Constituída Veeduría Ciudadana en Riesgos Laborales

Por iniciativa del Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá, se conformó la Veeduría Ciudadana en Riesgos Laborales, registrada ante la Personería de Bogotá D.C. y aprobada mediante Resolución DCPL-21-239 del 16 de mayo del 2013, ordenando su inscripción en el Libro 1 folio 524 del registro público de veeduría ciudadana, con un alcance nacional y con un plazo para ejercicio de la veeduría por 20 años.

Los integrantes en número plural de la Asamblea constitutiva, pertenecientes al Colegio Médico de Cundinamarca, a la Asociación Nacional de Enfermeras

de Colombia ANEC, a profesiones y trabajadores independientes, preocupados por la necesidad de ejercer vigilancia y control ciudadano en: aspectos científicos, económicos, administrativos y legales del Sistema General de Riesgos Laborales – SGRL; la gestión y resultados de las entidades públicas, de las entidades privadas y mixtas que administren recursos públicos de estos Riesgos; las actividades de prevención, protección y atención a los trabajadores de los efectos en la salud derivados de las condiciones de trabajo y en las acciones de Gobierno en la protección de la salud de los trabajadores; logramos dar un primer paso con la conformación y puesta en marcha de esta organización al servicio de los trabajadores colombianos.

Entre los objetivos específicos de esta Veeduría tenemos:

- Obtener información de las fuentes disponibles y generar comunicación para la sociedad sobre las condiciones laborales y de salud de los trabajadores.
- Establecer líneas investigativas y de análisis sobre la salud de los trabajadores y sobre el SGRL.
- Realizar estudios, investigaciones, pesquisas y seguimientos sobre temas científicos, económicos, administrativos y legales del SGRL
- Impulsar y asesorar grupos de estudio, de trabajadores, profesionales y académicos sobre los temas relacionados con la salud de los trabajadores y sobre el SGRL
- Hacer seguimiento y control a todos los recursos públicos y parafiscales que se destinan a atender la salud de los trabajadores y el funcionamiento del SGRL
- Establecer un sistema de sugerencias, quejas y reclamos
- Informar a las autoridades los asuntos de su competencia, cuando se estime conveniente
- Difundir los derechos asistenciales y prestacionales de los trabajadores, así como los deberes de los empresarios y de los trabajadores dentro del SGRP.

El 27 de julio del presente año se realizó la Asamblea General de veedores fundadores, aprobando estatutos, conformando la Junta Directiva, definiendo los requisitos para los veedores adherentes, aprobando las estrategias financieras de la organización y las líneas de trabajo con su plan de acción para los meses finales de 2013.

La Junta Directiva quedo integrada por: Director Ejecutivo: Leonardo García Rojas; Tesorera: Beatriz Carvallo; Fiscal: Germán Fernández; Secretaria: Paola Andrea Amaya.

Como veedores adherentes se definieron tres modalidades de ingreso: persona natural, organización sin ánimo de lucro e instituciones o empresas.

La cuota anual para mantener la calidad de miembro de la veeduría se acordó en $50.000 para las personas naturales, $200.000 para las organizaciones sin ánimo de lucro y $400.000 para cualquier tipo de empresa o institución.

Se definieron cuatro líneas de trabajo:

- Jurídica: vigilancia y control a la legislación y reglamentación de los riesgos laborales
- De comunicación social: apoyo ciudadano
- De asesoría: servicios en el campo de la seguridad y salud en el trabajo
- Operativa: funcionamiento del sistema, incluyendo las Juntas de Calificación de Invalidez.

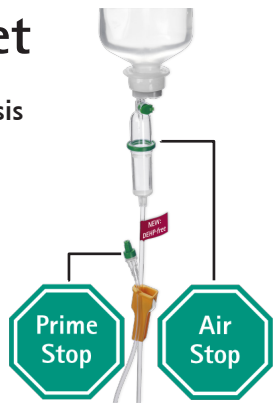
Entre las principales tareas a realizar está la de continuar con la difusión de esta Veeduría Ciudadana para darla a conocer a todos los sectores relacionados con la salud y el trabajo; invitarlos igualmente a que ingresen como nuevos veedores y nos apoyen en la preparación del primer simposio de veedores de riesgos laborales, a realizarse en la ciudad de Bogotá, el próximo 15 de noviembre.

Para mayor información contactarnos mediante el correo veeduriariesgoslaboarles@gmail.com

Intrafix® Safeset

El primer equipo de venoclisis por gravedad seguro e inteligente.

Con Air Stop la infusión es:
- Sin aire
- Segura
- Fácil de reponer



Con Prime Stop la purga es:
- Automática
- Higiénica
- Sin desperdicio

www.safeinfusiontherapy.com

Consulte más información sobre terapia de infusión IV segura en:

Solicite una demostración a:
info.colombia@bbraun.com
PBX: (1) 3403001

B BRAUN
SHARING EXPERTISE

Avances en la planeación del XX Congreso Nacional de Enfermería de la ANEC

Beatriz Carvallo Suárez - Junta Directiva Nacional ANEC

En menos de un mes estaremos realizando nuestro Congreso Nacional de Enfermería, situación que nos llena de emoción por la posibilidad del encuentro con colegas de todas las regiones del país y de algunos países de la región que nos han expresado su interés participar en este evento de tanta trascendencia para la profesión, especialmente por el tema que desarrollaremos, tan relacionado con el quehacer cotidiano de nuestra disciplina.

Para conseguir la más amplia difusión del Congreso hemos realizado una amplia campaña publicitaria por los medios de comunicación de la ANEC: Revista, Página Web, redes sociales y materiales impresos, tales como afiches, boletines informativos y un portafolio para las empresas del sector que se vincularán.

Para la celebración del Congreso hemos seleccionado uno de los lugares más lindos de nuestra Costa Caribe, la ciudad de Santa Marta, importante centro turístico del país y el Hotel Santamar, que cuenta con un Centro de Convenciones con la capacidad necesaria para albergar a todas las (os) colegas que van a participar. Igualmente se dispone de toda la capacidad hotelera, ofrecida por la ciudad de Santa Marta y el Rodadero, ubicados a 15 minutos de la sede del evento, con una excelente oferta de transporte público.

Las diferentes comisiones de apoyo del Congreso han venido desarrollando las funciones propias de cada una de ellas, para garantizar que este congreso tenga el éxito deseado, contando igualmente con el apoyo solidario de las seccionales de la ANEC. Mención especial merecen las Universidades del Magdalena y Cooperativa de Colombia, las cuales a través de sus Programas de Enfermería, nos han brindado todo su apoyo, especialmente en su vinculación a las Comisiones Científica y Social.

El pasado 30 de agosto se venció el plazo establecido para la inscripción de resúmenes de trabajos; para la Comisión Científica fue muy gratificante la inscripción de 70 trabajos, lo cual nos muestra el gran interés de las enfermeras por el tema de la Atención Primaria de Salud, lo que nos confirma el acierto en la selección del tema Central del Congreso: "Las enfermeras al frente de la Atención Primaria de Salud". Una vez la Comisión Científica haya realizado la evaluación de estos trabajos, se seleccionarán las ponencias a presentar, otorgándoles la inscripción al Congreso a las personas que realicen las respectivas presentaciones.

De igual manera, ha sido confirmada la participación de las colegas conferencistas internacionales: Silvia Cassiani de la OPS, Ana Tania Sampaio, Profesora adjunta del Departamento de Salud Colectiva de UFRN del Brasil y Consejera de COFEN y Caridad Dandicourt, Presidenta Nacional de la Sección de Enfermería Comunitaria de Cuba y miembro de SOCUBEN. A nivel nacional se están tramitando las invitaciones a las (os) expertos que participaran en las conferencias magistrales, paneles y foro de estudiantes de enfermería.

Se informa que se ha habilitado un link en la página web de la ANEC para realizar la inscripción virtual al Congreso: http://www.anec.org.co/

Las (os) estamos esperando para compartir este espacio de fraternidad y unidad

Se inicia capacitación a personal de salud en TB./TB. Multirresistente

en la ANEC Seccional Guajira

Edgardo Bolaño - ANEC Seccional Guajira.

Durante los días 10, 11, y 12 de abril del año en curso, en la ciudad de Riohacha, se dio inicio a las capacitaciones de enfermeras en TBC, en cumplimento de los acuerdos establecidos a través del Proyecto realizado entre la ANEC y el CIE, de formación de formadores en el control de personas con TB/TB Multirresistente, evento que se desarrolló en la ciudad de Bogotá, en el mes de diciembre de 2012.

La capacitación realizada estuvo bajo la responsabilidad de la Seccional Guajira, coordinada y desarrollada por Sixta Pimienta y Edgardo Bolaño, profesionales de enfermería y quienes junto con las colegas Ernestina Peñaranda y Sonia Urariyú recibieron la capacitación en la ciudad de Bogotá. Con este taller se dio inicio al compromiso adquirido de replicar los conocimientos adquiridos al mayor número de colegas, durante la vigencia del año 2013.

Este taller fue apoyado por la Secretaría Departamental de Salud y el Hospital Nuestra Señora de los Remedios de Riohacha, logrando reunir a un número de 31 enfermeras, las cuales recibieron información renovada y adaptada a las necesidades de la región, acerca de la etiología y cuidado de las personas afectadas por la TB/TB Multirresistente, donde las participantes fueron guiadas para convertirse en capacitadoras en sus radios de acción y al mismo tiempo llevar a la práctica lo aprendido.

Para darle continuidad a este proceso de capacitación se realizará un plan de seguimiento y asistencia técnica al grupo de participantes, con el fin de aportan a la actualización de conocimientos en este tema e igualmente poder evidenciar cambios en las actitudes y prácticas en la atención de las personas afectadas.

Esperamos realizar 2 talleres más, uno en el Municipio de Maicao y otro en el sur del Departamento, esperando obtener los mayores beneficios para el control de esta patología en nuestra región y además ver fortalecida la ANEC, por el aporte de las enfermeras a uno de los problemas sociales prevalentes de la región, además impulsar la incorporación de nuevas afiliadas a la Asociación, para convertirnos en una fuerza social que promueva el derecho fundamental a la salud.

Asistentes Seminario TBC, Seccional Guajira.

Enferemero Edgardo Bolaño, uno de los coordinadores del Seminario.

Escuela Nacional Sindical

Promover la libertad sindical

La Revista Cultura &Trabajo de la Escuela Nacional Sindical en la Edición N° 89 del mes de Agosto, de 2013, presenta en su editorial una radiografía del estado actual de la libertad sindical en Colombia, el cual transcribimos, por considerarlo de interés para el conjunto de los trabajadores colombianos.

Foto: PTCE / Santiago Santarriaga

Más de dos años después de haberse implementado el Plan de Acción en Derechos Laborales, acordado entre los gobiernos de Colombia y Estados Unidos, y de cerca de tres años del actual gobierno del Presidente Santos, hemos presenciado algunos progresos en materia de libertad sindical; sin embargo, son muchos los obstáculos y limitaciones que aún deben enfrentar los trabajadores colombianos al momento de ejercer su derecho humano fundamental a crear y afiliarse a una organización sindical.

En materia de violencia, es sensible e importante la reducción de homicidios contra sindicalistas. Pasamos de 51 homicidios en 2010, a 30 en 2011 y 20 en 2012. Sin embargo, persisten los actos de violencia, y son todavía muy leves los avances en las investigaciones. De los 2.942 asesinatos de sindicalistas que se han denunciado desde 1986, la Fiscalía General de la Nación solo reporta las investigaciones de 769 casos. El porcentaje de impunidad frente a este delito es del 93,4%.

Igualmente, en Colombia se siguen ejerciendo prácticas antisindicales generalizadas que impiden el surgimiento y consolidación de organizaciones sindicales autónomas. En particular, es preocupante el uso ilegal de los pactos colectivos, los planes de beneficios y la creación de "falsos sindicatos" para celebrar "contratos sindicales", mediante los cuales se les suministra trabajadores a las empresas privadas y a las instituciones públicas.

Es muy preocupante la proliferación de este tipo de sindicatos, pues se han creado para sustituir las cooperativas de trabajo asociado. En 2012, por ejemplo, se firmaron 723 contratos sindicales y se crearon más de 400 sindicatos de esta clase, para deslaboralizar y precarizar las condiciones de trabajo de miles de trabajadores.

El Ministerio del Trabajo no ha logrado ser oportuno ni eficaz al momento de proteger la libertad sindical. El asunto con los falsos sindicatos es una muestra de ello. Además, son ínfimas las sanciones que ha aplicado ese ministerio cuando los empleadores impiden el ejercicio de la libertad sindical, pues menos del 1% de las resoluciones que ha emitido están relacionadas con este tema.

La protección de la libertad sindical consagrada en el Artículo 200 del Código Penal, hasta el momento no ha producido ninguna sentencia judicial. Cerca de 218 casos han sido denunciados ante los fiscales, y el resultado hasta ahora es nulo.

En materia de formalización laboral, que tantas expectativas generó con su anuncio, muestra que las cifras del gobierno son todavía muy marginales con respecto al fenómeno de la informalidad laboral que afecta a más de 14 millones de colombianos. En las instituciones del Estado, contrariando varias sentencias de la Corte Constitucional, siguen predominando vinculaciones provisionales, contratos civiles de prestación de servicios y el uso masivo de figuras de tercerización laboral.

La protección efectiva de la libertad sindical requiere, a nuestro modo de ver, la formulación e implementación, con la participación de las organizaciones sindicales, de una política pública de formalización laboral y de promoción de la libertad sindical. Al respecto las centrales sindicales le han presentado al gobierno nacional varias iniciativas que hasta ahora no han contado con respuesta.

Mucho podría hacer el gobierno nacional, si en verdad este es un propósito sincero. Podría, por ejemplo, retomar la campaña por el derecho de asociación sindical, involucrando a las centrales sindicales en su diseño e implementación. Y sobre todo, darle inicio a un diálogo que conduzca a generar una política pública de promoción de la libertad sindical, igual que se hace con la libertad de empresa.

Tomado de Internet http://www.ens.org.co/

Elegida Enfermera de la ANEC Seccional Bolivar a la Junta Directiva de la ESE Universitario del Caribe

Esperanza Morales C.- Junta Directiva Nacional ANEC

La ANEC Seccional Bolívar, en un ejercicio de participación ciudadana y compromiso social con la prestación de los servicios de salud, a la población del Distrito de Cartagena, participó en la convocatoria realizada por la Secretaria de Salud Departamental de Bolívar, para elegir el representante de las Asociaciones Científicas de las profesiones de la salud, a la Junta Directiva de la ESE, Hospital Universitario del Caribe.

A esta convocatoria se presentaron delegados de las asociaciones de médicos, odontólogos y enfermeras, quienes presentaron sus respectivas ternas. Nos complace registrar la selección de la Colega Vivian López Verhelst, miembro de la Junta Directiva de la ANEC Seccional Bolívar, quién se posesionó el día 17 de septiembre para ejercer esta representación por un periodo de dos años.

Le auguramos el mayor de los éxitos a Vivian y le ofrecemos nuestro apoyo institucional, para contribuir en la garantía del derecho ciudadano a la salud, esperamos que con su participación efectiva se fortalezca una de las Instituciones más importantes para la atención de salud de la ciudad y de la región.

Justicia Tributaria en Colombia
www.JusticiaTributaria.co

Comunicado de La Red por la Justicia Tributaria en Colombia expresa su oposición a la continuación del cobro del 4×1000, el cual es un impuesto supremamente regresivo que debe acabarse.

Recordemos que el 4×1.000 comenzó como un impuesto temporal del 2×1.000, para salvar al sistema financiero tras la crisis de 1999. Cuando el sistema se recuperó nunca le retribuyó a los colombianos el esfuerzo de este impuesto que pagamos todos los usuarios, pero además no se dejó de cobrar!

Para el gobierno es muy cómodo cobrar este impuesto porque su recaudo es fácil y barato. Además, en la lógica de 'financiarizar' todas las actividades de la economía, entre más se use el sistema más se recauda.

El 4×1.000 es un impuesto supremamente regresivo que debe acabarse. Pero el presidente Santos está en campaña y la Reforma Tributaria en favor de las transnacionales está produciendo un hueco que ya le está pasando cuenta de cobro a las finanzas de la nación. Entonces ¿de dónde obtiene recursos un Estado que se está quedando sin producción agrícola e industrial y no es capaz de cobrarle impuestos a los más ricos? Pues le toca mantener impuestos regresivos como el 4×1.000. Lo democrático sería quitar esta carga a los usuarios y ponerla sobre los bancos, cuyas ganancias por 40 billones al año no se comparan a las de ningún otro sector de la economía.

La Red por la Justicia tributaria recalca que si tuviéramos un gobierno capaz de eliminar los beneficios tributarios al gran capital, contaríamos con recursos frescos para resolver los problemas del agro, la educación, la salud y muchos otros.

