Miembro activo de:
CIE - FEPPEN
Sintraseguridadsocial-CUT

ANEC

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA No. 77 • Feb 2014

La enfermería una fuerza para el cambio

Recurso vital para la salud

La enfermería una fuerza para el cambio

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 • Febrero 2014

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

Editorial 2

La enfermería una fuerza para el cambio: recurso vital para la salud

Gestión ANEC 4

Comunicado de prensa XX Congreso Nacional de Enfermería 4
Comportamiento de los indicadores sociolaborales de las enfermeras colombianas según datos RUN 2002 – septiembre 2013 7
Carta abierta a la enfermería colombiana 10
Día Internacional de la Enfermera 2014, Declaración del CIE 12

Seccionales 13

La Universidad Surcolombiana conmemora 40 años de funcionamiento del programa de enfermería 13
La ANEC Seccional Antioquia otorga medalla de plata a Pilar Pastor 14
Reconocimiento a la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia 15
Alimentos transgénicos 16
Nuevas Juntas Directivas Seccionales ANEC - 2014 19

Internacionales 20

El paciente primero: Cinco organizaciones sanitarias firman un marco consensuado para la colaboración ética 20
Se insta a los políticos a apoyar y a desarrollar la enfermería 22
Declaración XX Congreso Nacional de Enfermería "Las enfermeras al frente de la atención primaria en salud" 23
Salud mental, Declaración de posición del CIE 24
Carta de la CSA al Presidente de Colombia - Diciembre 2013 26
La ANEC participa en evento de liderazgo para el cambio desarrollado por el CIE 27

Científicas 28

Discurso de instalación Vigésimo Congreso Nacional de Enfermería 28
Mejores trabajos seleccionados XX Congreso Nacional ANEC - 2013
1er Una estrategia educativa por la salud sexual y reproductiva de los adolescentes 31
2º Cuidador-residente, una relación que se teje entre el enigma de los límites, en una residencia protegida para personas con diagnóstico de trastorno mental severo 34
3er Biodanza como estrategia de intervención en la promoción de la salud en comunidades de riesgo 38
4º Caracterización territorial, familiar e individual de brisas de las palmas de la Comuna 18 de Santiago de Cali, 2012 43
Cartilla Seguridad Social 37
Posibilidades terapéuticas de las células madre Pluripotentes 45
Papel de las enfermeras en el desarrollo del modelo de salud en Cuba 48

Sociolaboral 51

Colombia necesita una nueva política para el agro 51
Negociación del salario mínimo: a la conveniencia de Santos y de las transnacionales 56
7 meses después de firmado el Acuerdo Nacional Sindicatos estatales se declaran en alerta ante incumplimientos del gobierno 59

Editorial

La enfermería una fuerza para el cambio: recurso vital para la salud

Esperanza Morales Correa - Junta Directiva Nacional

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC, comparte el tema que el Consejo Internacional de Enfermeras, CIE ha seleccionado para conmemorar el Día Internacional de la Enfermera, del año 2014. "La Enfermería una fuerza para el cambio: Recurso vital para la Salud", aspecto que tiene impacto significativo en la actual coyuntura que vive el país, relacionada con los proyectos de reforma al actual Sistema de Salud, que desde nuestro punto de vista no resuelven los problemas estructurales que han llevado al colapso total de este modelo.

En este contexto, es necesario reconocer el significado de la fuerza que tiene el contingente de profesionales y auxiliares de Enfermería, que representan cerca de 200.000 trabajadoras(es) del sector al servicio del cuidado de la salud y de la vida, quienes por permanecer con los pacientes en forma continua disponen del conocimiento de primera mano, de las grandes necesidades insatisfechas en la prestación de los servicios de salud de los ciudadanos, por esta razón deben tener una participación directa y real en la formulación de políticas públicas en la materia y en la elaboración de los proyectos de Ley que pretenden reformar este sistema.

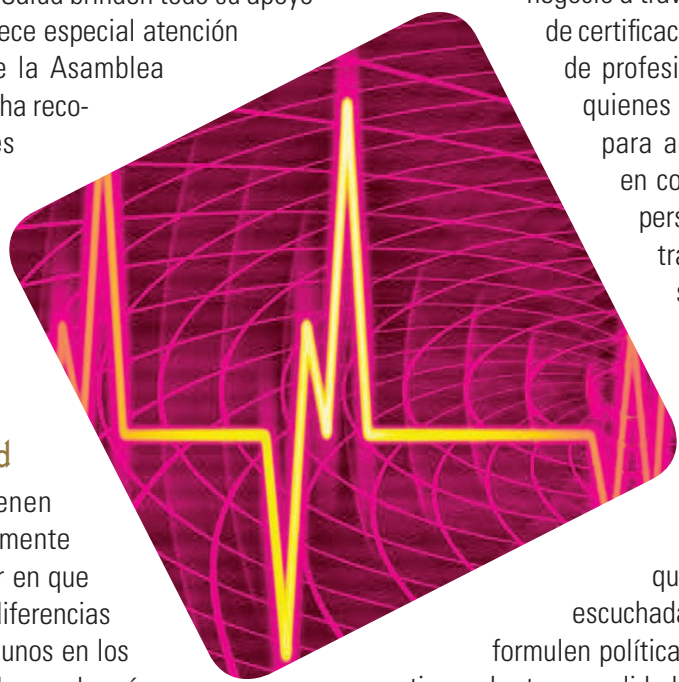
Para intervenir cualquier área de la salud es necesario, reconocer los cambios epidemiológicos generados por la creciente carga de las enfermedades no transmisibles (ENT), especialmente en los países de renta media y baja, destacándose los desórdenes mentales y el envejecimiento de la población, que obligan a considerar la importancia de la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y a cambiar el centro de interés de la prestación de los cuidados de las instituciones asistenciales, para ubicarlos en la estrategia de Atención Primaria, teniendo como vía de ingreso los lugares donde las personas viven, estudian, trabajan y se recrean, procurando evitar males mayores a la población.

Otro elemento a tener en cuenta, es la persistencia de altos niveles de desigualdad social y pobreza de gran parte de la población, a pesar de las estrategias desarrolladas para reducir esta problemática, impulsadas por los Objetivos de Desarrollo del Milenio, próximos a vencerse en el año 2015 y es posible que se estén formulando nuevas metas, que necesariamente deben partir de un análisis profundo de las causas que siguen generando estas desigualdades, que están relacionadas con la falta de impulso a los países para que reconstruyan sus propios sistemas de producción, desarrollo, democracia y soberanía, que les permitan salir del circulo vicioso en que se encuentran.

Los recursos humanos en salud son fundamentales en la prestación de servicios de salud de calidad y contribuyen con las transformaciones de los sistemas de salud. Para esto se requiere que tengan condiciones de vida y de trabajo dignas y justas, facilidades de acceso a programas de educación continuada y entornos positivos y seguros de trabajo. En este campo queda mucho por hacer, especialmente en los aspectos relacionados con la escasez de personal sanitario, que es más grave en países del África Subsahariana, en los que estos recursos son más necesarios (OMS 2006). Al

respecto, el 3er Foro Mundial sobre los Recursos Humanos para la Salud (RHS) señala en su declaración que: "la mala distribución geográfica y la migración internacional afectan a los países de renta baja, media y alta en algunos casos impidiendo la prestación de servicios de salud esenciales".

En materia de recursos de enfermería, consideramos que la inversión en su formación, actualización basada en evidencias científicas y entornos de trabajo positivos para su ejercicio, se traduce en cuidados de salud de calidad. Lo importante es identificar la estrategia para dar la mejor utilización a este recurso vital para los sistemas de salud. El fortalecimiento de la atención primaria de salud será esencial para abordar la carga de las enfermedades crónicas y para llegar a los miembros de la sociedad más vulnerables; por esta razón es necesario que los Sistemas de Salud brinden todo su apoyo e incentiven su potencial. Merece especial atención la adopción de decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud, donde se ha reconocido en repetidas ocasiones la necesidad esencial de fortalecer los servicios de enfermería y de partería para conseguir una salud mejor para las personas, las familias y las comunidades.