Recordando a Janeth Damián Rodríguez

El 23 de Septiembre del presente año, se cumplieron seis meses de la partida de nuestra querida colega y socia de la ANEC Seccional Cundinamarca, Yaneth Damián Rodríguez, (QEPD). Bogotana, egresada de la Facultad de la Escuela Ciencias de la Salud en el año de 1980, quien ejerció la profesión en dos instituciones emblemáticas del Sector Salud, la Caja de Previsión Social y el Hospital San Juan de Dios, en donde se desempeñó en las áreas de Epidemiología e Infectología.

Reconocemos en Janeth a una activista social, que participó con las organizaciones cívicas en la localidad Antonio Nariño. Aguerrida luchadora en la compañía de su gran amiga Margarita Castro en la campaña por la apertura del Hospital de San Juan de Dios, "el San Juan de Todos", espacio donde reivindicó, los derechos de los trabajadores del San Juan de Dios, desde el cierre de esta Institución en el año 1998.

Estamos seguras que su legado de mujer batalladora, continúa inspirando en estas luchas a los cientos de trabajadores, por la defensa del derecho legítimo a sus prestaciones sociales y a la pensión de jubilación, en medio de un proceso de liquidación, que no ha considerado para nada la condición humana de sus trabajadores.

Igualmente Yaneth trabajo por el reconocimiento y la declaratoria del Hospital San Juan de Dios, como Monumento y Patrimonio Nacional, participando activamente en las jornadas de difusión del inventario de joyas históricas que alberga el Hospital, entre ellas el edificio de enfermedades tropicales, la sede del Instituto de Inmunología, una capilla que data del año 1.920 y que guarda en su interior cuadros de San Juan y del maestro Gregorio Vásquez de Arce y Ceballos.

Nos quedamos con este recuerdo y con una gran deuda para con ella y muchos ciudadanos colombianos, porque aún no se realiza la reapertura plena del Hospital San Juan de Dios.

Nuevas Juntas Directivas Seccionales ANEC - 2013

CARGOS	SECCIONAL CÓRDOBA	SECCIONAL BOLIVAR	SECCIONAL ANTIOQUIA	SECCIONAL ATLÁNTICO
Presidenta (e)	Hermes Cordero Causil	Diana Stavro de Vega	Luz Estela Varela Londoño	Luz Marina Yancen Tinoco
Vicepresidenta	María Claudia Hernández	Nirva Cabarcas Ortega	María Angélica Arzuza Salazar	Marquesa García Sampayo
Fiscal	Alcira Martínez Pérez	Edwin Cassiani Cañate	Gloria Estela Arenas Cadavid	Deysi Puentes Camargo
Tesorera	Ana Vásquez de Severiche	Vivian López Verhelst	María Teresa Morales Muñoz	Margarita Moreno Villareal
Secretaria general	Nidia Gómez de Puente	Rocío del C. Ruiz Quintero	Mónica Johana Muñoz Cardona	Rosemary Portillo Guerrero
SECRETARÍAS				
Relaciones Intersindicales	Denis Acosta Pimienta	Estela Melguizo Herrera	Marta Lucia Olarte Lezcano	Esther Selene Olivera Castro
Relaciones Internacionales	Candelaria Padilla Choperena	Luz Adriana Ordoñez López	Miriam Zarate Durier	Muna Hamdan Rodríguez
Comunicaciones y Publicidad	Aminta Agudelo	Tatiana Inés Cortina Hernández	Silvia Inés Londoño Jaramillo	Adalgiza Rojas de Royet
Salud y Bienestar Social	María Martínez	Concepción Carvajal Hidalgo	María Victoria Arteaga Henao	Fabio Cortes Escalante
Educación, Aspectos Políticos	Regina Cogollo Jiménez	Irma Yolanda Castillo Ávila	Marta Cecilia Ramírez Gómez	Cecilia Guerra Gutiérrez

Declaración de posición del CIE

Competencia cultural y lingüística

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) y sus organizaciones miembros están convencidos de que las enfermeras deben ser cultural y lingüísticamente competentes para poder entender las necesidades lingüísticas que presentan en los encuentros de atención de salud[1] los clientes, sus familias y sus comunidades, y para poder responder eficazmente a esas necesidades.

El CIE está convencido de que las enfermeras deben demostrar competencia cultural[2] por su capacidad para:

- Desarrollar una conciencia de la propia cultura sin dejar que ésta tenga una influencia indebida sobre personas que tienen otros orígenes;
- Demostrar conocimiento y comprensión de las diferentes culturas;
- Aceptar que puede haber diferencias entre las creencias culturales y los valores del profesional de la salud y el cliente;
- Aceptar y respetar las diferencias culturales;
- Adaptar los cuidados para que sean coherentes con la cultura y las expectativas del cliente.
- Proporcionar unos cuidados culturalmente apropiados con el fin de ofrecer los mejores resultados posibles al cliente

El CIE está convencido de que los clientes tienen derecho a recibir unos cuidados, cultural y clínicamente idóneos, dispensados por la persona adecuada del equipo de atención de salud.

Sin embargo, el CIE cree que aceptando y respetando las diferencias culturales y adaptando los cuidados para que sean coherentes con la cultura del cliente no debe dar lugar a una práctica de enfermería que contravenga los códigos deontológicos profesionales, las normas de la práctica de enfermería, los marcos jurídicos o las convenciones de derechos humanos de las Naciones Unidas. Las enfermeras tienen la obligación de preservar, respetar y promover activamente los derechos de salud de las personas en todo momento y en todos los lugares[3]. Las enfermeras han de ser vigilantes a este respecto especialmente en lo que se refiere a los grupos vulnerables tales como los de las mujeres, los niños, las personas mayores, los refugiados y los grupos estigmatizados.

http://otrovikingo.blogspot.com/2011/10/igualdades-sociales-geograficas-de.html

El CIE apoya decididamente que las enfermeras puedan demostrar competencia lingüística entendiendo y respondiendo eficazmente a las necesidades lingüísticas que el paciente presente en los encuentros de atención de salud, para poder comunicarse directamente en el idioma del cliente o recurriendo a intérpretes profesionales y traductores cualificados.

Para dar protección al público, las enfermeras han de comunicarse verbalmente y por escrito de una manera que sea sensible a las necesidades del cliente y en un lenguaje que pueda entenderse con claridad con la ayuda de intérpretes profesionales y traductores cualificados si es necesario. Si la enfermera no llega a comprender claramente las necesidades del cliente, o si el cliente no puede entender los consejos e instrucciones que se le dan, pueden producirse errores.

El CIE está firmemente convencido de que las enfermeras se encargan y son responsables de su práctica de enfermería y cuando tratan con clientes de grupos culturales o lingüísticos distintos del suyo deben ser conscientes de que quizá hayan de tomar otras medidas para cerciorarse de que las intervenciones que ofrecen tienen en cuenta las necesidades culturales y lingüísticas del cliente.

El CIE espera que los empleadores faciliten a todas las enfermeras recién contratadas la adecuada introducción o un periodo de adaptación a la práctica profesional para que conozcan las necesidades culturales y lingüísticas de su grupo de pacientes y tengan los medios de abordarlas.

Antecedentes

La manera en que un cliente percibe la enfermedad y los síntomas específicos de ella y relacionados con ella guarda relación con los valores culturales y las creencias subyacentes del cliente. En la manera en que la persona responde a estos factores y en el modo en que ésta se relaciona con la enfermera influirán esos valores y creencias, y pueden afectar al modo en que el cliente entiende y acepta cualesquiera cuidados que se le ofrezcan. Las enfermeras, centradas en el cliente, dispensan cuidados para satisfacer las necesidades de éste. La dedicación al cliente persigue el objetivo de conseguir que las necesidades y las creencias físicas, psicosociales y culturales del cliente se tomen en consideración al decidir las intervenciones, y que los clientes tengan la información necesaria para participar en sus propios cuidados. En un sentido amplio, la diversidad abarca la aceptación y el respeto. Para las enfermeras, esto significa entender que cada persona es única y reconocer las diferencias individuales. Estas diferencias incluyen las dimensiones de raza, etnia, género, orientación sexual, situaciónsocioeconómica, edad, capacidades físicas, creencias religiosas o espirituales, convicciones políticas y otras ideologías.

La competencia cultural y lingüística requiere conciencia cultural: el proceso cognitivo deliberado por el que los dispensadores de atención de salud aprecian y son sensibles a los valores, las creencias, las prácticas y las estrategias de solución de problemas de las culturas[4] de los clientes. La cultura de una persona es una parte importante de su identidad y la comunicación de la comprensión y respeto cultural es un instrumento esencial para establecer una relación terapéutica con el cliente.

Demuestra competencia lingüística la enfermera que tiene capacidad para comunicarse eficazmente y transmitir información de manera fácilmente comprensible[5]. La comunicación verbal y no verbal pueden tener significados diferentes según las culturas. Es vital ser conscientes de esto para evitar malas interpretaciones y faltas de cooperación, e inclusive ofensas. Con servicios tales como la traducción y la interpretación puede prestarse ayuda a las enfermeras y a las demás personas. La traducción es el proceso de trasladar, de un idioma a otro, ideas que se expresan por escrito. La interpretación es el proceso utilizado para transferir ideas expresadas de manera oral o (como en el lenguaje de señales) por gestos.

Adoptada en 2007 • Examinada y revisada en 2013

Declaraciones de posición relacionadas:

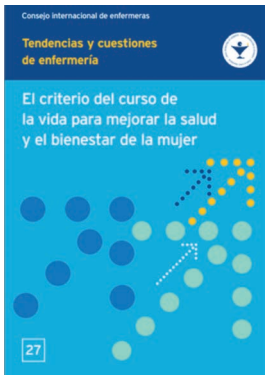
- Ámbito de la práctica de la enfermería
- La reglamentación de enfermería
- El mantenimiento de la competencia como responsabilidad profesional y derecho del público
- Las enfermeras y los derechos humanos

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras en el mundo entero. Dirigido por enfermeras y dirigiendo la enfermería a nivel internacional, el CIE trabaja para asegurar cuidados de enfermería de calidad para todos y políticas de salud acertadas en todo el mundo.

Referencias

1. American Institutes for Research. (2002). Teaching cultural competence in health care: A review of current concepts, policies and practices. Report prepared for the Office of Minority Health. Washington, DC: Author.
2. Purnell L. (2005).The Purnell Model for Cultural Competence. Journal of Multicultural Nursing & Health (JMCNH) [serial online]. June 2005;11(2):7-15.
3. Consejo internacional de las enfermeras (2011). Las enfermeras y los derechos humanos. CIE, Ginebra
4. Jirwe M, Gerrish K, Emami A. (2006) The theoretical framework of cultural competence. Journal of Multicultural Nursing & Health (JMCNH) [serial online]. October 2006;12(3):6-16.
5. Goode & Jones (modificado en 2009). National Center for Cultural

Publicación del CIE: Tendencias y cuestiones de enfermería



EL Consejo Internacional de Enfermeras, CIE ha preparado este Manual de 134 páginas como documento de información para las enfermeras y otros profesionales de la atención de salud que estén interesados en ayudar a las mujeres a mejorar su salud y su bienestar. Este manual no es una guía completa para dispensar buenos servicios a la mujer, sino una guía en la que se ofrece orientación para las actuaciones que pueden emprenderse para mejorar la salud de la mujer.

El presente manual se basa en una valoración rápida de las publicaciones y recurre a términos de búsqueda esenciales, puesto que se dispone de un amplio conjunto de información y de pruebas que se basan en exámenes sistemáticos completos de lo publicado sobre los problemas que se abordarán en el manual. Trata de actuar como catalizador para fomentar el interés y la conciencia de asuntos pertinentes para la salud de la mujer en el transcurso de la vida y ofrecer una orientación práctica, basada en pruebas, sobre los criterios viables que pueden aplicarse para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres en el curso de la vida.

A todo lo largo del documento hay Cuadros de actuación, que tienen por objeto ofrecer orientación en lo que se refiere a las cuestiones que el CIE ha abordado o que está abordando, y hacer que las enfermeras sean conscientes de lo que pueden hacer de manera individual o colectiva, a través de sus asociaciones nacionales (ANE), para mejorar la salud de la mujer en el transcurso de su vida.

Publicación elaborada por Margaret Usher-Patel para el Consejo internacional de Enfermeras, CIE Copyright © 2013 by ICN

Datos de la Autora:

Margaret Usher-Patel es enfermera, matrona y especialista en salud pública con títulos de postgrado en gestión y dirección y en salud de la comunidad internacional. Margaret ha trabajado en el campo de la salud pública durante más de 34 años, en organismos internacionales y no gubernamentales, y en el de la salud de la familia y de la comunidad, principalmente en la atención primaria de salud y en el acceso universal a la salud sexual y reproductiva incluida la salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente, la salud de la mujer, la planificación familiar y un mejor acceso a los medicamentos y productos esenciales para la salud.

Me ha impresionado la necesidad de actuar.

No basta con saber; hemos de aplicar.
No basta con querer, tenemos que actuar.

Leonardo da Vinci (1452-1519); Artista, inventor, científico

Introcan® Safety

En los catéteres IV la seguridad no es una opción... es automática.

La seguridad pasiva del Introcan® Safety provee la máxima protección:

- **Es automática**
- **No puede ser obviada**
- **Se mantiene la técnica**

www.safeinfusiontherapy.com

Consulte más información sobre terapia de infusión IV segura en:

Solicite una demostración a:
info.colombia@bbraun.com
PBX: (1) 3403001

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

Se realizan eventos estatutarios del CIE

Melbourne, Australia, mayo de 2013

Esperanza Morales C. - Junta Directiva Nacional ANEC

Reunión de la Junta Directiva y de los Comités del CIE

Durante los días 11 y 12 de mayo se realizaron las reuniones de los Comités de apoyo a la Junta Directiva: Planeación y Finanzas, Constitución y Afiliación, cada uno de estos comités están integrados por miembros de la Junta Directiva y desarrollan una agenda, cuyas conclusiones son presentadas en la reunión de la Junta Directiva.

Durante los días 13, 14 y 15 de mayo se llevó a cabo la reunión de la Junta Directiva, la cual contó con la presencia de 13 integrantes, estuvieron ausentes por motivos personales los representantes del Reino Unido y de E.E.U.U.

La agenda de esta reunión fue bastante extensa, pues se revisaron y tomaron decisiones sobre todos los temas que se tratarían en la reunión del Consejo de Representantes Nacionales, CRN, máxima instancia de representación y decisión del CIE. En este espacio igualmente se llevó a cabo la del Consejo Directivo de la Fundación Internacional Florence Nigthingale.

Consejo de Representantes Nacionales, CRN

Del 16 al 19 de mayo se realizó la reunión del CRN, las delegadas participaron en los debates que dieron lugar a decisiones y reformas, con importantes implicaciones en el futuro del Consejo y de sus ANE filiales durante cuatro días, los 199 delegados de 94 organizaciones afiliadas al CIE, desarrollaron una amplia agenda que incluyó la presentación de informes de la Presidenta Rosmary Brayant y del Director General, David Benton, sobre las actividades desarrolladas por el CIE, destacando los principales logros y retos en los dos últimos año.

En representación de la ANEC, participaron Esperanza Morales Correa en su calidad de Presidenta, Josefina Perdomo de la Seccional Cundimarca y Beatriz Carvallo Suárez, miembro de la Junta Directiva del CIE, candidata a la Presidencia. Igualmente, se hicieron presentes las delegadas de países de América Latina: Argentina, Bolivia. Costa Rica, Chile, Guatemala, Honduras, México Panamá y Paraguay.

Asistentes al Consejo de Representantes Nacionales, CRN

Junta directiva del CIE, presidiendo el CRN.

A continuación se presenta un resumen de las principales decisiones tomadas en esta reunión:

1. Aprobación de un comunicado evidenciando la supresión de cargos de enfermeras en la sede Central de la OMS, el cual se presentó posteriormente en la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en la ciudad de Ginebra, Suiza, en la última semana del mes de mayo. Este comunicado está disponible en le link: www.icn.ch/images/stories/documents/members/whats_new/Comunicado_del_CRN.pdf y en la Revista ANEC, No. 76.
2. Aprobación de la afiliación de las Asociaciones de Palestina y China, como nuevos miembros del CIE.
3. Revisión y consulta inicial sobre las directrices estratégicas que deberá considerar la nueva Junta para desarrollar el Plan Estratégico del CIE 2014 - 2017. Los resultados de estos debates se publicarán en la sección de miembros de la web del CIE, del 10 de julio al 21 de octubre de 2013.
4. Con relación al tema de Transformación del CIE, para fortalecer la inclusividad, representación y la sostenibilidad, a partir de la modificación del modelo de afiliación tradicional; se aprobó aceptar más de una ANE por país, cuando el miembro actual represente a menos del 6% de las enfermeras del país.

   En este debate la representante de la ANE de Colombia, aclaró que la baja cobertura de afiliación de enfermeras en los países de la región de América latina, está relacionada con el marco normativo en materia del derecho de Asociación, que consagra una vinculación voluntaria y no obligatoria.
5. Estímulos para las ANE, de reducción gradual y progresiva de las cuotas, para las que incrementen el porcentaje de afiliación, con la condición que cumplan todas sus obligaciones estatutarias y representen un elevado porcentaje de las enfermeras en su país.
6. Introducción de un plan de despegue suave para los nuevos miembros que soliciten el ingreso al CIE, para que paguen del 33% al 67% de sus cuotas en su primer y segundo año de afiliación, con un PNB, entre 3.946 USD y 12.196 USD o más.
7. Introducción de un Sistema de Votación Gradual Progresivo en el que a cada uno de los miembros de pleno derecho se asigne un único voto y se concedan votos adicionales a las ANE, de acuerdo con su cobertura de afiliación.
8. Revisión completa de los procedimientos, estructuras y costos de la administración del CIE, para conseguir la eficiencia y eficacia.
9. Introducción de las enmiendas a la Constitución de 2011 para la aplicación de las decisiones sobre la transformación del CIE.
10. Elección de la Nueva Junta Directiva del CIE, para el período 2013 - 2017.

Aprovechamos este espacio para agradecer a todas las colegas que nos brindaron el apoyo en el impulso de la candidatura de Beatriz Carvallo Suárez a la Presidencia del CIE. A pesar del reconocimiento que le hicieron muchos delegados de los países asistentes, no se logró este propósito, por falta de equidad en los recursos económicos para apoyar la asistencia de delegadas que no disponen de recursos para realizar este desplazamiento. De otra parte, la falta de unidad de las ANE de la Región de América Latina, filiales de la FEPPEN, quienes fueron financiadas por el representante de la ANE de España para apoyar otra candidatura.

A continuación transcribimos el discurso de Beatriz Carvallo Suárez presentado ante el CRN:

Estimas colegas:

Soy Enfermera colombiana y latinoamericana, comprometida con el fortalecimiento y proyección de la Profesión y de sus organizaciones gremiales nacionales e internacionales, como instancias de unidad profesional y cohesión social, indispensables para impulsar el acceso al derecho fundamental a la salud y la prestación de cuidados de enfermería humanizados, éticos y de calidad.

Colombia es un país multiétnico y pluricultural, con grandes riquezas naturales para abastecer las necesidades de la población, pero con graves problemas generados por la violencia política e importantes niveles de inequidad social. En la actualidad registramos con satisfacción el desarrollo de una mesa de negociación, en la búsqueda de la paz y de la reconciliación de los colombianos,

acción que viene siendo respaldada por la mayor parte de la población. En América Latina igualmente, avanza un proyecto político que impulsa la unidad, la solidaridad y la autonomía regional, en procura de la consolidación de la justicia social, que tanto requiere el mundo. La enfermería latinoamericana y caribeña ha venido acompañando este proceso a través de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería.

Tatiana González, Josefina Perdomo y Ediltrudis Ramos, enfermeras colombianas en la Sesión de Instalación del 25 Congreso Cuadrienal del CIE.

Para abordar el contexto político y social del mundo, es necesario reconocer la aguda crisis económica que afecta a un importante número de países de todos los continentes, los cuales se han visto obligados a aplicar medidas que afectan sus estados de bienestar, evidenciados en recortes en los servicios de salud, educación, trabajo y deterioro de la seguridad alimentaria, entre muchos otros; es por ello que el CIE, y las ANE debemos orientar y desarrollar estrategias locales y globales que impulsen a las enfermeras a involucrarse con las causas sociales de la población.

El tema de trabajo propuesto para la conducción del CIE, está fundamentado en los conceptos de conexión e inclusión global, entendidos como la capacidad transformadora que debemos desarrollar la Junta Directiva del CIE y las ANE, en su conjunto, para hacer frente a la actual situación, identificando las acciones prioritarias que nos permitan incidir eficazmente en la consecución de las metas establecidas por el CIE de: "mejorar la equidad y el acceso a los servicios de salud" y contribuir, de igual manera a "resolver la desigualdad, a través del logro de las Metas y "Objetivos de Desarrollo del Milenio", establecidas por la Asamblea de la ONU, para disminuir la pobreza y el hambre, para el año 2015.

A dos años del vencimiento de esta fecha, se observa un escaso avance en su cumplimiento; posiblemente porque se ha persistido en un modelo de desarrollo económico que favorece la concentración de la riqueza y del capital, con muy poco apoyo para que muchos países fortalezcan sus propias economías en forma autónoma y puedan superar la situación de inequidad, demostrando de esta manera, "que un mundo mejor es posible".

El concepto de inclusión global debe involucrar igualmente la estructura interna y funcional del CIE y de las ANE, procurando que se vincule a todas las enfermeras del mundo, en sus diferentes regiones, contextos sociales, eliminando, en lo posible, las barreras del idioma, de la cultura, del género, del acceso al conocimiento, a las nuevas tecnologías, y a la participación democrática en las más importantes decisiones locales e internacionales de la Profesión.

Mención especial merecen las ANE, como unidades fundamentales de acción del CIE, por esta razón se debe profundizar en el conocimiento de su funcionamiento, cobertura, acciones de inclusión e incidencia política en cada país, para identificar las estrategias individuales o colectivas que permitan fortalecer su desarrollo y proyección, en el ámbito nacional, regional e internacional.

Para lograr el avance de la práctica profesional, se debe continuar impulsando un alto nivel de formación y competencia profesional, que garantice óptimos cuidados de enfermería, acordes con las necesidades de la población; para ello, es necesario mantener vínculos permanentes con las Unidades de Académicas, para hacer un frente común a las propuestas de limitar el nivel de formación de las enfermeras, buscando disminuir los costos de los servicios, en detrimento de la calidad y la seguridad de los cuidados de enfermería.

La reglamentación es un elemento crucial para el reconocimiento social y legal de la Profesión en cada país. Para conseguir el impacto deseado en este campo, se requiere que las enfermeras se apropien de esta reglamentación, la difundan en todos los espacios de trabajo y exijan su cumplimiento; especialmente teniendo en cuenta las reformas de los sistemas de salud que se vienen adelantando en la mayor parte de países del mundo; esta normatividad debe ser una de las herramientas que permitan preservar la legitimidad y el espacio Profesional.

Para impulsar el bienestar social y económico de las enfermeras, es necesario que el CIE y sus ANE incidan en los estamentos gubernamentales y parlamentarios en el reto de reconstruir los derechos laborales, la negociación colectiva y su participación en las organizaciones sociales. Las enfermeras como eje central de la atención sanitaria, debemos continuar participando en todos los espacios donde se formulen las políticas públicas en materia de salud, educación, trabajo y recursos humanos, especialmente en las organizaciones con las que desarrollamos un trabajo colaborativo, tales como: la ONU, la OMS y la OIT, entre otras.

En conclusión, quiero resaltar algunas estrategias de conexión e inclusión global:

- Impulsar la capacidad de las ANE para mejorar su representación y sostenibilidad, lo mismo que el intercambio de experiencias con otras ANE.
- Eliminar la barrera del idioma, por lo menos en los eventos y medios de comunicación oficiales, evitando que este se convierta en un mecanismo de discriminación.
- Atender la diversidad regional, a través de estrategias específicas, con el apoyo de las integrantes de la Junta Directiva del CIE.
- Superar progresivamente las limitaciones económicas que restringen la participación de un importante número de ANE, en los eventos deliberativos, decisorios y académicos convocados por el CIE.

Destacamos en la nueva Junta Directiva del CIE de tres enfermeras latinoamericanas, representantes de las ANE de México, Bolivia y Costa Rica, a quienes les deseamos los mayores éxitos en la representación unitaria de la región y en su capacidad de integración con todos los integrantes de la Junta.

25° Congreso Cuadrienal del CIE

Del 18 al 23 de mayo se llevó a cabo este Congreso, que desarrolló el tema central: "Equidad y Acceso a los cuidados de Salud". Este evento contó con la presencia de 6.000 enfermeras y estudiantes de enfermería de diferentes países y culturas, para revisar a través de conferencias magistrales, paneles y trabajos seleccionados, las implicaciones relacionadas con el tema central del Congreso. Destacamos los trabajos presentados por las colegas colombianas: Ediltrudis Ramos y Tatiana González, docentes de la Universidad del Magdalena.

Durante la sesión de clausura se anunciaron las sedes de los próximos eventos del CIE: Conferencia Internacional del CIE, Corea del Sur, en el año 2015 y 26° Congreso Cuadrienal en España, en el año 2017. Igualmente se realizó la sesión de premiación, siendo elegida Kirsten Stallknecht, miembro de la ANE de Dinamarca y ex presidenta del CIE, a quien se otorgó el premio Christiane Reimann.

Integrantes nueva Junta Directiva del CIE: 2013 - 2017.

Panel sobre Recursos Humanos, moderado por Beatriz Carvallo Suárez.

Integrantes de la Junta Directiva del CIE, en la Sesión de Inauguración del 25 Congreso Cuadrienal del CIE.

Comunicado del Consejo de Representantes Nacionales, del CIE

Supresión de la experiencia y capacidad de la enfermería en la OMS

Las asociaciones nacionales de enfermería, reunidas en Melbourne, Australia, los días 16 a 19 de mayo de 2013 para celebrar el Consejo de Representantes Nacionales (CRN) del Consejo internacional de enfermeras (CIE), manifestaron la grave preocupación que les causa la casi total supresión de los puestos visibles de dirección de enfermería en la Organización Mundial de la Salud, OMS.

Después de la Resolución de Urgencia aprobada sobre este asunto en 2011, se informó al CRN de la ausencia de una dirección de enfermería experimentada, así como de la reducción de personas capacitadas y con experiencia, en la sede de la OMS y en muchas de sus oficinas regionales. De hecho, desde el año 2000, los puestos de enfermería en la OMS han disminuido desde un 2,6% en el año 2000, hasta un 0,7% en 2011 y a un 0,6% en 2012.

- Dadas las crecientes amenazas de enfermedades, transmisibles y no transmisibles (ENT), actuales y re-emergentes, la crisis financiera que agrava los efectos negativos en los factores sociales determinantes de la salud y del bienestar de las poblaciones del mundo;
- Subrayando el gran interés que la OMS pone en la cobertura universal de la salud y en la política de desarrollo como objetivo de salud acordado en el plano internacional, la creciente carga de las ENT y la salud mental;
- El interés renovado en la Atención Primaria de Salud para conseguir que las poblaciones tengan acceso al dispensador adecuado en el momento y en el lugar adecuados;
- Reconociendo el creciente conjunto de pruebas que demuestran que las enfermeras bien preparadas logran mejores resultados económicamente efectivos en toda la atención de salud; y
- Reconociendo que las enfermeras son a menudo el único dispensador de salud disponible para la población, especialmente para los más desfavorecidos;
- Recordando las resoluciones de la AMS en favor del fortalecimiento de la enfermería y la partería (WHA64.7, WHA 59.27, WHA 54.12, y WHA 49.1), en las que se pide un rápido aumento de la preparación de los recursos humanos de salud (WHA59.23); y el fortalecimiento de la enfermería y la partería en apoyo de las estrategias de salud para todos (WHA45.5); y
- Enfatizando que nuestros sistemas de salud están luchando para adaptarse a las nuevas necesidades de las poblaciones en todo el mundo;

La ausencia de la experiencia y capacidad de la enfermería en la OMS y en sus regiones precisa su urgente rectificación.

El CRN pide a la Directora General de la OMS el restablecimiento urgente de los puestos vacantes de Enfermera científica jefe de la OMS en la Sede de la Organización, e insta a los directores regionales de la OMS a que mantengan y reafirmen las asesoras de enfermería experimentada, en las seis regiones de la OMS, para orientar y mejorar al máximo los resultados de las enfermeras, por ser el grupo más numeroso de los profesionales de salud que se necesitan para mejorar la situación nacional e internacional, con el fin de conseguir la Salud para Todos.

16 de mayo de 2013

Diagnóstico situacional de la Salud Mental de los habitantes del Barrio las Malvinas

Santa Marta, Colombia

Tatiana Gonzalez N.[1]

Resumen

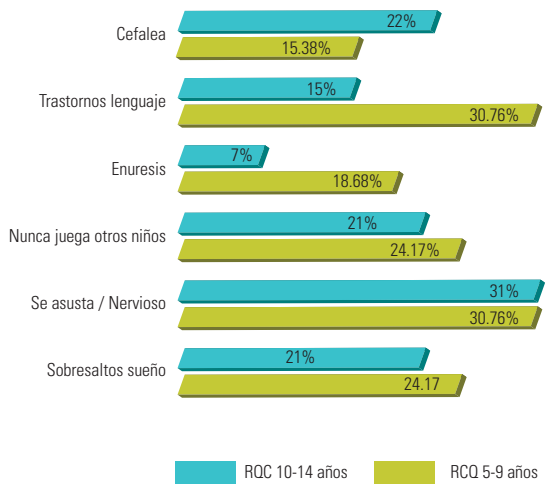
Los estudios realizados a nivel nacional e internacional en materia de salud mental evidencian que la problemática es de magnitud considerable. El Programa de Enfermería de la Universidad del Magdalena, a través de su proyección social, hace necesario identificar ¿Cual es la situación de salud mental en los residentes del barrio Las Malvinas DTCH de Santa Marta, que permita desarrollar planes y programas enfocados en la problemática identificada? Se necesitó un consentimiento informado no escrito, respetando los principios de bioética, según los lineamientos de ANEC (2003).

El Objetivo fue: Realizar el diagnóstico de la situación de salud mental de los residentes del barrio las Malvinas. DTCH de Santa Marta. Indispensable para la orientación de intervenciones y la implementación de programas de prevención basados en la evidencia.

Metodología: es un estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal, utilizando muestreo probabilístico sistemático para seleccionar las viviendas donde se entrevistaron 91 menores de 5-9 años y 81 menores de 10 – 14 años. Y 175 de adultos de 15 a 60 y mas años.

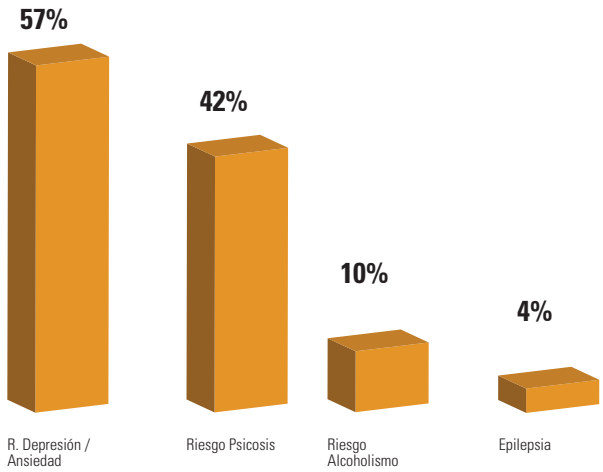
Instrumentos: para la recolección de la información se emplearon los cuestionarios diseñados y valorados en el marco colaborativo de la OMS y el Ministerio de Salud Nacional. Con una sensibilidad de 0.81, especificidad 0.58 y alfa de Cronbach (0,77). El SQR (escala para detectar signos y síntomas de las alteraciones en la salud mental del adulto) y RQC (escala cualitativa para detectar alteraciones en el comportamiento y desarrollo en niños) y el instrumento de Caracterización socio demográfico de personas.

Análisis e interpretación de datos: el perfil socio demográfico de las 175 personas adultas encuestadas el 97% son de estrato 1, el 91% afiliado al SGSSS, 24% con secundaria completa, 48% bien en unión libre y el 52% se ocupa en el hogar. Según el cuestionario RQC para niños en relación a los signos y síntomas de posibles alteraciones en la salud mental en el grupo de edad de 5 a 9 años y de 10 -14 años. Podemos observar que las problemáticas de los niños y niñas requieren de una mirada multi y transdisciplinaria para la atención en salud mental con políticas de infancia y adolescencia comprometidos seriamente con el desarrollo infantil, para tener una sociedad sana mentalmente, lo cual no es una utopía, es solo reflexión, inteligencia y acción.



1. Enfermera Magister en Enfermería. Profesora Asociada Universidad del Magdalena, Miembro Sociedad de honor Sigma Theta Tau Internacional, Magistrada del Tribunal de Ética Región Caribe. Especialista en Salud Mental. email: tatygon@gmail.com.
2. Enfermera Magister en Enfermería. Profesora Asociada Universidad Magdalena, Miembro Sociedad de honor Sigma Theta Tau Internacional, Magistrada del Tribunal de Ética Región Caribe. Especialista en Cuidado Critico email: ediramos06@yahoo.es
3. Enfermera Magister en Desarrollo Social, Coordinadora administrativa del Programa de Enfermería de la Universidad del Magdalena. Email: dianis276@hotmail.com

- Según la encuesta SQR para adultos de 15 a 80 años, relacionada con los signos y síntomas de posibles alteraciones en la salud mental encontramos que el 66% de los encuestados, evidenciaron síntomas de depresión y angustia (ansiedad); lo que implicaría que la población requiere evaluaciones clínicas por parte de profesionales de salud mental adecuadamente entrenada en el diagnóstico oportuno, manejo y adecuada remisión de pacientes a especialistas en caso de requerirlo y posiblemente tratamiento continuo con medicamentos o con terapia de sostenimiento.