La desigualdad en la salud

Las nuevas generaciones tienen posibilidades de vida radicalmente diferentes en función del lugar en que nacen, se observa que existen diferencias marcadas entre los países, algunos en los que las posibilidades de la vida son dramáticas, los más pobres entre los pobres tienen elevados niveles de enfermedad y de mortalidad prematura. No tendría que ser así, si el modelo económico y la distribución de la riqueza se centraran en atender las necesidades sociales, en un marco de derechos ciudadanos y de justicia social, independiente de su capacidad de pago.

En la situación Colombiana, es cada vez más claro que esta situación está asociada con un grave recorte de la financiación de la salud, generando en las enfermeras una difícil situación, cuando los empleadores intentan mantener bajos los costos de la atención de salud, el recurso de enfermería ha sido víctima de la injusticia social a través de la reducción de los puestos de trabajo, sobrecarga laboral, demoras y negación del pago de sus salarios, con la consecuente desmotivación. Se requiere examinar de manera urgente ésta política pública, buscando construir el camino para la garantía de la calidad y la seguridad de la atención, a través de la contratación y la retención del personal de enfermería.

Otro aspecto a tener en cuenta, es la necesaria interdependencia de los sectores de Salud y Educación en Enfermería, por el equilibrio que debe existir entre los dos sistemas, en una dimensión ética que incorpore las necesidades de atención de salud de la población y los contenidos curriculares para resolver las necesidades. Esta relación debe darse por encima de los intereses estratégicos del mercado de la educación, del consumo de dispositivos, de medicamentos y de los grandes nichos que esperan desarrollar un negocio a través de pólizas de aseguramiento de certificación y recertificación de los miles de profesionales, técnicos y auxiliares a quienes se les exigen estos requisitos para acceder a empleos temporales en condiciones que no garantizan la perspectiva de un futuro digno como trabajador y mucho menos para sus familias.

Ante éste escenario no deja otra opción que mantener la MOVILIZACIÓN SOCIAL y POLÍTICA del Sector de la Salud y particularmente de las enfermeras, para que la voz de la Enfermería, sea escuchada en el Ministerio de Salud y se formulen políticas públicas que permitan garantizar cobertura y calidad de los cuidados de enfermería, de igual manera el Ministerio del Trabajo deberá atender las demandas de las(os) trabajadores de enfermería en cumplimiento de las Sentencias de la Corte Constitucional en materia de estabilidad laboral, trabajo decente, entornos positivos de trabajo y pensión digna. Debemos continuar en el ejercicio de incidencia política, más allá de nuestros órganos de autorregulación profesional, con presencia real y comprometida con un Modelo de Salud y Seguridad Social Universal.

Desde este espacio las(os) invitamos a ejercer el derecho ciudadano al voto, el próximo 9 de Marzo, eligiendo la mejor opción, para mejorar la salud y el bienestar de las y los colombianos.

Comunicado de prensa
XX Congreso Nacional de Enfermería

Santa Marta, 23 al 26 de Octubre de 2013

"Las Enfermeras al frente de la Atención Primaria de Salud"

La ANEC realizó este Congreso en la hermosa ciudad de Santa Marta, centro turístico de la Costa Caribe, teniendo como sede el Hotel y Centro de Convenciones Santamar, espacio apropiado para recibir a las y los 900 participantes, quienes respondieron a nuestra convocatoria, como asistentes, conferencistas, comisiones de apoyo y gestores de la muestra comercial, en un ambiente de unidad, fraternidad e integración sociocultural.

Durante la sesión de instalación del Congreso, la Presidenta Nacional de la ANEC, Esperanza Morales, reseñó que las múltiples reformas al Sistema de Salud y Seguridad Social, continúan sin recoger las propuestas realizadas desde las organizaciones sociales, que han insistido en dos temas fundamentales: primero que el Estado recupere su papel rector del Sistema de Salud, especialmente en las áreas de Salud Pública, Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad; y en segundo lugar la necesidad urgente de saldar la deuda social que se tiene con los trabajadores de la Salud, estableciendo una Política Pública en materia de Recursos Humanos, que recobre los derechos laborales de estos trabajadores, quienes están al servicio de la población y no atendiendo la rentabilidad económica de los intermediarios y prestadores de los servicios de Salud.

Vale la pena señalar que del grupo de participantes en este evento, el 86% correspondió a profesionales de enfermería y un 14% a estudiantes de la Carrera, demostrando el interés que las futuras profesionales tienen en el desarrollo y avance del la Profesión, en su participación en la Organización Gremial y en el impulso a un Sistema de Seguridad Social para todos los colombianos.

El Programa Académico se desarrolló a través de 68 presentaciones, este se planeó teniendo en cuenta el tema Central del Congreso: "Las enfermeras al frente de la Atención Primaria de Salud", partiendo de las directrices aportadas por el CIE, aspecto presentado por Beatriz Carvallo, ex - miembro de la Junta Directiva del CIE. De esta manera, procuramos siempre desarrollar este tema a profundidad, de tal forma que las asistentes salieran convencidas de la importancia que la estrategia de APS tiene para el ejercicio profesional, a través de la cual se pueden impulsar las transformaciones que el Sistema de Salud del país necesita, para llegar al Universalismo.

Para desarrollar este propósito, invitamos a enfermeras representantes de países de la región con experiencias avanzadas en materia de APS, tales como Brasil y Cuba, donde se contó con la presencia de Ana Tania Sampaio e Ivete Barreto de Brasil y Caridad Dandicourt de Cuba. A este espacio igualmente fue invitado el Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria, quien no se hizo presente, sin ninguna justificación, situación que lamentamos, por haber perdido la oportunidad de compartir la posición oficial frente a este tema, con este grupo profesional esencial para la prestación de los servicios de

Congreso en fotos

1. Silvia Casianni, representante OPS
2. Mesa de instalación Congreso
3. Caridad Dandicourt, Conferencista Cuba - Ángela Mejía, JDN - Tania Sampaio, conferencista Brasil
4. Estela Varela, Presidenta Seccional Antioquia - Esperanza Morales, Presidenta ANEC

salud. Destacamos igualmente la presencia de la colega Silvia Cassiani, Asesora de Enfermería y Técnicos de Salud de la OPS/Washington, quien presentó la posición de la OPS sobre el tema central del Congreso.

La participación nacional fue desarrollada a través de conferencias, paneles y las modalidades de investigaciones, experiencias de servicio, gremiales y pedagógicas, correspondientes a los 51 trabajos seleccionados por la Comisión Científica del Congreso; 45 de ellos para ser presentados en forma verbal y 6 en la modalidad de poster. Todos se destacaron por su calidad e innovación de intervenciones en el área de APS, en los diferentes espacios del ejercicio profesional. De los 51 trabajos presentados fueron seleccionados los cuatro mejores, de acuerdo con los criterios de calidad establecidos, sus resúmenes serán publicados en la próxima Revista de la ANEC.

Teniendo en cuenta que el tema de APS, está íntimamente relacionado con el modelo actual de salud, en proceso de reforma y que los recursos humanos de la salud son esenciales en la prestación de los servicios, se presentaron las conferencias sobre perspectivas de la APS, en el modelo de salud propuesto y la situación de los trabajadores de la salud en el marco de la estrategia de APS, desarrolladas por Fabio Henao, Vicepresidente de ASMEDAS Antioquia y Cecilia Vargas, miembro de la Junta Directiva Nacional de la ANEC.

Finalmente los estudiantes de enfermería y las Presidentas de las organizaciones Nacionales de Enfermería: ANEC, ACOFAEN, CTNE y TNEE, compartieron las acciones realizadas para impulsar la estrategia de APS, desde su competencia específica, enmarcadas en la defensa de los derechos humanos, en procura de un nuevo modelo de Seguridad Social, donde el cuidado de la vida y la salud sean la esencia de la práctica profesional, con principios de autonomía y auto-regulación, en el marco de las leyes 266 de 1996 y 911 de 2004; reivindicando su condición de trabajadoras de la Salud, con plenas garantías para su formación y para acceder a un trabajo digno y decente.

Junta Organizadora

Bogotá, Noviembre 5 de 2013.

* Ver trabajos premiados Sección Científicas - pag. 31

Actividades de integración social.