Recomendaciones

Este Tamizaje de Salud Mental representa indicios de problemas relacionados con la salud mental, que requiere una revisión de la política pública en salud, y en salud mental en particular.

Ya que son claramente reconocidas las implicaciones negativas de este problema en el aspecto familiar y social, por lo que sería necesario no solamente el tratamiento de los casos positivos, sino la intervención sobre los núcleos familiares afectados

Si queremos alcanzar algunos de los objetivos del milenio y el mejoramiento del Índice de Desarrollo Humano, debemos saber que si no hay sujetos sanos mentalmente, los estados no contarían con trabajadores, productores y en última instancia con quien transformar las realidades

Bibliografía

- OPS/OMS Programa de salud mental de políticas y servicios de salud mental y promoción de salud mental. Washington. 2002.
- FACULTAD NACIONAL DE SALUD PUBLICA (FNSP), Área Comportamiento Humano y salud, Universidad de Antioquia. 2002.
- GONZALEZ N Tatiana C, JAIMES María B. VARGAS Graciela E. Diagnostico de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en la ciudad de Santa Marta, 2004.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Health in the Americas 2002. Washington, D.C.: PAHO; 2002
- OMS. Informe sobre la salud mental en el Mundo Ginebra, 2001

Trabajo presentado en el 25 Congreso Cuadrienal del CIE.

Proyecto de cuidado para la prevención de la farmacodependencia

Ediltrudis Ramos D[1]

Resumen

La producción, tráfico y consumo de drogas generan un grave problema de salud pública y seguridad internacional. Constituye una amenaza para la salud, la estabilidad económica y social y la integridad de los pueblos. En América Latina en alianza con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de las Drogas (CICAD/OEA) se ha establecido una Estrategia Antidrogas, con programas y acciones orientadas a la reducción de la oferta y la demanda de las drogas logrando la misión de este organismo, que es el fortalecimiento de las capacidades humanas e institucionales canalizando los esfuerzos colectivos para reducir la producción, trafico, uso y abuso de las drogas en América.

Dentro de las estrategias primordiales de la CICAD se encuentra la disminución de la demanda de drogas ilicitas y de otras sustancias de abuso. Ello significa impedir y prevenir el primer consumo de drogas y abordar las consecuencias negativas a traves del tratamiento, rehabilitación y reinserción. La prioridad de este programa esta centrada en la educación y capacitación de profesionales que diseñen, implemeten y gestionen programas de prevención, de tratamiento y de rehabilitación.

Enfermería como profesión aporta significativamente en el campo de la reducción, a través del cuidado encaminado a la promoción de la salud fomentando estilos de vida saludables, previniendo los factores de riesgo, promoviendo habilidades sociales, intelectuales y colectivas que limiten los riesgos individuales, ambientales, familiares y sociales.

Bajo esta perspectiva, la CICAD ha trabajado conjuntamente con universidades en America Latina, Canadá y Estados Unidos. En este proyecto se plantea la preparación de la enfermera para enfrentar los problemas de drogas. El Programa de Enfermeria de la Universidad del Magdalena comprometido con este proyecto y producto de su actividad académica, ejecutó un proyecto centrado en Educación: capacitación de los docentes e incorporación de la temática de Drogas en el curriculo del pregrado.

En Investigación: Estudios que evidenciaron el problema de drogas en comunidades vulnerables. **En Extensión:** actividades psicoeducativas a nivel Universitario y Comunitario en la promoción de estilos de vida saludables y prevención del uso y abuso de drogas.

El proyecto fue evaluado positivamente, logrando la incorporación de la problemática de adicciones en espacios de debate permanente en la Comunidad Educativa. Como producto de este proyecto se propone una investigación 2013-2015: "Consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena", cuyo objetivo es describir los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Es un estudio descriptivo, de corte transversal, prospectivo. Los resultados de este estudio complementarán el Proyecto Multicéntrico de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA) y las Escuelas de Enfermería, generando programas para promover estilos de vida saludables y prevenir el consumo de sustancias psicoactivas; respondiendo a las necesidades de la población juvenil universitaria en su formación como seres integros y con amplias competencias de desarrollo personal y social.

Bibliografía

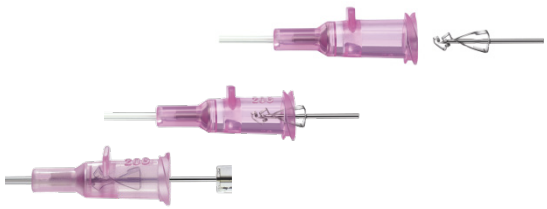
- CICAD/OEA. Jóvenes y drogas en países suramericanos: Un desafío para las políticas públicas. Primer estudio comparativo sobre el uso de las drogas en población escolar secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay. Lima: Tetis Graf E:I:R:L; 2006
- Colombia, Ministerio de la protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia, Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia: Informe Final. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008.
- Wright, MGM "La profesión de Enfermería y el fenómeno de las drogas" CICAD/OEA. 2003
- Comisión Interamericana para el control del Abuso de las Drogas- CICAD- Currículo Modelo de Enfermería con el contenido de Drogas. Río de Janeiro, 2004
- Organización Panamericana para la Salud, y CICAD. Normas de Atención: La dependencia de las drogas y su tratamiento. Una experiencia en las Américas. 2002

Trabajo presentado en el 25 Congreso Cuadrienal del CIE.

1. Enfermera Magister en Enfermería. Profesora Asociada Universidad Magdalena, Directora Académica Programa de Enfermería, Universidad del Magdalena. Miembro Sociedad de honor Sigma Theta Tau Internacional, Magistrada del Tribunal de Ética Región Caribe. Especialista en Cuidado Critico email: ediramos06@yahoo.es

Introcan® Safety

En los catéteres IV la seguridad no es una opción... es automática.



La seguridad pasiva del Introcan® Safety provee la máxima protección:

- **Es automática**
- **No puede ser obviada**
- **Se mantiene la técnica**

www.safeinfusiontherapy.com

Consulte más información sobre terapia de infusión IV segura en:

Solicite una demostración a:
info.colombia@bbraun.com
PBX: (1) 3403001

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

Los retos por superar en América Latina para ampliar el acceso a la formación de profesionales de enfermería

María Nubia Romero B. - Representante por la región de América Latina
Grupo Directivo de la Red de Formación en Enfermería CIE.

Ampliar el acceso a la formación de profesionales de enfermería en América Latina exige, en primer lugar, reconocer que no es solo un asunto cuantitativo, y que, por lo tanto, es necesario hacer visibles los obstáculos presentes y repensar el sentido de la educación que se requiere para este nuevo siglo, desde los retos o puntos de presión.

Así, considero que enfrentamos tres obstáculos principales

El primero consiste en que la educación en enfermería sigue padeciendo los efectos de la medicalización de los currículos, porque su fuente teórica y epistémica es el modelo biomédico clínico y muy poco la perspectiva crítico-social con sus modelos preventivos.

La medicalización curricular la necesita el mercado de la educación y el de la salud, que se han constituido en un binomio estratégico para las políticas neoliberales en América Latina. La enfermedad sigue siendo la fuente de conocimiento que genera la "riqueza" en el negocio de la salud y de la educación, en detrimento de la prevención, que es fuente de desarrollo humano y comprensión crítica de la realidad.

La medicalización de los currículos ha tenido consecuencias deshumanizantes en el cuidado, como son: la fragmentación y cosificación del sujeto, la pérdida del horizonte de cuidado humanizado y el rol de enfermería centrado más en los procesos de gestión financiera que en el cuidado humano[1,2,3]; esto a pesar de que varios programas de enfermería de la región han promovido debates históricos, epistemológicos y pedagógicos[4] sobre la necesidad de cambio paradigmático en la educación, la práctica y la investigación en enfermería.

En consecuencia, el primer reto o punto de presión para la ampliación del acceso a la formación profesional en A. L. implica educar para innovar rutas hacia el bienestar de las poblaciones con calidad, justicia social y sostenibilidad, y esto implica una educación en enfermería que transgreda la unidisciplinariedad, que cambie su lógica reparadora en los procesos salud-enfermedad y que rescate a los sujetos de cuidados y de aprendizajes como interlocutores válidos y permanentes.

El segundo obstáculo es la mercantilización de la educación universitaria, producto del incremento de la privatización. Según la Unesco, "la región vive la masificación de la demanda social por educación superior"[5], pero la oferta se caracteriza por una "extrema comercialización y mercantilización de las escuelas privadas"[6], mientras que los Estados se despojan cada vez más de su responsabilidad constitucional de garantizar una educación pública, mediante una mengua financiera severa.

En A. L., desde las últimas décadas del siglo XX, se impuso el predominio del sector privado en la formación profesional de enfermería[7], especialmente en países como Brasil, México, Colombia, Chile, Perú y Bolivia, que presentan cifras del 50% al 70% en educación privada[8].

1. Romero B, Maria Nubia. El cuidado en la adversidad
2. Romero B, María Nubia, Mesa Melgarejo, Lorena del Pilar, la calidad de vida de los profesionales de enfermería
3. Ibídem
4. Informe de la Reunión de Cartagena de Indias. Educación en ciencias de la salud hacia la APS y libros de textos. OPS, Washington, D.C. 25 junio de 2011
5. Tendencias de la Educación Superior en América Latina y el Caribe. Disponible en: http://www.unesco.org.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=408
6. Ibídem
7. De Sena RR, Coelho S. Educación en enfermería en América Latina: necesidades, tendencias y desafíos. Invest Educ Enferm 2004; 22 (2): 120-127.
8. Regulación de la enfermería en América latina. OPS. Serie Recursos Humanos para la Salud No. 56. Washington, D. C.: OPS, © 2011

Sin embargo, Argentina tiene una relación inversa: 75% oficial y 25 privada[9], y Cuba es el único país con el 100% de educación es estatal. Ahora Venezuela, comprometida con el Derecho a la Educación, en esta última década ha triplicado el gasto, pasando de un PIB de 3.8 a 7%, lo que ha implicado un crecimiento absoluto en el acceso a la educación.

lo cual se agrava por la escasa inversión estatal en ciencia y tecnología, que tiene una relación directa con la formación en posgrados. El aporte del PIB en la región está entre 0,2 a 1,5% siendo Brasil, México, Argentina y Chile los que concentran más del 90% de los investigadores de la región[13], pero aún así este aporte estatal es muy bajo, comparado con países desarrollados.

http://www.unaev.edu/

Entonces, el segundo reto está en que las organizaciones de enfermería debemos presionar a los gobiernos para que se comprometan a ampliar el acceso a la formación de enfermería, pero a partir de incrementar el % del PIB para educación e incentivar programas de enfermería estatales, así sea una tarea titánica ante las profundas disparidades sociales de la región.

La ampliación de coberturas para el acceso a la educación en enfermería no puede olvidar que "más de un tercio de los latinoamericanos, unos 200 millones, viven por debajo del nivel de subsistencia y un 13,4% de ellos, unos 80 millones, están sumidos en la extrema pobreza. Además, la disparidad entre pobres y ricos es una de las más grandes del mundo"[10].

El tercer obstáculo está relacionado con la educación de posgrado, y expresa el conflicto que padecen las y los profesionales de enfermería entre el deseo de cualificación y los procesos de pauperización salarial y laboral que frustran esas aspiraciones[11,12],

Lo anterior ha conducido a un desarrollo relativamente lento en maestrías y doctorados en la región. Por ejemplo, A. L. solo aporta el 6% en la formación doctoral para el mundo. Ante este panorama, queda el reto para cada programa de enfermería de impulsar la creación de maestrías y doctorados, cualificar a sus docentes e incentivar la práctica de la investigación como requisito imprescindible para ejercer la docencia universitaria en enfermería. Toda disciplina profesional, ha de renovar su existencia en la medida en que sea coherente con su contexto y actúe como fuerza positiva para lograr cambios estratégicos.

Por ello, no podemos aislarnos de los debates actuales que vive América Latina en la confrontación con los modelos económicos dominantes proclives a la mercantilización de la educación y de la salud, porque somos co-responsables del quehacer y del pensar de la fuerza laboral de enfermería y a su vez resulta ser fuente de imagen social que coadyuva o repele la demanda social para estudiar esta Profesión.

9. Regulación de la enfermería en América latina. OPS. Serie Recursos Humanos para la Salud No. 56. Washington, D. C.: OPS, © 2011
10. Informe de la UNESCO. Disponible en: http://www.unesco.org/new/es/media-services/single-view/news/science_and_technology_could_be_the_way_to_greater_equality_in_latin_america_says_unesco_report/ 10/11/2010
11. GLORIA LUCIA ARANGO BAYER. La globalización como reto para la formación de profesionales de enfermería en América Latina. Avances de Enfermaría. Volumen XXII, numero 2 julio-diciembre 2004
12. Romero B y mesa melgarejo
13. Informe de la UNESCO. Op cit

Comunicado de prensa

Una dotación segura de personal es esencial para cuidados de salud de calidad

El Consejo Internacional de Enfermeras, publica los principios esenciales para una dotación segura de personal

Una dotación segura de personal es esencial para unos cuidados de salud de calidad El Consejo internacional de enfermeras, publica los principios esenciales para una dotación segura de personal Ginebra (Suiza), 15 de julio de 2013 - El Centro Internacional para los Recursos Humanos de Enfermería (CIRHE) publicó hoy una declaración de política general sobre los niveles de una dotación segura de personal; en ella se pone de relieve la necesidad de conseguir que en todo momento del continuo de los cuidados se dispone de un número adecuado de enfermeras y demás personal, con una combinación idónea de formación, capacidades y experiencia para conseguir que se satisfagan las necesidades del paciente y que se mantengan unas condiciones de trabajo sin riesgos.

"Es bien sabido que la dotación de enfermeras influye en la longitud de la estancia hospitalaria, en la morbilidad y en la mortalidad de los pacientes y en su reintegración en la comunidad", dijo Judith Shamian, Presidenta del Consejo Internacional de Enfermeras. "Además, los niveles seguros de la dotación de personal van asociados a una mejor retención, contratación y sostenibilidad de los recursos humanos y a una mejor eficiencia de los costos del sistema de cuidados de salud –en resumen, es esencial para el buen funcionamiento de todos los servicios de salud".

Preparada en consulta con el Foro Internacional de los Recursos Humanos, del CIE, la declaración de política general establece los principios esenciales subyacentes a unos niveles de personal seguros, y tienen en cuenta no sólo los números del personal y la combinación de sus competencias, sino también otras variables tales como una carga de trabajo adecuada; una cultura del trabajo responsable e idónea; una supervisión permanente; una formación apropiada; y un conjunto de medios y equipo de gran calidad.

En unos tiempos en que los gobiernos examinan con sentido crítico el modo de conseguir o mantener el acceso universal a los cuidados de salud y a los servicios de bienestar y, al mismo tiempo, tratan de contener y reducir los costos, es esencial que los políticos recurran a las pruebas que se encuentran disponibles.

Esto requiere que se adopten decisiones informadas mediante un diálogo constructivo con los políticos y los dirigentes de enfermería.

La declaración de política, junto con otras publicaciones sobre asuntos de los recursos humanos, que se plantean en la enfermería y en la atención de salud, pueden encontrarse en la dirección www.icn.ch/pillarsprograms/internationalcentre-for-human-resources-in-nursing-ichrn/. El Conjunto de Instrumentos sobre la Dotación segura de personal del CIE, de 2006, puede descargarse en la dirección www.icn.ch/publications/2006-safe-staffing-saves-lives/.

Nota de la redacción:

Iniciado en 2006 por el CIE y su primera fundación, la Fundación Internacional Florence Nightingale (FNIF), el CIRHE está dedicado a fortalecer los recursos humanos de enfermería en todo el mundo mediante el desarrollo, la constante vigilancia y difusión de información completa, las normas e instrumentos sobre la política general, la gestión, la investigación y la práctica de los recursos humanos de enfermería.

Para obtener más información, póngase en contacto con Lindsey Williamson en: media@icn.ch,Tfno.: +41 22 908 0100; Fax: +41 22 908 0101, www.icn.ch ICN/PR2013 #13

Una mirada a la salud sexual y reproductiva desde el XV Congreso de Enfermería de SOCUBEN

Beatriz Carvallo Suárez - Junta Directiva Nacional ANEC

La Sociedad Cubana de Enfermería, SOCUBEN, realizó su XV Congreso Nacional de Enfermería, en el Palacio de Convenciones de la Habana, del 17 al 21 de junio del presente año, con el tema central: "la salud sexual y reproductiva" En forma paralela se desarrolló el II Simposio de Educación en Enfermería, la II reunión de Redes en Enfermería, la I Reunión Regional, México y el Caribe, de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería, ALADEFE, el IV Simposio de la Red Cubana de Enfermería en Salud Infantil y el I Simposio de la Red Cubana de Enfermería y Seguridad de los pacientes.

Este evento fue presidido por el Ministro de Salud y su equipo de trabajo y contó con la participación de cerca de 500 profesionales de Enfermería, de Cuba, de la región Latinoamericana y de España. El programa del Congreso se desarrolló a través de diferentes modalidades, tales como conferencias magistrales plenarias, foros y talleres realizados en forma paralela, en donde las (os) participantes pudieron presentar sus trabajos, inscritos y seleccionados previamente.

http://www.albertrossell.com/

La Presidenta de SOCUBEN, Idalmis Infante, en uno de los apartes de su discurso de inauguración planteó: "La Salud Pública Cubana cuenta con los recursos para el acceso a los diferentes servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva; educa a las mujeres y a los hombres en la responsabilidad por el cuidado de su salud, mediante modelos más sociales, que desarrollen una cultura en toda la población, lo cual debe constituir para que la enfermería cubana fortalezca las actividades curriculares y extracurriculares, para transformar la salud de nuestras poblaciones".

De otra parte, es necesario señalar que la sede del Comité Ejecutivo de la FEPPEN se encuentra en la ciudad de la Habana, por esta razón fuimos invitadas a participar en este evento la colega Eva Reyes Gómez de México, como ex presidenta de la FEPPEN, y Beatriz Carvallo Suárez, ex miembro de la Junta Directiva del CIE por el período 2005 – 2013, quien estuvo postulada a la Presidencia de este Consejo. En este espacio tuvimos la oportunidad de realizar una reunión con todos los integrantes del Comité Ejecutivo de la Federación, para revisar las perspectivas de desarrollo de esta organización, que representa la enfermería de la región.

Consideramos en esta reunión la necesidad urgente de fortalecer la FEPPEN, en cabeza de su Comité Ejecutivo y de las organizaciones filiales, pues ellas son la esencia de la enfermería de la región. De otra parte, destacamos la presencia de tres colegas de la región elegidas en la nueva Junta Directiva del CIE: Eva Reyes Gómez de México, Elba Olivera de Bolivia y Marlen Calvo de Costa Rica, esperamos que ellas se constituyan en el puente de integración de la enfermería de la región con la enfermería del mundo. Identificamos igualmente la necesidad de integrar a la FEPPEN al trabajo de las organizaciones regionales tales como: ALADEFE, OPS, UNASUR, CELAC, MERCOSUR, entre otros.

Finalmente queremos hacer público reconocimiento a la Junta Directiva de SOCUBEN, por las atenciones que nos brindaron durante nuestra permanencia en la Habana, lo que demuestra una gran fraternidad de la enfermería de la región, igualmente fue otorgada la distinción durante la sesión de clausura de Congreso, a Eva Reyes, por su aporte a la enfermería latinoamericana, durante su gestión en la Presidencia del Comité Ejecutivo de la FEPPEN y a Beatriz Carvallo Suárez, por su contribución al desarrollo de la enfermería de la región, durante su gestión en la Junta Directiva del CIE.

Enfermeras distinguidas durante la Sesión de Clausura del XV Congreso de Enfermería, SOCUBEN

Sesión de Clausura del XV Congreso de Enfermería, SOCUBEN

Primer Panel Latinoamericano

Cuidados de la piel infantil

Fascículo 3

Resumen Preparado por: Evelyne Halpert, MD, MSc. Médica Cirujana, Universidad de Antioquia, Medellín; Dermatología oncológica, Hospital General de México; Médico Dermatólogo, Universidad de Antioquia, Medellín; Dermatología Infantil, Instituto Nacional de Pediatría, México; Magistrada en Epidemiología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Baño, hidratación y área del pañal

Los cuidados con el baño y la hidratación de la piel tanto del bebé a partir de los 30 días como de los niños, así como los factores predisponentes y desencadenantes que provocan la dermatitis de contacto en la región de los pañales, son temas recurrentes en la práctica clínica. En este número, cuatro profesionales de la dermatología pediátrica - las doctoras María Eugenia Abad y Margarita Larralde de Argentina, Evelyne Halpert de Colombia y el doctor Mario Cezar Pires de Brasil - presentan de manera práctica los conocimientos y su experiencia al respecto.

La limpieza de la piel, con prácticas muy diversas y cambiantes en función de la experiencia y de factores culturales, ha sido siempre un aspecto importante de la rutina diaria del cuidado de los niños. Las madres y las abuelas eran consideradas como expertas y los profesionales de la salud tenían un papel secundario.

Básicamente la limpieza de la piel consiste en la remoción de la superficie cutánea de polvo, aceites, células muertas, bacterias, sudor y otros residuos. Su objetivo debe ser preservar la integridad de la piel, minimizando la irritación y manteniendo intacta la función de barrera cutánea, ya que la piel dañada es más susceptible a enfermedades e infecciones.

La barrera cutánea tiene como función principal mantener la homeostasis del medio interno, previniendo la pérdida transepidérmica de agua. La barrera cutánea empieza a formarse en el útero, alcanza su madurez a las 34 semanas de gestación y consigue su desarrollo completo al año de vida, período durante el cual la piel infantil es más susceptible a desarrollar dermatitis de contacto irritativa o alérgica. Algunos factores ambientales, como el uso de productos cosméticos o el clima seco y frio, pueden influir en el desarrollo de la barrera cutánea después del nacimiento del bebé.

Existen ciertos aspectos anatómicos y fisiológicos de la piel infantil que se deben tener en cuenta para su limpieza. Los neonatos nacidos a término tienen la piel 40% a 60% más delgada que la del adulto, y está cubierta por una película lipídica semejante a la del adulto. A las pocas semanas de vida ocurren cambios, con disminución de la secreción de sebo, que es substituido por lípidos de origen celular, como el colesterol. Otro aspecto importante es la relación entre la superficie cutánea y el peso corporal, que es desproporcionado al nacimiento y se va equilibrando a medida que el niño crece. Esto hace que las sustancias aplicadas sobre la piel infantil tengan mayor absorción por kilogramo de peso que en el adulto.

Agentes de limpieza. La función de los agentes de limpieza consiste en interactuar con la suciedad depositada en la superficie de la piel, removiéndola sin producir daños al tegumento. Estos agentes de limpieza se denominan genéricamente jabones. A pesar de que algunas guías recomiendan realizar el baño infantil exclusivamente con agua, hoy se sabe que ella sólo remueve las impurezas hidrosolubles depositadas sobre la superficie cutánea, dejando el resto. Hay estudios que demuestran que el agua, sin otros agentes, remueve sólo el 65% de la suciedad.

El jabón común es un producto del proceso de saponificación secundario a la acción de una sal alcalina (sodio o potasio) sobre los ácidos grasos. Tiene una composición sencilla y un pH entre 9,5-10,0. La alcalinidad generada por su uso en la superficie cutánea puede alterar transitoriamente el pH de la piel. Existe una interrelación entre el pH ácido de la piel y la flora cutánea. Ante un aumento del pH, se produce una variación en la flora bacteriana y un aumento de su cantidad. También distorsiona la actividad de las enzimas epidérmicas que requieren un pH ácido. Los jabones comunes son muy estables y por eso no requieren la inclusión de conservantes. Son económicos y producen una buena limpieza y espuma, pero pueden causar irritación en la piel.

Detergentes sintéticos. Se denominan también syndets, tienen una composición más compleja, pueden ser producidos a un pH determinado, requieren el uso de conservantes y pueden irritar la piel si no se agregan aditivos humectantes en su composición. En los syndets, el pH puede ser acidificado agregándoles ácidos, tales como ácido cítrico. Están disponibles en barra y en forma de jabones líquidos.

Los surfactantes son los agentes de limpieza de los jabones. Actúan en la superficie de la piel, disminuyendo la tensión superficial sobre ésta y removiendo la suciedad de forma emulsionada. Eliminan la suciedad, solubilizándola en micelios que después son removidos por el agua. Pueden producir alcalinidad y dar manifestaciones clínicas, secundarias al daño de los surfactantes sobre la piel, como xerodermia, descamación, tensión, aspereza e irritación cutánea. Esta última se relaciona con el tiempo de exposición, con la concentración y la frecuencia del uso de determinado surfactante, pudiendo dar lugar a la dermatitis de contacto de tipo irritativa.

Recomendaciones para el baño infantil. El baño es una práctica necesaria para mantener la higiene, pero también una experiencia placentera que permite una interacción positiva táctil entre el niño y sus padres o responsables, mejorando el vínculo entre ambos. Aunque algunas culturas prefieran esperar que el muñón umbilical caiga para bañar a los niños, varios estudios demuestran que se pueden bañar de forma segura, inclusive antes de que caiga el muñón umbilical.

La frecuencia del baño está generalmente ligada a la cultura. En nuestro medio el baño infantil normalmente es diario, a diferencia de otras culturas que acostumbran bañar a los niños que aún no gatean, dos a tres veces por semana. Para el baño de niños pequeños se recomienda una duración de 5 a 10 minutos. En niños mayores puede tener mayor duración.

El momento del día más adecuado para bañar a los niños varía entre culturas y grupos familiares distintos, pero hay indicios de que el baño diario por la tarde, antes de acostar al niño para dormir, está relacionado con un efecto tranquilizante, menor tiempo para conciliar el sueño y mejor calidad de éste.

El baño debe hacerse en un lugar seguro. Pueden utilizarse bañeras de plástico, que minimizan los posibles traumas pero tienen mayor riesgo de contaminación bacteriana, o la bañera del baño principal de la casa. Las bañeras, los juguetes, las esponjas y paños están sujetos a contaminación bacteriana o micótica, por lo cual se sugiere que se haga una desinfección periódica.

El baño de inmersión es saludable y relajante, especialmente cuando se realiza antes de que los niños duerman. Al comparar la limpieza de la piel con un paño o esponja versus el baño de inmersión, se percibe que este último presenta algunas ventajas. Los niños quedan más tranquilos y contentos, pierden menos calor y no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la colonización o infección bacteriana de la piel.

Se debe mantener la temperatura del agua semejante a la temperatura corporal, entre 37-37,5°C. La temperatura del ambiente en el cual se baña al niño debe ser moderada, entre 21 y 22°C. La profundidad del agua no debe exceder la altura de la cadera del niño sentado, que generalmente es de 5 cm. Durante el baño, el cuerpo del niño puede ser sumergido en el agua, manteniendo la cabeza y el cuello por fuera de ésta. Eso ayuda a controlar la temperatura corporal y disminuye la pérdida de calor por evaporación. Como alternativa, el baño se puede hacer con el bebé sentado y, con la ayuda de un paño o esponja, mojar con agua el cuerpo del niño para mantener la temperatura estable.

Los agentes de limpieza que contienen detergentes sintéticos (syndets) con pH neutro o ácido cercano al fisiológico, especialmente aquellos que contienen humectantes o emolientes, son adecuados para el uso en niños ya que no remueven la película lipídica y tampoco alteran el manto ácido de la piel. Deben aplicarse suavemente con la mano, directamente sobre la piel, y removidos después con agua, sin friccionar la superficie cutánea. Las características que debe presentar un agente de limpieza ideal para la edad pediátrica son:

1. Tener en su composición un surfactante suave;
2. No debe alterar el pH ni producir irritación de la piel o en los ojos;
3. Ser química y físicamente estable;
4. No contener perfumes o colorantes alergénicos; y
5. Contener emolientes en su fórmula. El uso de champú en los niños varía de acuerdo con las preferencias individuales y culturales. No se recomienda en el período neonatal, pero puede ser utilizado en niños mayores.

Al finalizar el baño, el niño se debe cubrir inmediatamente con una toalla seca y suave, el cuerpo se debe secar con toques suaves sin friccionar la piel hasta conseguir secar completamente del tegumento. Teniendo en cuenta que los niños pequeños pueden presentar una caída importante de la temperatura al finalizar el baño, deben vestirse rápidamente. Si el niño presenta xerosis o descamación cutánea, se deben aplicar emolientes inmediatamente después del baño.

El baño en los niños con dermatitis atópica. Los baños deben ser cortos, utilizando un agente de limpieza suave que contenga emolientes en su fórmula. Inmediatamente después de secar suavemente la piel, se debe aplicar un emoliente.

A los niños con dermatitis atópica impetiginizada o con lesiones muy exudativas, se les pueden dar baños antisépticos con permanganato de potasio de baja concentración (1/40.000), clorhexidina (5/1.000-5/10.000) o baños con una solución de 120 ml de hipoclorito de sodio al 6%, diluida en una bañera con agua.

Hidratación: protección de la piel del bebé y del niño

La piel es nuestro mayor órgano, ejerciendo una protección física contra agresiones externas, de las irradiaciones UV y del estrés oxidativo, además de otras funciones fisiopatológicas. Por eso la hidratación cutánea es un asunto que merece particular atención. La palabra hidratante es amplia y se refiere a cualquier producto que mejore o mantenga la hidratación cutánea. Los humectantes se incluyen en los hidratantes y, por definición, adicionan agua a la piel. Actúan de dos maneras: atrayendo agua de la dermis para la epidermis, o mediante el agua presente en el medio ambiente. Sin embargo, este último mecanismo sólo funciona si la humedad del aire está por encima del 65%. Otro concepto recientemente introducido es el de los restauradores de la barrera cutánea. Son productos con diferentes composiciones que ayudan a la restauración de la barrera o reponen componentes ausentes o perdidos.

Los niños con piel seca o con tendencia a la piel seca deben hidratarse permanentemente después del baño, recibir baños cortos con agua tibia y no caliente y evitar el uso de químicos que alteren la barrera cutánea. Las cremas humectantes no deben contener fragancias ni sustancias químicas que puedan producir dermatitis de contacto.

Cuidados de la piel del área del pañal. La piel de los lactantes en la región del pañal merece una atención especial ya que se encuentra expuesta a múltiples factores que pueden alterar su integridad, además de que está más predispuesta que la del adulto a desarrollar ciertas enfermedades, tales como la dermatitis atópica y la dermatitis de contacto.

Existen múltiples factores que pueden alterar la integridad de la piel en la región del pañal, causando inflamación y predisponiendo al desarrollo de infecciones secundarias.

Dermatitis de contacto en la región del pañal. Es la patología más frecuente del bebé por la exposición permanente a heces y orina. En su patogenia están involucrados numerosos factores, unos predisponentes y otros desencadenantes.

Factores Predisponentes	Factores Desencadenantes
Susceptibilidad de la piel del niño relacionada con las condiciones de la barrera cutánea	Maceración de la piel
Humedad	Fricción por movimientos
Menor secreción sebácea y sudorípara	Alteraciones del pH, en especial hacia un pH básico
Cambios en la flora microbiana	Oclusión
Predisposición atópica	

Factores Irritantes, en especial las lipasas y proteasas de las heces estimuladas por su mezcla con la orina. También tienen importancia el jabón, las lociones, aceites, polvos, ungüentos, látex, plástico, detergentes de pañales de tela, etc.

Ver fascículo completo en la página http://www.anec.org.co

La ANEC participa en el Primer Encuentro Distrital por el Nacimiento Humanizado

Ángela María Sosa - ANEC Seccional Cundinamarca

El pasado 2 de agosto de 2013, se realizó en las en las instalaciones del Jardín Botánico de la ciudad de Bogotá el Primer Encuentro Distrital sobre Nacimiento Humanizado, evento que congregó a representantes de todos los hospitales públicos de la ciudad y a unas 100 madres gestantes y lactantes. Esta actividad tuvo un importante significado y valoración por las familias que participaron en este proceso. Este Encuentro estuvo liderado por la Secretaria de Integración Social, Salud y Mujer de la Secretaría Distrital de Salud y contó con la participación de múltiples actores interesados en el tema, un de ellos, la ANEC.

Como organización Profesional de Enfermería comprometida con el mejoramiento de la atención con calidad y calidez para las mujeres y sus familias en el proceso reproductivo, aprobó la expedición de la Resolución N° 005 del 29 de Julio de 2013 de la Junta Directiva Nacional de la ANEC, para el fortalecimiento de las acciones de promoción, institucional y asistencial, orientadas por los fines establecidos en sus Estatutos de participar en la definición de políticas para la prestación de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención y de colaborar en este sentido con organizaciones del sector salud.

En cumplimiento de esta decisión la ANEC, incorporará en su Plan de Acción actividades que fortalezcan el compromiso en la disminución de la mortalidad materna, en la promoción de la salud sexual y reproductiva de la mujer; apoyando los lineamientos para la atención institucional e implementación del Nacimiento Humanizado, en los diferentes niveles de atención, en un marco de derechos, y contribuir de esta manera en la modificación de la denominación de parto por el de nacimiento humanizado, mediante la difusión de la iniciativa a través de los diferentes medios de información y difusión de la ANEC.