Comportamiento de los indicadores sociolaborales de las enfermeras colombianas

según datos RUN 2002 – septiembre 2013

Beatriz Carvallo Suárez - Registradora Nacional ANEC - Junta Directiva Nacional

Antecedentes

La Ley 266 de 1996, reglamentaria de la Profesión de Enfermería en el territorio nacional, se constituyó en un elemento central de legitimidad y reconocimiento del ejercicio disciplinar, en el marco de la autonomía y autoregulación profesional.

El concepto de la autonomía y autocontrol de la profesión constituyen una de las herramientas fundamentales para el ejercicio con criterios de dirección, control ético, acreditación de los programas de formación y registro profesional, realizado por organizaciones pares de la Profesión.

Producto de esta Ley se crearon los siguientes estamentos:

- Consejo Técnico Nacional de Enfermería y Consejos Departamentales, organismos de carácter permanente de dirección, consulta y asesoría del Gobierno Nacional, de los Entes Territoriales y de las Organizaciones de Enfermería, con relación a las políticas de desarrollo y ejercicio de la Profesión de Enfermería en el país.
- Tribunal Nacional Ético de Enfermería y Tribunales Departamentales de Enfermería, con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios ético - profesionales que se presenten en la práctica de quienes ejercen la profesión de enfermería en Colombia. A través de la Ley 911 de 2004, se reglamentó el Código Ético de Enfermería.
- Registro Profesional de Enfermería. La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC, es el organismo autorizado para realizar la Inscripción y el Registro Único Nacional de quien ejerce la profesión de enfermería en Colombia.
- Acreditación de la formación de las profesionales de enfermería. La Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN, es el organismo que realiza la acreditación de los programas universitarios de enfermería de pregrado y postgrado. Esta es la única función de la Ley, que aún no ha sido desarrollada.

Con relación al Registro Profesional de Enfermería, la ANEC, ha venido cumpliendo esta responsabilidad desde el año 1997, desarrollando una estructura administrativa y técnica, en cabeza de la Junta Directiva Nacional, con el apoyo de las seccionales de la ANEC.

Esta función pública delegada a la ANEC, por la Ley 266 de 1996 ha venido perfeccionándose en sus 16 años de funcionamiento, permitiéndonos ser la única entidad que dispone de información del 71% de la enfermeras egresadas, igualmente se dispone de la base de datos de las egresadas de los programas universitarios de enfermería, elemento indispensable para verificar la veracidad de los documentos aportados para la realización del Registro.

La actividad del Registro Profesional le ha permitido a la ANEC, el control del ejercicio, teniendo en cuenta que se vienen presentado un número importante de adulteración de documentos, los cuales son reportados a las universidades, entablando la correspondiente denuncia ante la Fiscalía General de la Nación. Teniendo en cuenta que la información del Registro es de carácter público, se ha abierto un Link en la Página Web

de la ANEC: **www.anec.org.co** donde los ciudadanos y las instituciones de salud pueden consultar la idoneidad de una profesional de Enfermería, ingresando su número de cédula de ciudadanía y el sistema le informa el No. del Registro y el nombre de la Universidad. Para el caso de las personas que presentan documentos adulterados, también se registra esta información en este link.

Aportes del Registro Profesional al desarrollo de la disciplina y de la ANEC

- Base de Datos de las enfermeras colombianas, con registro de variables socio laborales, a partir del año 2002, elemento de consulta del Ministerio de Salud, de los Entes Territoriales, de las seccionales de ANEC y de las organizaciones de Enfermería
- Apoyo a la realización del programa de educación continuada de la ANEC, en el cual siempre se incluyen enfermeras registradas
- Apoyo para la participación de enfermeras registradas, no socias de la ANEC, en los Congresos Nacionales de Enfermería.
- Edición cuatrimestral de la Revista ANEC, la cual es entregada a todas las enfermeras registradas, constituyéndose en el más importante medio de comunicación de las enfermeras colombianas.
- Apoyo al desarrollo y tecnificación de la página Web de la ANEC.

Comportamiento de los indicadores sociolaborales de las enfermeras colombianas, 2002 – sep. 2013

El desarrollo del Registro Profesional de enfermería bajo la responsabilidad de la ANEC, se ha realizado durante 16 años, consolidando información del 71% de las enfermeras egresadas, lo cual nos ha permitido verificar que la profesión sigue siendo eminentemente femenina con un 92%.

A partir del año 2002 se cambió el formulario de solicitud del registro para incorporar variables de tipo socio - laboral que nos permitieran identificar los elementos de intervención prioritaria, en procura de mejorar las condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras colombianas.

Al revisar la variable del acceso al empleo, a partir del año 2002, dividiendo este periodo en cuatrienios, podemos observar que la situación del desempleo no ha variado en forma sustancial, teniendo en cuenta que partimos de un indicador del 37% y en el último cuatrienio pasamos al 38%.

El tipo de vinculación al trabajo, en los dos últimos cuatrienios se acerca a un 50% de vinculación flexible, modalidad que tiene graves implicaciones en las condiciones socioeconómicas de las enfermeras.

La variable del salario en los dos primeros cuatrienios de un 44% y 59% fluctuaba en los rangos de $500.000 y $1.500.000. En el último cuatrienio se observa que un 50% percibe un salario entre $500.000 a $1.500.000 y el otro 50% se presenta entre los rangos de $1.500.000 a más de $2.000.000, lo que muestra que los bajos salarios se han incrementado.

De otra parte, la cobertura en Seguridad Social presenta una disminución en salud con un 84%, riesgos laborales con un 65% y pensiones con un 73%, lo que nos demuestra que hay un importante número de enfermeras sin estos servicios.

Otras variables directamente relacionadas con los ingresos de las enfermeras, por sus implicaciones sociales son: la no disponibilidad de vivienda propia de un 40%, el 55% con personas a cargo y un 27% son cabeza de hogar.

Conclusiones generales

- Las condiciones sociolaborales de las enfermeras se encuentran en un progresivo deterioro en el periodo estudiado.
- El desempleo en enfermería triplica el valor del desempleo en el país y relacionado con bajos niveles de ingreso, donde el 50% de las enfermeras empleadas devengan entre $500.000 y $1.500.000.
- En los dos últimos cuatrienios cerca del 50% de las enfermeras están vinculadas por modalidades flexibles, con variables que afectan estas condiciones tales como la no disponibilidad de vivienda propia, personas a cargo y ser cabeza de hogar.
- Frente a esta situación las organizaciones nacionales de enfermería y las enfermeras debemos apropiarnos de esta información para soportar nuestras peticiones al gobierno nacional, territorial y a las instituciones de salud, buscando transformar esta realidad.

Referencias bibliográficas

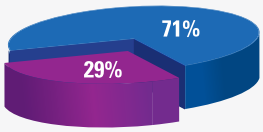
Base de Datos del Registro Único Nacional de Enfermería de la ANEC, RUN, 1.997 – septiembre de 2013. Bogotá – Colombia.

Ley 266 de 1996, reglamentaria de la Profesión de Enfermería en Colombia.

Manual de Procedimientos del RUN.

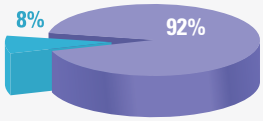
Comportamiento de los indicadores sociolaborales de las enfermeras colombianas registradas, 2002 – sep. 2013

TOTAL ENFERMERAS REGISTRADAS, ANEC
Abril 1997 - septiembre 2013



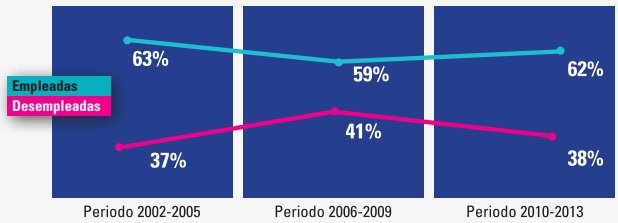
Registradas	36.519
No Registradas	15.168
Egresadas	51.687

RELACIÓN DE GÉNERO ENFERMERAS REGISTRADAS ANEC
Abril 1997 - septiembre 2013

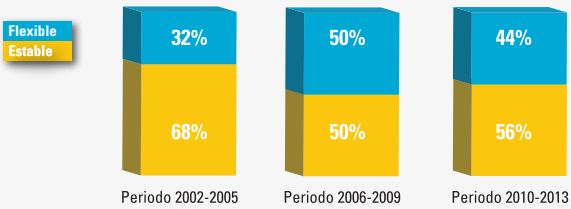


MUJERES
HOMBRES

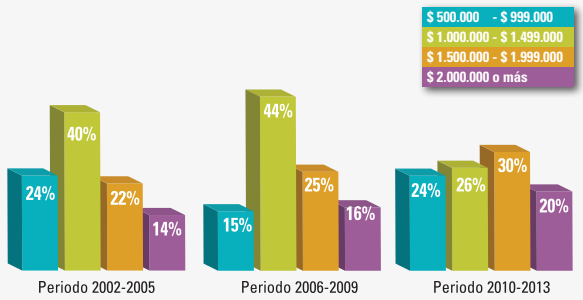
SITUACIÓN DE EMPLEO DE LAS ENFERMERAS REGISTRADAS ANEC • 2002 - septiembre 2013



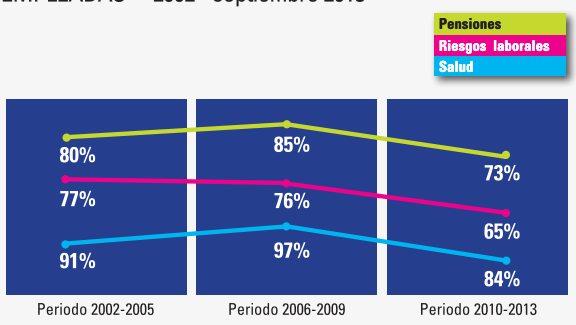
TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL DE ENFERMERAS EMPLEADAS • 2002 - septiembre 2013



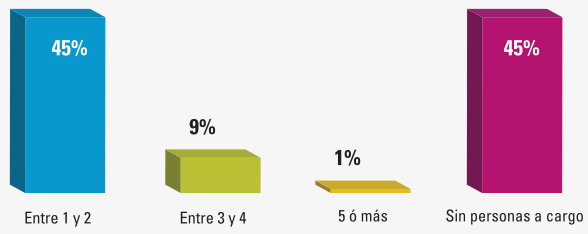
RANGO SALARIAL ENFERMERAS EMPLEADAS 2002 • septiembre 2013



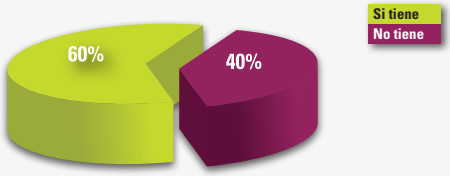
VINCULACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL ENFERMERAS EMPLEADAS • 2002 - septiembre 2013



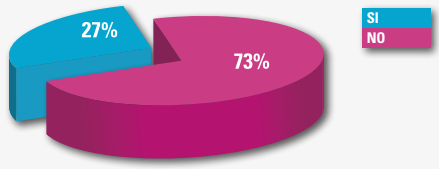
PERSONAS A CARGO ENFERMERAS REGISTRADAS 2002- septiembre 2013



DISPONIBILIDAD VIVIENDA PROPIA ENFERMERAS REGISTRADAS • 2002 - septiembre 2013



ENFERMERAS REGISTRADAS CABEZA DE HOGAR 2002 - septiembre 2013



Poster presentado durante el Congreso

Carta abierta a la enfermería colombiana

Esperanza Morales C.- Junta Directiva Nacional ANEC

En cumplimiento de la política desarrollada por la ANEC de destacar los logros y propuestas de las enfermeras colombianas; como Presidenta de esta Organización, me complace dar a conocer esta comunicación que corresponde a la presentación de la candidatura al Senado de Beatriz Carvallo Suárez, destacada dirigente gremial y social a nivel nacional e internacional y quien actualmente forma parte de la Junta Directiva Nacional, como Vicepresidenta.

Apreciadas (os) compañeras y compañeros:

Como ciudadanas y ciudadanos es necesario reconocer que la Seguridad Social es un derecho humano fundamental de todos los habitantes de un país y sólo asumiéndola como tal, podremos avanzar en su exigencia. La base normativa de este derecho está consagrada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), donde se establece que: "toda persona como miembro de la sociedad tiene derecho a la Seguridad Social y a obtener la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad".

La Ley 100 de 1993, en correspondencia con el modelo neoliberal impuesto al país, estableció el Sistema de Seguridad Social Integral para los colombianos(as). En sus 20 años de desarrollo se consolidó una estrategia de intermediación financiera en las áreas de salud, riesgos laborales y pensiones, creando grandes negocios de carácter privado, erigidos a partir de la limitación de estos derechos, generando a la vez en la población, un gran abismo de inequidad.

En particular, el Sistema de Salud se encuentra en su más aguda crisis por causa del desvío que han hecho las EPS, de los recursos públicos destinados a la atención de la salud, derivándolos al interés privado, a la corrupción y al pago de algunos políticos para que legislen en su favor, creando a la vez, barreras de acceso insalvables para los pacientes, lo cual ha generado para la población más necesitada, el llamado "paseo de la muerte"; por negación o dilación de los servicios y del suministro de medicamentos, incluso los incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, indispensables para recuperar su salud. Se suma a este panorama las deudas millonarias que las EPS tienen con las empresas públicas y privadas prestadoras de servicios de salud, que oscilan entre los 3 y 7 billones; el no pago de esta deuda dificulta su funcionamiento, las debilita y amenaza con liquidarlas. Víctima de este mecanismo perverso lo es la Red Pública Hospitalaria, que se encuentra colapsada en la mayor parte del territorio nacional.

Mención especial merece el deterioro progresivo de las condiciones y derechos laborales de los 600.000 trabajadores del sector, quienes han sido sometidos al negocio paralelo de la intermediación laboral, generando grandes ingresos para las empresas tercerizadoras, en detrimento de la estabilidad en el trabajo, disminución de los ingresos salariales, eliminación de las prestaciones sociales a cargo de los empleadores y ausencia de medidas de seguridad en los lugares de trabajo.

En este contexto, desarrolla su trabajo el equipo de enfermería, integrado por cerca de 55.000 enfermeras y enfermeros y 140.000 auxiliares de enfermería, quienes presentan condiciones similares de deterioro de su situación laboral. Como una muestra de esta situación se observa en la información del Registro Profesional de la ANEC, a diciembre de 2013, donde se muestran indicadores socio-laborales preocupantes, relacionados entre otros con: desempleo del 40%, modalidad de

vinculación flexible del 48%, ingresos salariales inferiores a $1.500.000 para el 56% y sin cobertura universal en salud, pensiones y riesgos laborales. La situación socio-laboral del conjunto de los trabajadores de la salud, nos convoca a construir espacios de unidad gremial y sindical, que nos permitan liderar el movimiento por la defensa del derecho a la salud y por un trabajo digno.

Frente al colapso de la Ley 100/93, en materia de salud el Gobierno y el Parlamento han tramitado reformas cosméticas que no afectan la estructura del actual modelo, por el contrario, se proponen nuevas medidas que lo refuerzan y mejoran las condiciones de intermediación y de negocio, como la actual reforma que en la próxima legislatura continuará tramitándose en la Cámara de Representantes. Por esta razón solicitamos a la Corte Constitucional que declare inexequible la Ley Estatutaria de Salud y a la Cámara de Representantes que retire el Proyecto de Ley Ordinaria, para construir un nuevo modelo que corresponda y consagre la salud como derecho fundamental, con una amplia participación social.

Ante la situación descrita, he decidido aceptar la propuesta del Polo Democrático Alternativo, PDA, de integrar su lista al Senado en el renglón No. 4; lo hago con una propuesta electoral que se presenta desde el movimiento social y alternativo, como parte de la solución real que Colombia necesita con urgencia. De igual manera, se requiere que la más amplia participación ciudadana exprese en la movilización política y democrática su deseo de no continuar en las mismas, y de elegir alternativamente a quienes están dispuestos a utilizar la política como un valioso instrumento para dignificar la vida de los colombianos y colombianas, superando la indiferencia que tradicionalmente termina en hacernos víctimas de la mala política, causa de los problemas sociales que padece el país.