La ANEC hace un llamado a las enfermeras a comprometerse con el cumplimiento de la normatividad legal sobre promoción y prevención de la salud materna, especialmente las consagradas en el Decreto No. 26630 de 1950 del Código Sustantivo del Trabajo, Capitulo V. Protección a la Maternidad y Protección de Menores artículo: 236, 237 238,239 y del Convenio C- 183 de la OIT, sobre protección de la Maternidad del año 2000.

Finalmente compartimos la reflexión que se construyó a partir del inter-cambio de saberes que se dio en este evento, donde se concluye: "la forma como tratamos a las mujeres y sus familias en el proceso del parto y nacimiento, marcará la diferencia entre una experiencia digna, humana y feliz, o una experiencia que vulnera la posibilidad de las mujeres y los hombres de tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo y su vida, en los campos de la sexualidad y la reproducción".

Enfermería disciplina social y profesión liberal

Cecilia Vargas González - Junta Directiva Nacional ANEC

Reseña del documento

En representación de la profesión de Enfermería, las Organizaciones Nacionales ANEC; ACOFAEN, CTNE y el TNEE, han establecido un equipo de trabajo con representantes de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, convocados por la Academia Nacional de Medicina, en su calidad de asesor permanente en materia de Recursos Humanos ante el Consejo Nacional de Talento Humano (CNTHS), de acuerdo con la Ley 1164 de 2007.

Desde el año 2009 se conformó un Grupo Interinstitucional para la revisión y elaboración de propuestas de perfiles y competencias profesionales básicas en salud: Medicina, Odontología, Enfermería, Fisioterapia, Fonoaudiología, Nutrición y Dietética, Instrumentación Quirúrgica, Química Farmacéutica, Bacteriología, Trabajo Social y Psicología. Igualmente se vinculó a este grupo el Ministerio de Educación Nacional, la Sala de Salud de CONACES y el ICFES, entre otras razones porque en estas instancias se comparten discusiones sobre el tema.

El Grupo de trabajo de Enfermería, conformado por las enfermeras Cecilia Vargas, miembro de la Junta Directiva Nacional de ANEC, Alba Lucía Ramírez, Seccional Cundinamarca; Aurora Rincón de la Asociación de Facultades de Enfermería, ACOFAEN, Luis Ricardo Bonilla, Presidente del Consejo Técnico Nacional de Enfermería, CTNE, Ángela Lopera Presidenta del Tribunal Nacional Ético de Enfermería y Beatriz Suárez, miembro asociado de la Academia Nacional de Medicina, quién por consenso, fue designada como Coordinadora del grupo.

Como resultado de esta construcción colectiva hoy se presenta a consideración a la comunidad profesional de la Enfermería Colombiana el documento: "Enfermería Disciplina Social y Profesión Liberal", que parte de la revisión y análisis de la situación actual de la Profesión en cuanto a la formación y el ejercicio profesional en el contexto del Sistema de Salud y Seguridad Social. Este documento recoge en sus 34 páginas, aspectos que van desde lo disciplinar abordando el enfoque social y liberal de la Profesión en un marco de derechos, el cuidado como bien esencial para la vida, la salud de los ciudadanos y desde allí se aproxima a los elementos que caracterizan el perfil y las competencias profesionales circunscritas a la legislación vigente de la profesión: Las Leyes 266 de 1996 y 911 de 2004.

A continuación transcribimos apartes del documento sobre los perfiles y competencias profesionales de las enfermeras.

Perfil profesional: elementos que lo caracterizan

Las características académicas y personales de las profesionales de Enfermería y la calidad del cuidado que prestan, determinan el logro de las metas de tratamiento de las personas atendidas; como lo demuestran los estudios de Aiken, Shekelle y You Li Ming, entre otros.

Las profesionales de enfermería se caracterizan por:

- Su concepción integral de los sujetos de cuidado: comprendiendo a éstos como sistemas abiertos en constante evolución, que se inter-relacionan en distintos contextos sociales, desde su naturaleza material y genética, capacidad de auto-determinarse y desarrollar sus propios procesos cognitivos, creativos, afectuosos, emocionales, sensitivos, espirituales, valores e intenciones que dan lugar a su diversidad e individualidad, construyéndose con su historia, herencia, cultura, socialización y organización, para ser ellos mismos.
- Su proyección de nuevos escenarios de desarrollo de la salud: el cuidado de enfermería, como forma de interacción con los sujetos de cuidado, permite el goce de otras libertades sustantivas, necesarias para expandir las capacidades y potencialidades de los seres humanos, en cualquier estado de salud-enfermedad.
- Su capacidad de abogar por el respeto a los derechos de los seres humanos: históricamente la enfermería se ha abrogado esta agencia dentro de las instituciones de la salud, especialmente en la

defensa de quienes pertenecen a grupos vulnerables y están limitados en el ejercicio de su autonomía.

- Su capacidad de actuar con sentido crítico, sensibilidad humana y ética: valores que desarrolla en su formación, enfocando su acción hacia el empoderamiento conjunto con los sujetos de cuidado, ejerciendo siempre en el marco del respeto por su orden profesional.
- Su capacidad de gestión y liderazgo: la capacidad de articulación en su ejercicio profesional de los procesos de enfermería, administrativo, pedagógico, epidemiológico, investigativo y de comunicación, garantiza a las profesionales de enfermería su liderazgo en la gestión institucional, de procesos, programas y políticas en cumplimiento de sus competencias profesionales.

Concepción de las competencias profesionales

En particular, para la concepción y ejercicio de las competencias, son muy importantes las distintas declaraciones y recomendaciones que sobre la regulación de Enfermería, principios y objetivos de las competencias ha dado el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), años 1994, 1996, sobre la necesidad de que sean concebidas con base en el propósito fundamental de la profesión, resaltando en ellas la proyección de Enfermería en contextos globales y generales, constituyendo, en sí mismas, nuevos retos y oportunidades en la búsqueda de un presente y un mañana diferentes.

Igualmente, para la construcción y desarrollo de las competencias de los profesionales de Enfermería en Colombia, la Asociación Canadiense de Enfermeras (CNA), desde el Proyecto Colaborativo en convenio con la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) 1994-1997, recomendó pensarlas más allá de los confines de la profesión. Es decir, trascender con ellas en el campo de dominio de la disciplina social.

Así su concepción y contenido, buscan y enfatizan el liderazgo de enfermería y desarrollan el proceso de autorregulación profesional, la calidad de los cuidados y la ética de su desempeño, recogiendo y visibilizando la historia y posicionamiento de las profesionales de Enfermería, como gestoras del cuidado, de dirección de los servicios de salud; el trabajo comunitario y con grupos poblacionales vulnerables. Igualmente, su importancia también radica en que constituyen un medio para reconocer el papel de las enfermeras y la proyección de la enfermería colombiana en un futuro próximo.

Con estas y otras consideraciones, la profesión concibe las competencias profesionales de enfermería, no como un concepto terminado, sino como la construcción de una categoría en proyección, lo cual implica demostrar el poder que tiene la profesional de enfermería de interactuar en situaciones sociales, individuales y colectivas, o donde se requiera impulsar, fortalecer, promover, apoyar y preservar el cuidado de la vida y de la salud de las personas, la familia, la comunidad y su entorno.

El trabajo se asumió de tal manera que pudiera tener incidencia en los distintos actores a quienes va dirigido: Gobierno Nacional y Regional, organizaciones de Enfermería, enfermeras(os), y usuarios. Sin embargo, somos conscientes que las ideas aquí planteadas conllevan dificultades porque exigen, por una parte, esfuerzo, reflexión y crítica y por otra, compromiso con el desarrollo de la disciplina y la profesión, requiriendo especialmente del gobierno, voluntad política para el reconocimiento, respaldo y concreción de los asuntos del cuidado y la Enfermería.

Conocer, reducir y eliminar las desigualdades que se presentan en la situación actual de Enfermería, debe constituir un objetivo clave de la política pública de talento humano en salud, por lo menos por tres razones fundamentales:

- Para hacer visible el compromiso frente al derecho fundamental del cuidado de la vida y la salud, bien esencial y paradigma de un mundo más humano.
- Porque el grave y persistente deterioro de las condiciones laborales y de desarrollo que no permiten el real desempeño de las competencias de las profesionales de enfermería, son diferencias injustas que se pueden evitar.
- Porque el reconocimiento del perfil, carácter y competencias de las profesionales de Enfermería constituyen un indicador crucial de justicia social, de calidad de los servicios de salud, de calidad de vida y desarrollo social.

Con relación a la perspectiva futura en la formación de profesionales de Enfermería se considera que se deben incluir y fortalecer en los currículos los siguientes aspectos:

- Educación sólida en ciencia y participación política
- Fuerte sustentación teórica de la disciplina, haciendo énfasis en su aspecto social
- Compromiso real en cuanto a conocimientos y experiencias con el cuidado de Enfermería a la familia.
- Propiciar espacios para la creatividad y la innovación.
- Conocimientos teóricos y prácticos sobre la conservación de los recursos naturales y del ambiente
- Para los niveles de postgrado, INVESTIGACION que propicie el desarrollo de modelos propios de cuidado de enfermería aplicables a la realidad de nuestro medio.

Este documento apunta a encontrar soluciones políticas que puedan ayudar a reducir la problemática de la Profesión. En ese sentido se sitúa como referente y coadyuvante de otros documentos oficiales de la última década, y quizá por ello es comparable con la importancia que tienen documentos como los expedidos por el Consejo Técnico Nacional de Enfermería (CTNE): "Documento síntesis priorización de la problemática de la profesión de Enfermería en Colombia de Julio 2009 y la "Declaración sobre el deterioro de las condiciones laborales de la profesional de Enfermería en Colombia de Mayo 2010", esta última suscrita por el Gobierno Nacional. La Enfermería colombiana se encuentra en espera de su respuesta.

Nota:

El texto completo del documento se encuentra disponible para consulta en el sitio Web de la ANEC: www. anec.org.co

La Ley 1616 de 2013, de salud mental

Esperanza Morales C. - Junta Directiva Nacional ANEC

El pasado 21 de enero del presente año, el Presidente de la República, Juan Manuel Santos sancionó la Ley 1616 de Salud Mental, presentada y consultada por la Representante Alba Luz Pinilla, del Polo Democrático Alternativo, quién se inspiró en su historia de vida familiar matizándola con su compromiso de aproximar el derecho a la atención oportuna y digna, bajo los preceptos positivos de salud mental, salud integral y de Atención Primaria en Salud, para intentar dar respuesta a las necesidades y demandas de la población en éste ámbito, atendiendo a quienes padecen algún tipo de trastorno, como de quienes aún no lo tienen.

Datos de interés:

Las cifras de la Organización Mundial de la Salud señalan, que una de cada cuatro personas ha sufrido alguna clase de trastorno mental o neurológico en algún momento de su vida y particularmente en Colombia, con base en el último Estudio Nacional de Salud Mental, se muestra que los trastornos de ansiedad son los de mayor prevalencia dentro de la población general, con cifras que alcanzan el 19.3% y de otra parte, se indica que dos de cada cinco personas han presentado trastornos mentales en algún momento de su vida.

La enfermería organizada participa en el proceso de reglamentación de esta Ley:

Entendida la importancia del tema por la comunidad profesional de Enfermería, la ANEC participó en un inicio en la construcción de la Ley 1616 y hoy ha entrado a integrar los siguientes grupos de trabajo: Reglamentación del Consejo Nacional de Salud Mental, instancia responsable de realizar el seguimiento y evaluación a las disposiciones consignadas en la Ley 1566 de 2012, en la Ley 1616 de 2013, en la formulación de la Política Nacional de Salud Mental y en la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicotrópicas.

Las mesas de trabajo se instalaron desde el mes de abril de 2013 y a la fecha las representantes de la ANEC, Esperanza Morales, Maritza Barroso y Magda Córdoba, han estado aportando en la elaboración de la propuesta del Acto Administrativo para la designación de los representantes del Consejo Nacional de Salud Mental, CNSM y en la formulación de las funciones de la Secretaria Técnica de este Organismo, que será ejercida por la Dirección de Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social.

El pasado 23 de agosto se realizó una revisión de los avances de este equipo, con el Director del Grupo de Salud Mental del Ministerio, recogiendo inquietudes y dejando algunas propuestas relacionadas con la necesidad de:

Ampliar y cualificar la participación ciudadana, a nivel local, regional y nacional, a través de las siguientes estrategias:

- Crear una biblioteca virtual especializada en la Web del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Establecer un espacio virtual para consulta ciudadana sobre los productos disponibles.
- Edición de un boletín virtual para registrar los avances del proceso.

Explorar Recursos Tecnológicos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Utilizar la Plataforma en la Web del Ministerio de Salud y Protección Social y aplicar en los procesos de selección de los miembros del Consejo Nacional de Salud Mental, CNSM.

Vincularse al trabajo que viene realizando la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN, sobre las modalidades y servicios para la atención integral e integrada en salud mental.

Nos queda pendiente un trabajo posterior relacionado con el desarrollo del Capítulo de la Ley, sobre la Promoción de la Salud Mental, la prevención del trastorno mental en el ámbito laboral y las responsabilidades de las Administradoras de Riesgos Laborales, relacionadas con este tema.

La pandemia oculta de las enfermedades profesionales

Apartes de la Publicación de la OIT: Día mundial de la Seguridad y la Salud en el trabajo. Abril 28 de 2013.

Las enfermedades profesionales son causa de enormes sufrimientos y pérdidas en el mundo del trabajo, pero permanecen prácticamente invisibles frente a los accidentes laborales, aunque provoquen al año un número de muertes seis veces mayor. Además, su naturaleza está cambiando con gran rapidez: las transformaciones tecnológicas y sociales, junto a las condiciones económicas, están agravando los peligros existentes en la salud y creando nuevas enfermedades profesionales de sobra conocidas, como la neumoconiosis, siguen estando muy extendidas, al tiempo que enfermedades profesionales relativamente nuevas, como los trastornos mentales y musculoesqueléticos (TME), van en aumento.

Si bien se ha avanzado mucho en el modo de abordar los retos que plantean las enfermedades profesionales, existe la necesidad apremiante de fortalecer la capacidad para su prevención en el marco de los sistemas nacionales de seguridad y salud en el trabajo. Con el esfuerzo conjunto de los gobiernos y de las organizaciones de empleadores y de trabajadores, la lucha contra esta pandemia tendrá que ocupar un lugar destacado en los nuevos programas mundiales y nacionales sobre seguridad y salud. El presente informe sobre el Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo expone en líneas generales la situación actual en relación con las enfermedades profesionales y presenta propuestas para abordar el grave déficit de trabajo decente que representa .

Qué es una enfermedad profesional?

Es aquella que se contrae como resultado de la exposición a algún factor de riesgo relacionado con el trabajo. El reconocimiento del origen laboral de una enfermedad, a nivel individual, requiere que se establezca la relación causal entre la enfermedad y la exposición del trabajador a determinados agentes peligrosos en el lugar de trabajo. Esta relación suele establecerse sobre la base de datos clínicos y patológicos, historial profesional (anamnesis) y análisis del trabajo, identificación y evaluación de los riesgos del trabajo, así como de la comprobación de la exposición. Cuando se diagnostica clínicamente una enfermedad y se establece dicha relación causal, se considera entonces como enfermedad profesional.

La pandemia oculta: panorama mundial

Se calcula que cada año 2,34 millones de personas mueren de accidentes o enfermedades relacionados con el trabajo. De todas ellas, la gran mayoría -alrededor de 2,02 millones- fallecen a causa de una de las muchas enfermedades profesionales que existen. De las 6.300 muertes diarias que se calcula están relacionadas con el trabajo, 5.500 son consecuencia de distintos tipos de enfermedades profesionales. La OIT calcula que cada año se producen 160 millones de casos de enfermedades no mortales relacionadas con el trabajo.

Número total de muertes: 2,34 millones

Los tipos y las tendencias de las enfermedades mencionadas varían considerablemente. China, por ejemplo, notificó que en 2010 se habían registrado en el país un total de 27.240 casos de enfermedades profesionales, incluidas 23.812 provocadas por exposición a partículas de polvo en el lugar de trabajo. En el mismo año, la Argentina informó de que se habían registrado en el país 22.013 casos de enfermedades profesionales, siendo los trastornos musculoesqueléticos (TME) y las patologías respiratorias las más frecuentes En 2011, el Japón notificó un total de 7.779 casos de enfermedades profesionales, relacionadas principalmente con trastornos de la región lumbar y neumoconiosis. En el mismo año se registraron indemnizaciones en 325 casos de trastornos mentales

En el Reino Unido, en 2011 se pagaron indemnizaciones en un total de 5.920 casos de enfermedades profesionales, entre las que predominaban la neumoconiosis, el mesotelioma difuso y la osteoartritis. La Oficina de Estadísticas del Trabajo de los Estados Unidos informó de que en 2011, 207.500 trabajadores sufrieron enfermedades profesionales no mortales; las enfermedades de la piel, la pérdida de audición inducida por el ruido y las patologías respiratorias fueron los tres trastornos de salud más frecuentes.