Por tanto, en mi condición de candidata que asumo como una obligación ética y moral, ofrezco para obtener el respaldo de la ciudadanía, mi trayectoria de vida, como luchadora social y sindical, en procura de una salud digna para los colombianos, en la defensa y conquista de los derechos democráticos y sociales que los trabajadores de la salud merecen, entre ellos los de enfermería y mi formación profesional de enfermería, con Maestría en Salud Pública y Especialización en Salud Ocupacional; participando por cerca de tres (3) décadas en diferentes niveles de dirección de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia - ANEC, en la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería - FEPPEN y en la Junta Directiva del Consejo Internacional de Enfermeras - CIE.

Igualmente ofrezco mi experiencia como: directiva nacional y negociadora del Sindicato de la Seguridad Social - Sintraseguridadsocial, miembro del Departamento de Seguridad Social de la CUT, Delegada Nacional del Polo, representante de los trabajadores en el Consejo Técnico Nacional de Riesgos Laborales y del Movimiento Nacional por la Salud; a la vez, el ejercicio laboral de más de 20 años en el área de Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales en el ISS y como Docente Universitaria. Destaco en esta trayectoria mi indeclinable compromiso con la mujer colombiana, por abrir junto a ellas caminos reales de igualdad de oportunidades, de eliminación de todo tipo de discriminación y por un NO rotundo a la violencia contra la mujer, convertida esta última en un grave problema de salud pública.

Por las anteriores consideraciones, espero contar con el acompañamiento y apoyo a mi candidatura al Senado de las integrantes de la enfermería nacional, abogo porque esta causa sea una oportunidad para fortalecer nuestra profesión y proyectarla aún más en su compromiso con la sociedad; de igual manera busco obtener el respaldo del conjunto de los trabajadores de la salud y de otras organizaciones sociales, gremiales, sindicales y de mujeres, que consideren puedo ejercer su representación con capacidad política, conocimiento y valor suficiente.

En consecuencia con lo expresado, mis compromisos de campaña y ejecución, en caso de resultar elegida, están enmarcados dentro de los siguientes ejes y objetivos:

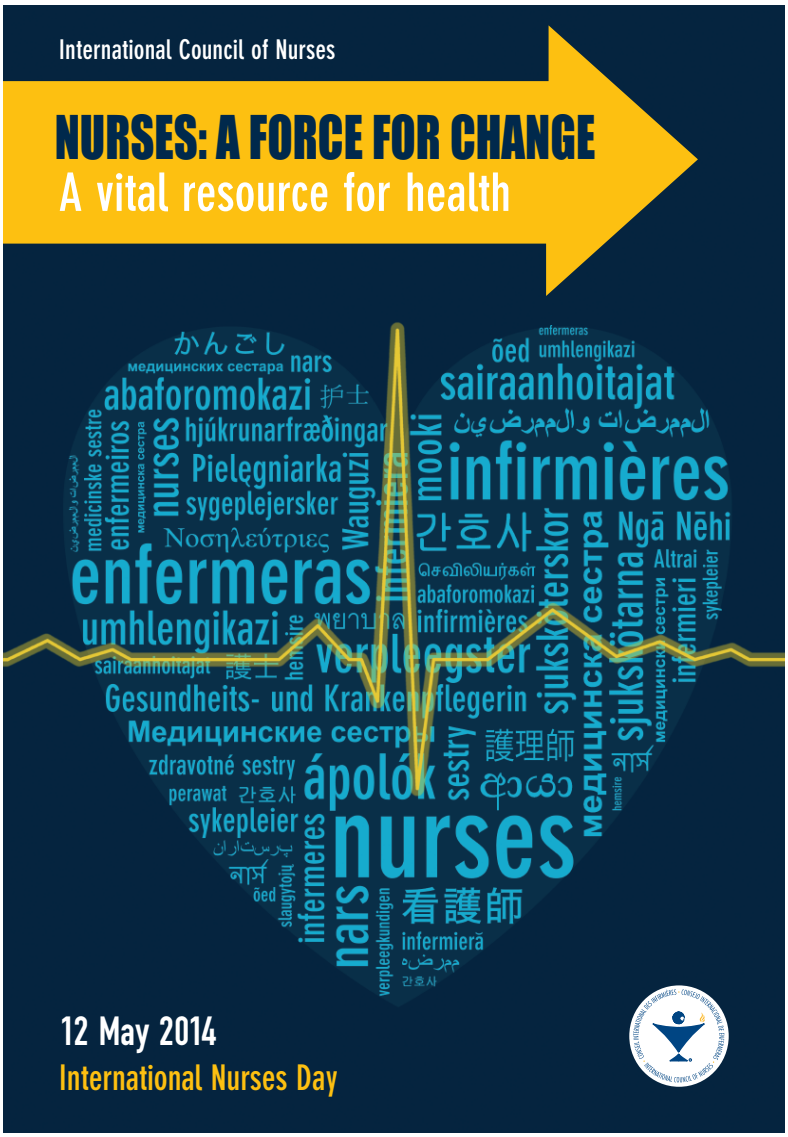
- Salud y Seguridad Social, como determinante del bienestar social de la población, sin intermediación financiera y con acceso universal.
- Dignificación de la enfermería colombiana, como eje estructural de los servicios de salud, con reconocimiento social y condiciones laborales justas.
- Recomposición de las relaciones laborales de los trabajadores de la salud, con derechos laborales dignos y seguridad en los entornos de trabajo.
- Garantía de igualdad de oportunidades para la mujer y prevención e intervención eficaz contra los factores que generan la violencia contra la mujer.

Beatriz Carvallo Suárez

Bogotá, Enero 10 de 2014

Día Internacional de la Enfermera 2014
Declaración del CIE

Se reconoce cada vez más que unos trabajadores de salud en número suficiente y adecuadamente formados y motivados son esenciales para la salud de la población mundial. El acceso equitativo a los necesarios servicios de salud de buena calidad no puede conseguirse sin un número adecuado de enfermeras preparadas idóneamente. Este es el motivo por el que el CIE ha elegido centrarse en el medio vital que son los recursos humanos de enfermería, el tema del DIE de este año.



En tanto que grupo más numeroso de los profesionales de salud más cercanos y muchas veces los únicos trabajadores de salud disponibles para la población, las enfermeras tienen una gran responsabilidad para mejorar la salud de la población y para contribuir a la consecución de los Objetivos de desarrollo del milenio.

Este conjunto de instrumentos del DIE es esencial para comprender la imagen más amplia del mercado de trabajo de los cuidados de salud: la diferencia que hay entre la oferta y la demanda de trabajadores de salud, el efecto de la crisis financiera, la migración y la duración de la vida laboral de las enfermeras. Ese conjunto pone de relieve la importancia de la planificación de los recursos humanos y su vínculo con la seguridad del paciente; como medir la carga de trabajo de las enfermeras y planificar una dotación de personal segura. Con el cambiante ámbito de la práctica y con la influencia de la nueva tecnología ha variado también el modo de trabajo de las enfermeras.

Es evidente que si bien hay una escasez de enfermeras en muchos países, la solución no está solo en añadir más enfermeras; mejorar el entorno laboral es esencial para aumentar la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados de salud. Esperamos inspirar a las enfermeras mediante este Conjunto de Instrumentos del DIE para que "cambien la imagen" y demuestren a las administraciones, a los empleadores y a la sociedad que las enfermeras son un recurso de vital importancia para la salud. Es esencial que las enfermeras y los dirigentes mundiales se centren en los recursos de enfermería que hay en el mundo, como prioridad esencial para conseguir una mejor salud para todos.

La Universidad Surcolombiana conmemora 40 años de funcionamiento del Programa de Enfermería

Beatriz Carvallo Suárez - Junta Directiva Nacional ANEC

Con el lema: "40 años formando líderes en el cuidado de la vida y la salud con calidad humana", el día 7 de diciembre de 2013, se llevó a cabo esta importante celebración en la ciudad de Neiva en el Centro de Eventos Los Cerros.

Durante este día se desarrolló un programa social y cultural que incluyó una eucaristía, presentación de la conferencia magistral sobre la Historia de la Enfermería en Colombia, por la colega Ana Luisa Velandia Mora, actividad de integración con las egresadas presentes, entrega de reconocimientos y la presentación de diferentes muestras musicales de la región.

En este evento se hicieron presentes las directivas de la Universidad, el Doctor Jaime Cerquera, creador del Programa, un importante número de egresadas(os) y docentes que han estado vinculadas al Programa.

Se destaca en los actos protocolarios, el importante papel del Programa de Enfermería en la formación de cerca de 1.500 profesionales de la salud de gran calidad, lo cual ha sido reconocido por las diferentes entidades de salud donde se encuentran vinculadas, en diferentes regiones del país.

En el acto de integración de las y los egresados, se presentaron las diferentes acciones que el Programa de Enfermería viene realizando con las(os) egresadas(os), buscando mantener una comunicación permanente para ofrecerles las actividades de educación continuada, intercambio de experiencias y la necesidad urgente de reactivar el funcionamiento de la ANEC Seccional Huila, como un elemento básico que permita la unidad de acción de la enfermería de la región a los movimientos sociales por la defensa del derecho a la salud y a condiciones dignas y justas para el ejercicio de esta disciplina.

El apoyo al Programa de Enfermería fue realizado por la entrega de Reconocimientos a diferentes profesionales que han estado vinculados desde diferentes perspectivas, entre ellos se entregó una Placa Conmemorativa a Beatriz Carvallo Suárez, "exaltando su espíritu de liderazgo y compromiso en la protección, reconocimiento y defensa del trabajo de las y los profesionales de enfermería de Colombia, labor que le ha permitido durante décadas mantener la calidad profesional de la enfermería Surcolombiana, en el contexto nacional e internacional".

La ANEC, hace un reconocimiento al importante papel desarrollado por la Directora del Programa, Enfermera Yivy Salazar, por la proyección del Programa de Enfermería en el ámbito de la Facultad de Salud y de la Universidad Surcolombiana. Igualmente destacamos el compromiso de la colega Elsa Chacón, líder del equipo que planeó y desarrolló este exitoso evento, lo mismo que en la conducción del programa con las egresadas(os).

La ANEC Seccional Antioquia otorga medalla de plata a Pilar Pastor

Luz Estela Varela.- Junta Directiva ANEC Seccional Antioquia

En la ceremonia de instalación del XX Congreso Nacional de Enfermería, organizado por la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC, en la ciudad de Santa Martha, del día 23 al 26 de octubre de 2013, la Enfermera María del Pilar Pastor

Durango, socia de la ANEC Seccional Antioquia, recibió la distinción de Medalla de Plata, la cual se otorga de acuerdo con lo establecido en nuestros estatutos, en el artículo 62 y en el 19 de la reglamentación, luego de ser aprobado por unanimidad por la Asamblea Seccional, desarrollada en la ciudad de Medellín.

Algunas de las consideraciones tenidas en cuenta para otorgar esta distinción a la colega, son entre otras las siguientes:

- Socia activa de la Seccional por 26 años, formando parte de la Junta Directiva Seccional Antioquia y delegada a la Asamblea Nacional.
- Treinta años de ejercicio profesional destacado en la Universidad de Antioquia y en diferentes áreas académicas, científicas, administrativas y gremial, interviniendo siempre en beneficio de la ANEC y en el desarrollo de la profesión de enfermería.
- Ha realizado diferentes investigaciones relacionadas con la evaluación de políticas sociales y servicios de salud, seguridad social, violencia y sobre el contexto laboral de enfermería.
- Doctora en Ciencias de la Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública de México.
- Ha escrito diferentes artículos, publicados en revistas científicas.
- Ha liderado proyectos de la ANEC.
- Ocupó el cargo de Secretaria de Salud del Municipio de Medellín.
- En la actualidad es asesora de trabajos de grado de estudiantes de Maestría y doctorado en Enfermería.
- Docente invitada a universidades en México.

Por su calidad académica y humana, la Seccional Antioquia y las enfermeras de todo el país deben estar complacidas por el otorgamiento de esta distinción, la cual fue recibida en el Acto de entrega en el Congreso por Luz Estela Varela Londoño, Presidenta de la ANEC Seccional Antioquia por encontrarse la homenajeada fuera del país, posteriormente se hizo entrega de esta distinción en un Acto Especial, durante la celebración de las actividades de fin de año en la ciudad de Medellín el día 5 de diciembre de 2013.

Reconocimiento a la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia

El pasado 12 de noviembre de 2013 la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia recibió del Senado de la República de Colombia, la Orden Civil en el grado de Comendador, distinción entregada en el marco de la conmemoración de los 93 años del Programa de Enfermería, la cual fue oficializada mediante la Resolución N° 090 de 2013 del Senado donde se reconoce su excelsa labor en beneficio de la salud del país.

Este reconocimiento es para los docentes, estudiantes y egresados, quienes en los 93 años han construido las bases y estructura de calidad, liderazgo y excelencia de la Enfermería Colombiana. Por tener siempre el mayor compromiso de liderar la formación del recurso humano en salud y enfermería a nivel de pregrado y posgrado en Colombia y América Latina, generar conocimiento pertinente para el cuidado de la salud del país e innovar en la sociedad.

Igualmente nos congratulamos por el anuncio que hizo la Decana Renata González Consuegra en este mismo espacio, confirmando la asignación presupuestal y el inicio de las obras a partir del 1 de diciembre de 2013 para el nuevo edificio de la Facultad de Enfermería.

Felicitaciones a toda la comunidad profesional de Enfermería.

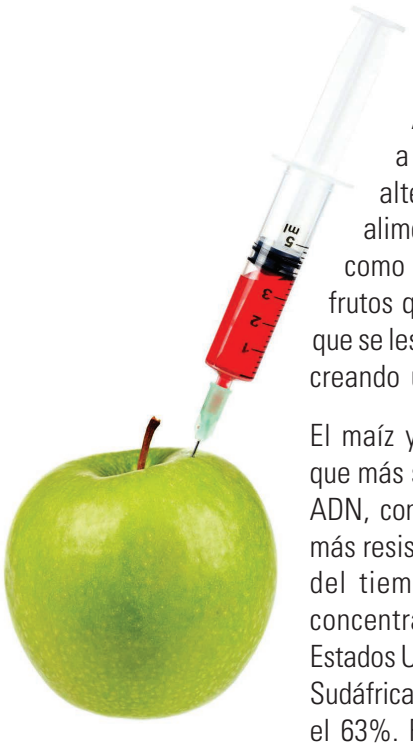
Alimentos transgénicos

María Eugenia Casas Donneys - Enfermera, Magister en Salud Pública.

Transgénico es un organismo vivo que ha sido creado artificialmente manipulando sus genes, mediante técnicas de Ingeniería Genética, que consisten en aislar segmentos de ADN de un ser vivo (virus, bacterias, vegetal, animal) para introducirlos en el material hereditario de otro.

Los transgénicos rompen las barreras entre especies para crear seres vivos que no existen en la naturaleza.

Los alimentos transgénicos son aquellos que fueron producidos a partir de un organismo modificado genéticamente. Es aquel alimento obtenido de un organismo al cual se le han incorporado genes de otro para producir las características deseadas. A partir de la alteración del ADN se crean mutaciones predeterminadas y preconcebidas.



Aunque ya se empiezan a introducir algunos alimentos animales con alteraciones genéticas, generalmente los alimentos transgénicos son de origen vegetal como pueden ser las frutas sin pepitas, los frutos que maduran más tarde, las frutas a las que se les ha modificado el color, el sabor, la forma creando un híbrido de varias frutas diferentes.

El maíz y la soya son los alimentos vegetales que más se han sometido a modificaciones en su ADN, convirtiéndolos en transgénicos que sean más resistentes a las plagas y a las inclemencias del tiempo. Los cultivos transgénicos están concentrados en apenas 6 países del mundo, Estados Unidos, Argentina, Canadá, China, Brasil y Sudáfrica de los cuales Estados Unidos representa el 63%. Países como Italia, Alemania y Francia prohibieron el cultivo y exportación de semillas transgénicas.