Riesgos emergentes y nuevos desafíos

Los cambios tecnológicos, sociales y organizativos registrados en los lugares de trabajo como consecuencia de la rápida mundialización que vivimos conllevan riesgos emergentes y nuevos desafíos. Aunque algunos de los riesgos tradicionales han disminuido gracias a la mayor seguridad, a los adelantos técnicos y a la mejor reglamentación existentes, siguen afectando gravemente a la salud de los trabajadores. Paralelamente, está registrándose un aumento de los nuevos tipos de enfermedades profesionales sin que se apliquen medidas de prevención, protección y control adecuadas. Por ejemplo, las nuevas tecnologías como las nanotecnologías y determinadas biotecnologías comportan riesgos nuevos no identificados en el lugar de trabajo. Entre los riesgos emergentes se incluyen las condiciones ergonómicas deficientes, la exposición a radiación electromagnética y los riesgos psicosociales.

Trastornos musculoesqueléticos y mentales

En los 27 Estados miembros de la UE, los trastornos musculo-esqueléticos (TME) son las alteraciones relacionados con el trabajos más comunes. Los TME, incluido el síndrome del túnel carpiano, representaron el 59 por ciento de todas las enfermedades profesionales reconocidas que abarcaban las Estadísticas Europeas sobre Enfermedades Profesionales en 2005. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que, en 2009, más del 10 por ciento de todos los años perdidos por discapacidad correspondían a casos de TME. En la República de Corea del Sur, los TME aumentaron drásticamente de los 1.634 casos registrados en 2001 a los 5.502 de 2010. En el Reino Unido, en el período 2011-2012 los TME representaron alrededor del 40 por ciento de todos los casos notificados de enfermedades relacionadas con el trabajo.

El estrés laboral y sus consecuencias para la salud se han convertido en una gran preocupación. Las empresas se enfrentan cada vez más al acoso psicológico, al hostigamiento (mobbing), al acoso moral (bullying), al acoso sexual, así como a otras formas de violencia. Para poder hacer frente al estrés, los trabajadores adoptan en ocasiones comportamientos poco sanos, como el abuso de alcohol o el consumo de drogas. Se han encontrado vínculos que relacionan el estrés con las patologías musculoesqueléticas, cardíacas o digestivas. Si se prolonga, este tipo de estrés puede provocar graves trastornos cardiovasculares. Además, la crisis económica y la recesión han llevado a un aumento del estrés, la ansiedad, la depresión y otros trastornos mentales relacionados con el trabajo, provocando incluso, en algunos casos, el suicidio.

Costos de las enfermedades profesionales y relacionadas con el trabajo

Las enfermedades profesionales también conllevan un costo considerable. Pueden empobrecer a los trabajadores y a sus familias, reducir la productividad y la capacidad de trabajo y aumentar drásticamente los gastos en atención de salud. La OIT calcula que los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales conllevan una pérdida anual del 4% del producto interior bruto (PIB) en el mundo, o lo que es lo mismo: de 2,8 billones de dólares estadounidenses,15 en costos directos e indirectos. Se calcula que en la Unión Europea el costo de las enfermedades relacionadas con el trabajo asciende, como mínimo, a 145.000 millones de euros al año.

El Gobierno de Francia calcula que las indemnizaciones por enfermedades relacionadas con el asbesto correspondientes al período 2001-2020 será de entre 27.000 y 37.000 millones de euros, es decir, de entre 1.300 y 1.900 millones de euros al año. En los Estados Unidos, las compañías de seguros registraron pagos por valor de 21.600 millones dólares por casos de exposición al asbesto durante el período 1990-2000, además de los 32.000 millones de dólares pagados por las empresas demandadas. En la República de Corea, el costo económico total de los TME en 2011 fue de 6.890 millones de dólares estadounidenses, un 0,7 por ciento del producto interior bruto. Se calcula que los TME cuestan más de 4.710 millones de dólares estadounidenses al año al sistema de atención de salud de Nueva Zelandia y alrededor de una cuarta parte del total de los costos anuales de salud.

Pliego Nacional Unificado de La Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud - ANSA

Los siguientes son los puntos del Pliego Unificado que la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA) presenta al gobierno nacional para que se garantice el derecho humano y fundamental a la salud de toda la población colombiana con énfasis en la inclusión de las poblaciones marginadas de las zonas urbanas y rurales, indígenas y afro descendientes, la erradicación del enfoque de mercado del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, y la garantía de condiciones dignas de empleo y trabajo de todos los trabajadores de la salud de Colombia.

CAPÍTULO PRIMERO

GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD QUE SE ERRADIQUE EL PASEO DE LA MUERTE.

1. El estado colombiano garantizará plenamente el derecho fundamental a la salud a toda la población colombiana de manera autónoma, sin condicionarlo a la capacidad de pago ni restringirlo a un plan de beneficios. Para tal fin se tendrán en cuenta los siguientes elementos:

http://concienciaciudadana.org/category/comunicados/

a) No más SISBEN ni clasificaciones socioeconómicas para acceder al servicio. Habrá un solo sistema de salud para todos los colombianos.

b) Garantizar cobertura universal del sistema de salud, acceso a los servicios de acuerdo a la necesidad y atención con igual calidad, integral y sin barreras de acceso administrativas, geográficas, económicas o culturales (no más negación de servicios, no más copagos ni pagos de cuotas moderadoras o de recuperación).

c) Participación ciudadana y comunitaria vinculante en todas las decisiones que afectan la salud de los colombianos.

2. Eliminar la sostenibilidad fiscal como criterio para delimitar y garantizar el derecho a la salud.

3. Desarrollar un sistema público de salud fundamentado en los valores y principios de la Atención Primaria Integral en Salud, el derecho fundamental a la salud y la seguridad social como derechos ciudadanos.

4. Eliminar todas las barreras que impiden el acceso a la Acción de Tutela como mecanismo constitucional para garantizar la exigibilidad y el cumplimiento del Derecho a la Salud, en particular, las barreras administrativas que obstaculizan que el paciente al que le niegan servicios de salud acceda de manera expedita a la tutela como mecanismo supletorio.

5. Para garantizar el acceso a los medicamentos que realmente necesita la población, y para hacer financieramente sostenible el sistema de salud, el gobierno se compromete a establecer topes y controles a los precios de los medicamentos en

toda la cadena de producción y comercialización y a garantizar la participación ciudadana autónoma en la comisión nacional de control de medicamentos.

6. Eliminar las empresas intermediadoras en la administración de los recursos de la salud y en la prestación del servicio de salud. (EPS o Gestores). Igualmente, eliminará toda práctica de integración vertical y corporativa entre administradores y proveedores de servicios de salud.

7. Garantizar que los recursos de la seguridad social sean administrados por entidades públicas, con destinación específica para la salud, pensiones y riesgos profesionales, manteniendo siempre su carácter de recursos fiscales y parafiscales. Igualmente, que cese de manera inmediata la utilización y apropiación privada de los recursos públicos con destinación específica para la salud y los riesgos laborales por parte de las EPS y de las ARL, y que el gobierno nacional dé inicio a todas las acciones de restitución de los dineros públicos indebidamente utilizados y apropiados por las EPS y las ARL.

8. El Estado garantizará el acceso a la alimentación, al agua potable, al saneamiento básico, al trabajo, a la vivienda y al transporte, así como un ambiente saludable, como condiciones básicas que determinan la salud y el buen vivir de los pueblos que integran la nación colombiana.

9. El gobierno se compromete a promover ante el Congreso de la República una reforma tributaria progresiva, es decir, que grave proporcionalmente más a los dueños del capital, que permita al Estado colombiano disponer de los recursos necesarios para garantizar el derecho humano fundamental a la salud.

10. El gobierno se compromete a garantizar que los recursos de la salud y de la seguridad social tengan como destinación específica la garantía de estos derechos sociales y su uso equitativo y eficiente con base en las necesidades de las poblaciones y de los territorios. Igualmente, se compromete a reasignar en el sistema de salud y en los otros sectores que contribuyen a la salud de las poblaciones los recursos hoy gastados por el Estado en función de la guerra.

CAPÍTULO SEGUNDO

DEFENSA DE LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA

11. Pago inmediato de la deuda contraída con los hospitales públicos y privados por parte de las EPS y las entidades territoriales. Ante la insolvencia de muchas EPS para pagar estas deudas, el gobierno debe repetir contra el patrimonio de los socios y accionistas que malversaron los fondos públicos e iniciar las acciones punitivas que correspondan.

12. Fortalecimiento científico, tecnológico, organizacional y de la infraestructura de la red pública hospitalaria financiada por el Estado. En particular, el gobierno se compromete a superar de forma inmediata la falta de oferta pública de servicios de salud de calidad necesarios a nivel rural y en las zonas marginadas de las ciudades.

13. El gobierno terminará con la práctica de arrendamiento al sector privado de los servicios rentables de los hospitales públicos, de manera que se integre orgánica y funcionalmente el hospital como una unidad administrativa, financiera y proveedora de carácter exclusivamente público, destinada a atender las necesidades esenciales de la población.

14. Garantizar que el valor de las nóminas y de las plantas de personal de la red pública de hospitales sean asumidas directamente por el Gobierno Nacional.

15. El Estado garantizará cobertura universal y atención en salud accesible, integral, de calidad y con enfoque intercultural y diferencial a todo el pueblo colombiano y, en especial, a las comunidades campesinas, afrodescendientes e indígenas.

CAPÍTULO TERCERO

PROTECCIÓN DEL TRABAJO DIGNO Y FORMAL

16. Garantizar la autonomía de la práctica del personal sanitario en su ejercicio profesional.

17. Garantizar el vínculo laboral para el sector público y privado con estabilidad y demás garantías de negociación y contratación colectiva y libertades sindicales, en igualdad de condiciones y con aplicación de los principios del artículo 53 de la Constitución Política.

18. Garantizar condiciones de trabajo dignas para todos los trabajadores y trabajadoras de la salud

19. Garantizar el acceso de la población, sin diferencias por condiciones socioeconómicas, territoriales o culturales, a los centros e instituciones de formación y entrenamiento en las profesiones y oficios de salud y actividades relacionadas.

20. Garantizar la educación y formación continua en todas las profesiones y oficios relacionados con la salud a cargo de recursos con destinación específica del sistema de salud, previa definición de esas necesidades por parte de los territorios de salud. La educación continua podrá contar con el concurso de los gremios, asociaciones, entidades educativas y sindicatos de trabajadores de la salud.

21. Integrar con plenas garantías laborales al sector público y privado, a la mujer y al personal civil de las fuerzas militares.

CAPÍTULO CUARTO

DEFINICIONES ESTRATÉGICAS

22. Se conformará una Mesa Nacional Permanente entre el Gobierno Nacional, las organizaciones sociales, sindicales, asociaciones de pacientes y de usuarios que tendrá la misión de formular el contenido de las políticas iniciativas a ser incluidas en una nueva Ley de salud que recoja los elementos acordados de este Pliego Unificado y trabaja en su reglamentación futura.

COMISIÓN POLÍTICA DE LA ALIANZA NACIONAL POR UN NUEVO MODELO DE SALUD

Respaldan:

1. UNETE ASSESALUD
2. ADAE-UNETE
3. SINTRASALUDCOL
4. Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC.
5. Marcha Patriótica
6. Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud y Seguridad Social, ANTHOC
7. Coalición de Movimientos y Organizaciones Sociales de Colombia - COMOSOC
8. SINALTRAESES
9. SINTRAHOSMIC
10. Asociación Colombiana de Médicos Generales
11. Unidad Social
12. Asmedas Antioquia
13. Federación Médica Colombiana
14. Fuerza Común
15. Congreso de los Pueblos
16. Movimiento Nacional de la Salud y la Seguridad Social - MNSSS
17. Confederación de Trabajadores de Colombia - CTC
18. Confederación General del Trabajo - CGT
19. Central Unitaria de Trabajadores, CUT
20. Sindess
21. ADAE-UNETE
22. Coordinación Nacional de Movimientos y Organizaciones Sociales y Políticas de Colombia.
23. ASRADIOPERADORES
24. Consolidado Conciencia Colectiva-3C
25. I.S.P.
26. UTRADEC
27. Femacer
28. Suceltras
29. Mesa de Mujeres y Economía CSR
30. Centro Popular para América Latina de Comunicación, CEPALC
31. Asociación Colectivo Ecuménico de Biblistas - CEDEBI
32. Campaña Nacional Octava Papeleta por la salud.
33. Movimiento Franciscano por la Paz - MOFRAPAZ, Antioquia
34. Mesa Ecuménica por la Paz - MEP Antioquia
35. Coordinación de Movimientos y Organizaciones Sociales de Antioquia
36. Asociación de Trabajadores Informales - Asoinformal
37. Asociación Cambiemos
38. Periódico Periferia
39. Grupo Guillermo Fergusson
40. Sindicato de Trabajadores del Hospital Universitario Clínica San Rafael - ASINTRAF
41. Asociación Civil Mujeres en el Tercer Milenio
42. ENTREREDES
43. ASOVIDA
44. Asodesplazados
45. Federación Mixta de Pensionados de Antioquia - FEMPA
46. Confederación de Pensionados de Colombia
47. Anthoc Valle
48. Octava Papeleta Cali 2ª Fase
49. ASSESALUD
50. Asociación Colombiana de Fisioterapia - ASCOFI
52. Mesa Intersectorial de Antioquia por la Salud - MIAS
53. ASMETROSALUD
54. ASUDESA
55. FUNDAYAMA
56. FEMPA
57. Comosoc Antioquia
58. Organización Colombiana de Pensionados - OCP
59. CIOSO Medellín
60. COPACO Comuna 11 Medellín
61. MAREA- Mane Antioquia
62. Veeduría Ciudadana a la salud Antioquia
63. Martes por la Salud – Antioquia.
64. Escuela Popular en Salud
65. Escuela NEPO
66. ASOPRUDEA Medellín
67. Huellas Africanas
68. Movimiento Franciscano por la Paz - Mofrapaz Nacional CRUP
69 Mesa Ecuménica por la Paz Nacional - MEP
70. Equipo Plano Sur.
71. Sindicato de Médicos y Odontólogos de Bogotá D.C.
72. SINTRASALUD DC
73. Fundación Feconvida FIQUI
74. Fundación Nueva República
75. Asociación Salud al Derecho.
76. Movimiento Cívico Conciencia Ciudadana.
77. Movimiento por la Salud de los Pueblos.
78. Hermanitas de la Asunción.
79. Comisión de Justicia, Solidaridad y Paz de la Conferencia de Religiosos Mayores de Colombia
80. Federación Colombiana de Educadores - FECODE
81. Federación Colombiana de Trabajadores y Servidores Públicos
82. ADEC-CUT

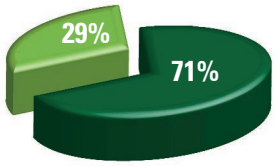
Situación socio - laboral de las enfermeras registradas

Beatriz Carvallo Suárez - Registradora Nacional ANEC.

La ANEC, en su función social de buscar permanentemente estrategias de intervención que fortalezcan el desarrollo profesional, entornos positivos para el ejercicio de la disciplina y condiciones de trabajo dignas y justas, tiene como uno de sus soportes, la información que nos brinda la Base de Datos del Registro Profesional de Enfermería, realizado por la ANEC, que nos permite compartir con las organizaciones nacionales de enfermería, con entidades gubernamentales y la comunidad profesional nacional, esta valiosa información, que nos facilita en forma conjunta realizar acciones en beneficio de quienes ejercemos esta importante disciplina.

TOTAL ENFERMERAS REGISTRADAS, ANEC 1
Abril 1997 - Junio 2013

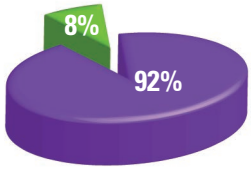
REGISTRADAS	35.647
NO REGISTRADAS	14.901
EGRESADAS	50.548



Una revisión de la información consolidada de Abril de 1997 a junio 30 de 2013, nos permite identificar que el 71% de las enfermeras egresadas de los Programas de Enfermería se encuentran registradas (gráficoNo.1), estando constituido este grupo en un 92% por mujeres

RELACIÓN DE GÉNERO 2
ENFERMERAS REGISTRADAS
Abril 1997 a Junio 2013

MUJERES	92	32.807
HOMBRES	8	2.840
TOTAL		35.647

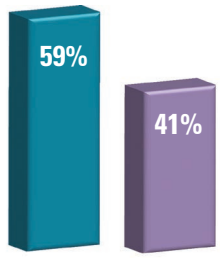


(gráfico No.2); esta situación nos permite afirmar que esta es una información muy representativa de la Profesión.