Los transgénicos en Colombia

Colombia hasta inicios de la década del 90 fue auto suficiente en la producción y consumo de alimentos y materia prima, pero en la última década se ha profundizado la crisis del sector agrícola, luego de la apertura económica, que permitió la importación masiva de productos agrícolas fuertemente subsidiados, principalmente provenientes de los Estados Unidos. Esto generó que la producción nacional se volviera inviable y poco competitiva, en el 2006 Colombia importó más de 8 millones de toneladas de alimentos, de estos 2 millones de maíz que corresponde al 70% del consumo nacional y 85% de soya, se introdujo de Estados Unidos y de Argentina maíz y soya sin ningún control. En la actualidad el país importa masivamente el 85% del maíz y el 95% de la soya que se consume. Gran parte de los aceites que consumimos en el país son procesados de soya y maíz transgénicos. Igual ocurre con la legendaria Maizena. A tal punto se encuentran ya en el mercado los alimentos transgénicos, que es más fácil para el consumidor identificar los no transgénicos porque en su etiqueta dicen "LIBRE DE TRANS."

Durante la crisis algodonera del 2008 el sector agrícola se afecto en un 30% de los cultivos, especialmente en los departamentos de Córdoba y Tolima que fueron aquejados por el invierno, lo que hizo que los agricultores trabajaran con cultivos modificados para atenuar las consecuencias negativas de las inclemencias del tiempo.

El Senador Jorge Robledo denunció que de manera ilegitima el Gobierno permitió que se distribuyeran entre los productores algodoneros Tolimenses sin las pruebas suficientes, semillas de transgénico MONSANTO DP 455, lo que posibilitó que casi 9.000 hectáreas de algodón sufrieran drásticas reducciones del nivel de producción. Después de

10 años de siembra del algodón transgénico se puede decir que ha sido un gran fracaso, los agricultores se quebraron con la siembra de variedades que les otorgó la transnacional MONSANTO.

De acuerdo con los datos suministrados por el ICA, Instituto Colombiano Agropecuario, al cierre del año pasado se sembró un total de 75.046 hectáreas de maíz., 28.178 de algodón y 12 de flores (claveles y rosas azules) genéticamente modificados. En Colombia según comenta el representante del GRUPO SEMILLAS comenzó a aprobarse el uso y cultivo de transgénicos hace 11 años con el algodón y en el 2007 con el maíz, preocupa que la población Colombiana consume maíz sin tener idea si existe o no reglamentación del impacto negativo de estos productos y violando el derecho fundamental de decidir libremente lo que consumimos y producimos.

Quienes producen los transgénicos?

Los transgénicos son propiedad de grandes compañías MONSANTO, SYNGENTA (NOVARTIS), DU-PONT, PIONEER, HI BRED, que controlan el mercado de las semillas, de los agroquímicos y de los productos farmacéuticos. El 90% de los cultivos transgénicos son controlados y monopolizados por MONSANTO. Las semillas de mayor venta en el mundo son tolerantes al herbicida glifosfato, pero estas semillas no solo son un instrumento para aumentar las ventas del herbicida de MONSANTO, sino para mantener control de la agricultura y de la producción de alimentos.

Las semillas y la tecnología son protegidas y controladas por las empresas a través de patentes que les da derecho exclusivo a cobrar por su uso y comercialización; las semillas "TERMINADOR" son plantas manipuladas genéticamente para producir semillas estériles con el propósito de impedir que los agricultores vuelvan a sembrar las semillas que cosecharon y tengan en cada cosecha que comprarles las semillas a MONSANTO. Estas semillas destruirán las prácticas de mejoramiento e intercambio de semillas entre las comunidades indígenas y campesinas, es decir les impedirán a los agricultores guardar y utilizar sus propias semillas con el riesgo de que las semillas transgénicas podrían contaminar las semillas criollas. MONSANTO es una multinacional Norteamericana que provee productos para la agricultura en su mayoría herbicidas y transgénicos, entre los más conocidos esta el glifosfato y el maíz genéticamente modificado. En el 2013 se realizaron marchas y protestas contra MONSANTO, en 40 países del mundo cuyos motivos fueron la falta de etiquetas para los transgénicos y la asfixia de la transnacional a los agricultores.

El mayor peligro esta en que este puñado de empresas multinacionales controla la investigación, la producción y comercialización de organismos transgénicos y su aplicación a los campos de la medicina, alimentación, semillas, la industria, la tecnología y los plaguicidas. Estas gigantescas corporaciones tienen un poder económico que en muchos casos sobrepasa el Producto Interno Bruto (PIB) de los países del tercer mundo, están impulsando la propiedad intelectual de las innovaciones en transgénicos con las patentes sobre todas las formas de vida y sobre los conocimientos ancestrales y científicos que le pertenecen a toda la humanidad.

Es así como el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) en su resolución 970 de 2010 permite la monopolización de las semillas a pesar de ser patrimonio ancestral de la biodiversidad y de la riqueza natural de nuestro país para convertirlas en un negocio de las transnacionales. Igualmente obliga a los campesinos que paguen por semillas certificadas más caras y en muchos casos contaminadas. De esta forma las comunidades están en camino de perder la soberanía alimentaria, la riqueza de sus saberes tradicionales y el patrimonio genético relacionado con las variedades de semillas nativas y criollas.

El sector agropecuario en Colombia está siendo fuertemente afectado, razón por la cual el pasado septiembre de 2013 se realizó el Paro Nacional Agrario que entre otros principios de acuerdo pidió restringir la importación de pera, lácteos, cebolla, leche en polvo, frijol, alverja y quesos. Igualmente la protesta agraria solicitó reducir el costo del agro insumo y fertilizantes que se pagan en Colombia al 50% por encima de la cotización internacional.

Los responsables de la crisis del sector agropecuario y del paro campesino son en buena parte los Tratados de Libre Comercio (TLC), en particular el de Estados Unidos que entró en vigencia en el 2012 y cuyo impacto apenas comienza. La sorpresa de estas movilizaciones no solo fue para Gobierno que subestimó el movimiento campesino e intentó darle un tratamiento clientelista, sino del movimiento social de habitantes urbanos y estudiantes que se solidarizaron con los reclamos uniéndose a su significativa y justa protesta.

La amplia movilización social hizo que el Gobierno reversará la Resolución 970 del ICA que como ya dijimos ordena comprar únicamente semillas certificadas y pagar "derechos de autor" para cada resiembra. También se lograron acuerdos para proteger productos sensibles al libre comercio tales como papa, leche en polvo y semillas a esta movilización nacional se suman otras protestas locales como las del SINÚ, región

colombiana que posee una fuerte cultura del maíz, con más de 25 variedades donde el resguardo indígena de Sotavento lo declararon territorio libre de transgénicos defendiendo así su biodiversidad y soberanía alimentaria.

Mitos y realidades

La producción, liberación y consumo de organismos y alimentos transgénicos implican una seria y real amenaza para todos los ámbitos de la vida en la tierra, apuntando a consecuencias insospechables. El organismo humano va a ir asimilando este tipo de alimentos dejando almacenada información genética que no se sabe aun que daños nos producirá.

Los productores de transgénicos dicen que su gran ventaja es la disminución del hambre en el mundo y el beneficio para los agricultores, lo cual es una gran falacia porque esto sólo va a beneficiar a las transnacionales que tienen el dominio y la rentabilidad. El hambre existe entre otras razones, por la mala distribución de la tierra, sistemas socioeconómicos injustos, la violencia y políticas neoliberales aplicadas por los países imperiales a los subdesarrollados. Se dice que beneficiará a los pequeños campesinos pobres y hambrientos cuando el mercado es para un grupo selecto de personas que pagan por ello. La innovación se da en los países desarrollados, lo que les permite sustituir importaciones y aumentar la brecha comercial.

Se plantea que los transgénicos no perjudican la biodiversidad, cuando la agricultura transgénica pretende estandarizar sus productos en territorios definidos lo cual lesiona la biodiversidad.