Para avanzar en el conocimiento de algunos indicadores socio laborales del grupo, a partir de julio de 2002, se cambió el Formulario de Solicitud de Registro, para incluir variables de interés social, por esta razón sigue siendo motivo de preocupación para la Organización el desempleo del 41%, que refieren las enfermeras en el momento de realizar su registro (gráfico No.3). Muy

SITUACIÓN DE EMPLEO 3
ENFERMERAS REGISTRADAS
Julio 2002 a Junio 2013

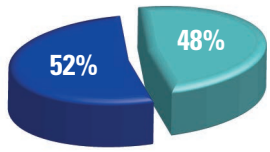
EMPLEADAS	18.731
DESEMPLEADAS	13.206
MUESTRA	31.937



asociado con el tema del empleo, observamos que el 48%, de las personas empleadas están vinculadas a través de diferentes modalidades flexibles (gráfico No.4), con ingresos para el 56% de $1.500.000, incluidos los dos primeros rangos (gráfico No.5).

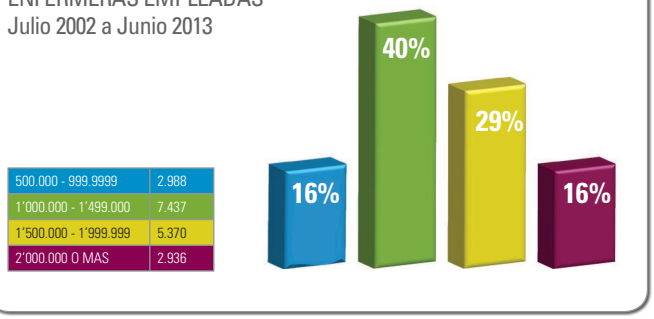
TIPO DE VINCULACIÓN 4
ENFERMERAS EMPLEADAS
Julio 2002 a Junio 2013

INDEFINIDO	9.822
FLEXIBLE	8.909
MUESTRA	31.937



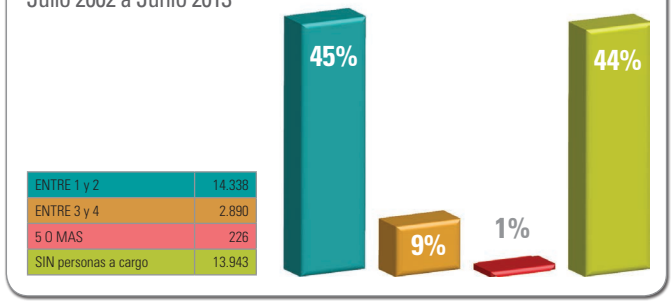
RANGO SALARIAL
ENFERMERAS EMPLEADAS
Julio 2002 a Junio 2013

5



PERSONAS A CARGO ENFERMERAS REGISTRADAS
Julio 2002 a Junio 2013

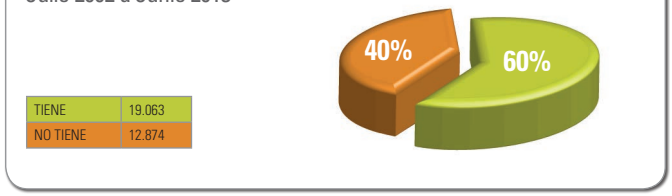
7



Al revisar otros indicadores relacionados con el bienestar de estas trabajadoras, se observa en el gráfico No.6, que no existe una cobertura universal a la Seguridad Social en salud, pensiones y Riesgos Laborales. Para comprender las implicaciones de su relación laboral e ingresos salariales, aportamos la siguiente información: el 55% de enfermeras tienen entre 1 y 4 personas a cargo (gráfico No.7), el 40% no disponen de vivienda propia (gráfico No.8) y el 27% son cabeza de hogar (gráfico No.9).

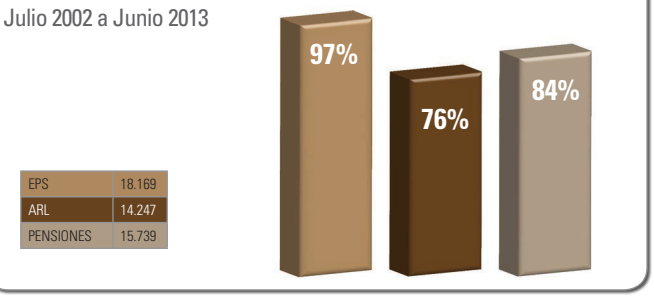
DISPONIBILIDAD DE VIVIENDA PROPIA
ENFERMERAS REGISTRADAS
Julio 2002 a Junio 2013

8



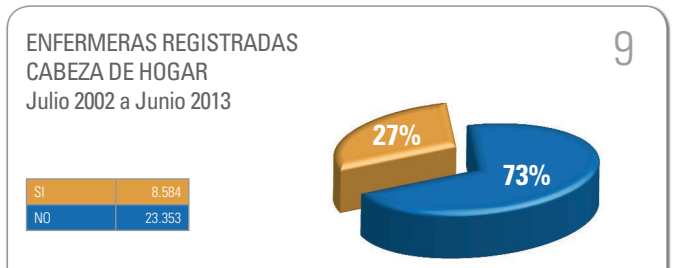
COBERTURA EN SEGURIDAD SOCIAL
ENFERMERAS EMPLEADAS
Julio 2002 a Junio 2013

6



ENFERMERAS REGISTRADAS
CABEZA DE HOGAR
Julio 2002 a Junio 2013

9



¿Cómo será lo que sigue?
Colombia se ha vuelto imprevisible

Ahora todos vivimos el asombro de lo que ocurre y la incertidumbre de lo que viene

William Ospina, tomado del Diario el Espectador - 7 Sep 2013

La dirigencia colombiana, que creía conocer el país y tener la fórmula para seguirlo dominando, parece desconcertada, da palos de ciego en sus respuestas y en sus decisiones.

El más desconcertado parece ser el presidente. Pero es que para él es más difícil que para los demás: no porque le estén estallando en las manos todos los problemas, sino porque él tiene un libreto que debe obedecer, y Colombia parece cada vez más insatisfecha con ese libreto.

Se diría que es injusto que un gobierno padezca la herencia de todas las crisis acumuladas. Pero este presidente ha sido parte de todos los gobiernos anteriores: ¿cómo no va a ser justo que le toquen las consecuencias?

El libreto es la política neoliberal. Un modelo diseñado por los grandes poderes mundiales para serle recetado al planeta entero. Y es de una simpleza que causaría risa si no fuera la causa del sufrimiento y la desgracia de millones de personas.

Consiste en que en este mundo sólo tienen derecho a existir un modelo de economía y un modelo de orden social, el que han alcanzado las naciones de gran poderío industrial, militar y tecnológico. Todos los países deben ingresar en ese esquema al que hace tiempo ya se llama el desarrollo, el progreso, la sociedad de consumo.

Se diría que es injusto que un gobierno padezca la herencia de todas las crisis acumuladas. Pero este presidente ha sido parte de todos los gobiernos anteriores: ¿cómo no va a ser justo que le toquen las consecuencias?

Abarca todo: la gastronomía, la salud, el entretenimiento, la cultura. Y está diseñado sólo para el auge del capital financiero y la satisfacción de unas élites mundiales. Estos países periféricos sólo pueden ser consumidores de la industria multinacional, productores de materias primas para su poderío comercial y tecnológico.

Y así se abren camino esos contratos leoninos que se llaman tratados de libre comercio, mediante los cuales pequeñas economías mal planificadas, sistemáticamente debilitadas por gobiernos venales o faltos de carácter, tienen que abandonar toda agricultura, toda industria local, todo rasgo cultural y toda relación original con sus territorios. Entrar en el carnaval del consumo de remanentes del gran sistema mundial, y sólo producir lo que ese sistema necesita, lo que esos mercados estén dispuestos a comprarles.

La publicidad y la manipulación mediática descalifican las tradiciones locales, y pregonan la moda, los hábitos, las adicciones y los espectáculos del poder planetario. Una red tentacular de juguetes fascinantes, de espectáculos deslumbrantes, de entusiasmos evanescentes reemplaza en todo el mundo valores y costumbres. La modernidad consiste ya en una avalancha de sutiles órdenes de la publicidad y del comercio. Todos los países deben ser tributarios de unas sociedades centrales; dóciles imitadores de sus modelos.

Colombia ha vivido el progresivo desmonte de su agricultura y de su industria. Los tratados no toleran siquiera pequeñas salvedades culturales: el todopoderoso socio dice al final: "Lo toma o lo deja", y los vendidos gobiernos deben firmar los tratados que redactó el más fuerte.

Allí se decide si los campesinos pueden o no utilizar las semillas que nos legó una tradición milenaria; si tenemos derecho a producir nuestros alimentos o si tenemos que resignarnos a un menú diseñado por las tiranías de la geopolítica. No importa si estamos acostumbrados a producir arroz o flores, cumbias o mitologías: el mercado mundial decidirá qué vive y qué muere en las sociedades.

> Colombia ha vivido el progresivo desmonte de su agricultura y de su industria. Los tratados no toleran siquiera pequeñas salvedades culturales: el todopoderoso socio dice al final: "Lo toma o lo deja", y los vendidos gobiernos deben firmar los tratados que redactó el más fuerte.

La economía se limita a los precios, no a los equilibrios sociales, no a la satisfacción de las comunidades, al trabajo, al conocimiento, o a los valores sagrados de la memoria y del territorio. Todo lo que no sea ciego lucro será llamado atraso y superstición.

Y no importa que ese modelo sea precisamente el que está destruyendo al planeta. Arrasa los bosques, degrada los ríos, envenena los mares. Argumenta que viene a salvar a la humanidad del atraso, la pobreza y la desdicha. Pero produce hastío para sus propios ciudadanos, violencia e infelicidad para los ajenos, degradación del mundo, y basura, mucha basura.

Antes nos preguntábamos si un modelo era viable para la humanidad; ahora nos preguntamos si la humanidad es viable para el modelo. Y parece que no, que no es viable. Aquí, por ejemplo, los campesinos no caben en la economía.

Colombia despierta presa de un extraño malestar. La sospecha de un orden en el que todos terminemos siendo indeseables. Si protestamos, seremos declarados rebeldes; si nos irritamos, nos llamarán enseguida el cartel de los vándalos. Si queremos tener un país, seremos la encarnación del atraso y de lo premoderno. Si queremos una cultura propia, seremos declarados extraterrestres.

Como antes Gaviria y Pastrana y Uribe, Santos es el encargado de velar por que la orden se cumpla. Y está desencajado porque el país le está diciendo que no. Al comienzo eran los campesinos de una región: los declaró infiltrados. Después los de varias regiones: los declaró inexistentes. Bloquearon las vías: los declaró rebeldes y envió la represión. Entonces la ciudad se solidarizó con el campo: monumentales manifestaciones de estudiantes y ciudadanos sorprendieron a Colombia.

El país no obedece al libreto: opina, reacciona, los jóvenes reclaman la memoria que les han negado, la gente comprende que los gobiernos están desmantelando el país que tuvimos y no han sido capaces de construir algo a cambio.

La realidad se ha vuelto enigmática: no puede ser leída, tiene que ser descifrada. Y no sabemos si el Gobierno está descifrando lo que pasa. Y no sabemos cómo será lo que sigue.

Audiencia Pública sobre la Reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud

Congreso de la República. Salón Boyacá. Junio 6 de 2013

Carolina Prada Moreno - Junta Directiva Nacional ANEC

La Presidenta de la Junta Directiva Nacional de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, Esperanza Morales Correa, intervino el pasado 6 de Junio de 2013 en la Audiencia Pública sobre la Reforma a la Salud convocada por el Senador Jorge Enrique Robledo, evento que se llevó a cabo en el Salón Boyacá del Congreso de la República.

En representación de las Enfermeras de Colombianas, la Presidenta manifestó que es un imperativo ético abordar

el tema de la salud como un derecho humano fundamental, en un marco ampliado de protecciones sociales que incluya entre otras, el trabajo, la vivienda, la seguridad económica y alimentaria, tan íntimamente relacionadas con el estado de bienestar de la población, estos servicios deben prestarse sin condicionamiento a la capacidad de pago de los ciudadanos.

De igual manera, señaló que la garantía de estas protecciones sociales están estrechamente vinculadas al modelo de desarrollo económico del país, a la forma como se desarrolla su aparato productivo y como se distribuye la riqueza, aspectos intrínsecamente relacionadas con la calidad de vida de sus ciudadanos. Por supuesto, en Colombia, con el Modelo Neoliberal imperante, se han tenido graves implicaciones en el sector salud, en estas dos últimas décadas, reflejadas en la aguda crisis financiera y social que atraviesa este Sistema.

Partiendo del presupuesto anterior lo que las Comisiones Primeras Conjuntas del Congreso de la República, aprobaron en la Ley Estatutaria de la Salud, a pesar de que en la teoría establece que garantizará el derecho fundamental a la salud, con mecanismos de protección, en la práctica no pasa de ser mera retórica, pues este proyecto de Ley traza las bases para continuar con la intermediación financiera de los recursos, con los planes parciales de salud y la eliminación paulatina del derecho a la tutela. Con estos contenidos y con mensaje de urgencia del Gobierno nacional, en un futuro próximo aprobarán en una carrera maratónica como es costumbre, en las comisiones de Cámara, y plenarias de Cámara y Senado, sin tener en cuenta las objeciones de los usuarios y del movimiento social.

Es importante identificar cuales son los elementos del debate del Proyecto de Ley planteado por el Gobierno Nacional y algunos parlamentarios de las comisiones:

- Que éste es el resultado de un ejercicio de amplia participación ciudadana en los territorios, por el acumulado de foros y diálogos sociales que se realizaron, pero que no quedaron incorporados en el texto final del Proyecto.
- Estas propuestas se han presentado como una expresión del compromiso Gubernamental para atender la crisis de la salud, centrando sus soluciones exclusivamente en lo económico, buscando una ruta rápida para privatizar definitivamente los recursos públicos destinados a la salud, marginando una vez más a los ciudadanos de su aspiración legítima por un Nuevo Sistema de Salud, de carácter universal, integral y solidario.
- Se continúa la profundización del modelo anterior, a través del aseguramiento y la intermediación financiera, ahora con las nuevas gestoras en salud y prestadores privados, a quienes se les retornarán además las utilidades, mientras se continúa liquidando la Red Pública Hospitalaria, evadiendo la materialización de cambios estructurales como el movimiento social lo ha venido planteando.
- Esta reforma no puede avanzar hacia un modelo de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y salud pública, porque mantiene su esencialidad en un Sistema medicalizado, centrado en la atención de la enfermedad.
- Continuarán los planes de beneficios con exclusiones, sin considerar la atención de las necesidades de las personas
- Se restringe el derecho a la Tutela, como única herramienta a la cual recurren los ciudadanos para hacer frente a las barreras de acceso a la salud.

La Presidenta en su condición de representante de las enfermeras, reconoce que no se ve con claridad cómo se atenderá el impacto negativo de la ley 100 de 1993, relacionado con el arrasamiento de la garantías de los derechos laborales y sociales de los trabajadores del sector, representados en los procesos de flexibilización laboral, vinculación tercerizada, disminución de los salarios, pérdida de la autonomía profesional, condiciones de desempleo y sub - empleo, ausencia de medidas de salud ocupacional, solicitando con urgencia la ejecución de medidas que le hagan frente a esta situación.

La Reforma a la Salud que se requiere es estructural y está contenida en la propuesta presentada por la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud, ANSA.

A continuación presentamos algunos de los elementos contenidos en esta propuesta:

- Creación de un Sistema Único Descentralizado, como medio para lograr el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.
- Atención integral, según las necesidades de la población que debe ser garantizada por el Estado.
- Debe ser financiado con cotizaciones obligatorias e impuestos, administrado de manera pública, sin lucro alguno, en unidades territoriales de salud, que respeten la descentralización, que cuenten con amplia participación, veeduría social y ciudadana.
- Eliminar la división por regímenes, para lograr el acceso universal de los ciudadanos a la salud.
- Integrar redes de prestación de servicios, los profesionales, técnicos y auxiliares con estabilidad laboral, reconstruyendo las relaciones laborales en el marco de la legislación del derecho individual y colectivo consagrado en el Código Sustantivo del Trabajo.
- Garantizar una política de formación y de actualización de los recursos humanos en salud
- Fortalecer políticas adecuadas para generar ciencia y tecnología, que favorezcan el interés y la soberanía nacional, controlar igualmente el costo de los medicamentos.

Johnson's® baby

CUANDO NACE UN BEBÉ,

NACE LA TERNURA.

CUANDO NACE UN BEBÉ, LA VIDA RENACE.

www.johnsonsbaby.com.co

Línea de Servicio al Cliente: 01800 05 17000

ANEC
ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA

REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE ENFERMERÍA

R U N

Ley 266/96

Regístrate ahora
y formemos una sola
fuerza de acción

- 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

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.