Impacto de los cultivos y alimentos transgénicos

- **Efectos Ambientales:** Las variedades de transgénicos pueden contaminar la biodiversidad agrícola de nuestro País. El uso de químicos asociados a la tecnología transgénica puede generar perdida de variedades y especies nativas.
- **Efectos Socioeconómicos:** Estas tecnologías diseñadas por los países imperialistas no son compatibles con los países subdesarrollados, puesto que crean dependencia tecnológica y control de los agricultores por las transnacionales. Adicionalmente generan desplazamiento y exclusión de la mano de obra rural por ser tecnologías diseñadas para cultivos altamente mecanizados.
- **Efectos para la Salud:** Los riesgos para la salud a largo plazo no se han evaluado correctamente y su alcance sigue siendo desconocido. Algunos estudios realizados en Estados Unidos y Europa muestran la aparición de alergias y tóxicos, aparición de resistencia a antibióticos, contaminación de alimentos por un mayor uso de agroquímicos en la agricultura. Estudios recientes han puesto en evidencia los problemas que generaría el consumo de alimentos transgénicos. Científicos Australianos encontraron conexión entre uso de alimentos manipulados y daños estomacales en los cerdos, en la Universidad de Caen en Francia alimentaron por dos años 200 ratas con 3 raciones de maíz, genéticamente tratado de la multinacional MONSANTO encontrando que se presentaron 2 a 3 veces más tumores en las ratas que consumieron los productos transgénicos.

¿Que hacer?

- Vale la pena retomar la lucha de los indígenas del SINÚ declarando su territorio libre de transgénicos y aplicarla en otras comunidades indígenas y campesinas del país.
- Comprar en almacenes colombianos y no dejarnos deslumbrar por los almacenes de cadena extranjeras, que se están posicionando en nuestro País.
- Comprar productos 100% colombianos no los "made in" así sean más baratos.
- Comprar frutas y verduras frescas, no gaseosas ni jugos artificiales.
- Comprar lácteos nacionales como el queso campesino.
- Identificar los productos libres de transgénicos revisando su etiqueta.
- Apoyar desde la sociedad civil las luchas y protestas en contra del modelo Neoliberal, Tratados de Libre Comercio (TLC) y organismos transgénicos.

Bibliografía

Alexander Marín Correa. Los dueños de los fertilizantes. El espectador Bogotá 8 de Septiembre 2013

Hurtado Camilo. Transgénicos un demonio en el que cree Colombia. Kien y Ke.com. Julio 23 de 2013.

ICA Resolución 970 de 2010, Instituto Colombiano Agropecuario. Bogotá. Colombia.

Melo Jorge Orlando, ICA Semillas de Ira. Columna del Tiempo. Bogotá, Colombia.

Universidad Jorge Tadeo Lozano. Ventajas y Desventajas de los alimentos Transgénicos. Bogotá.

Rivera Ramos Pedro, Transgénicos Patentes y TLC. Panamá República de Panamá.

Nuevas Juntas Directivas Seccionales
ANEC - 2014

CARGOS	COMITÉ SECCIONAL SAN ANDRES	SECCIONAL CALDAS
Presidenta	Fabiola Molina Rosado	Beatriz Helena Berrío Galeano
Vicepresidenta	Yanitza Pomare	Francia Helena Marin Rodriguez
Fiscal	Gina Manuel Hooker	Matilde Ebad Arango
Tesorera	Ammie Hogiste Parra	Luz Marina Largo Largo
Secretaria general	Luz Marina Howard	Martha Lucia Jimenez Otalvaro
Delegada	Marta Paternina	
SECRETARÍAS		
Relaciones Intersindicales		Guadalupe Maria Henao
Relaciones Internacionales		Zulma Victoria Zahara Mesa
Comunicaciones y Publicidad		Alba Lucia Velez Arango
Salud y Bienestar Social		Daissy Murillo Calvo

Beatriz Carvallo, conferencista Congreso - Ricardo Bonilla, Moderador, Junta Directiva Nacional ANEC.

El paciente primero: Cinco organizaciones sanitarias firman un marco consensuado para la colaboración ética

Beatriz Carvallo Suárez - Junta Directiva Nacional ANEC

La confianza y el respeto son esenciales para la consecución de avances en el cuidado de la salud.

Basados en principios globales compartidos, este marco de consenso sitúa al paciente como máxima prioridad, alienta la investigación e innovación ética, garantiza la independencia y conductas éticas, así como promueve la transparencia y la rendición de cuentas.

Identifica las mejores prácticas para los diversos grupos colaboradores, con el objetivo de progresar en materia de atención al paciente.

Ginebra, Suiza, 14 de enero de 2014 - Cinco organizaciones mundiales de salud han establecido un marco consensuado para la colaboración ética, con el de fin de respaldar a diversas asociaciones cuyo objetivo es la provisión de mayores beneficios para el paciente, así como el fomento de una atención a la persona de alta calidad. Basados en los principios incluidos tanto en los códigos individuales, como en las posiciones institucionales de las cinco organizaciones participantes, este marco se basa en cuatro principios transversales:

- Situar al paciente como máxima prioridad
- Alentar la investigación e innovación ética;
- Garantizar la independencia y las conductas éticas
- Promover la transparencia y la rendición de cuentas.

Las mencionadas organizaciones son la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes (IAPO), el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations (IFPMA), La Federación Internacional de Farmacia (FIP) y La Asociación Médica Mundial (WMA).

Los avances científicos, así como los progresos en materia sanitaria dependen en gran medida de procesos regulares de intercambio de información e interacción entre todos los socios. Si bien, los códigos de buenas prácticas individuales regulan las actividades de cada una de estas

organizaciones, este amplio marco de consenso se aplica de forma horizontal a gran parte de la comunidad sanitaria, incluyendo así múltiples interacciones que involucran a pacientes, enfermeras, farmacéuticos, médicos y a la industria de la salud.

"Garantizar la aplicación de conductas éticas, la transparencia y el rendimiento de cuentas, es clave en el desarrollo y ensayo de medicamentos y otras tecnologías sanitarias", subrayó Marie-Paule Kieny, directora general adjunta de Health Systems and Innovation en la Organización Mundial de la Salud. "Animamos a todas las organizaciones implicadas a examinar vías de desarrollo de mecanismos de control que contribuyan a consolidar estos principios".

Declaraciones sobre el marco consensuado

CIE: Promover la transparencia y la rendición de cuentas

"Un elemento esencial para el marco consensuado es la transparencia y rendición de cuentas en nuestro trabajo", dijo David Benton, Director general del Consejo Internacional de Enfermeras. "Mediante la adhesión a este documento, cada organización se compromete con la toma de decisiones abiertas, transparentes e informadas, que tengan como consecuencia una rotunda responsabilidad sobre nuestras acciones".

FIP: Situar al paciente en primer lugar

"Más que nunca, la provisión de atención sanitaria requiere múltiples interacciones entre pacientes, profesionales sanitarios, industria farmacéutica y otras partes implicadas", declaró Luc Besançon, secretario general y consejero delegado de la Federación Internacional de Farmacia (FIP). "Todas las organizaciones que firman el marco consensuado han confirmado hoy que situar a los pacientes como máxima prioridad es de primordial importancia, garantizando así que todas las interacciones tengan un objetivo común y verdaderamente beneficien a los que realmente importan: los pacientes".

IAPO: Garantizar la independencia y las conductas éticas

"Debido a que el manejo del sistema sanitario puede ser muy difícil para los pacientes, necesitamos confiar en que la atención que reciben se basa en información precisa", dijo Joanna Groves, consejera delegada de la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes." El cumplimiento de los principios identificados en este marco contribuirá a asegurar la atención de alta calidad al paciente".

IFPMA: Facilitar la colaboración y la confianza mediante el establecimiento de un marco común

"Mientras las economías desarrolladas y en vías de desarrollo luchan por abordar los acuciantes retos sanitarios en un entorno complejo y de rápida evolución, la colaboración y la confianza entre todos los socios es crucial", afirmó Russell Williams, presidente de la IFPMA Code Compliance Network (CCN) y director general de la asociación canadiense de la industria farmacéutica innovadora Canada's Research-Based Pharmaceutical Companies (Rx&D). "Este marco confirma y amplía los principios éticos ya compartidos por nuestras organizaciones a toda la comunidad sanitaria".

WMA: Apoyar la investigación e innovación ética

"La atención sanitaria requiere certidumbre y confianza en lo que los profesionales sanitarios pueden hacer por sus pacientes. La provisión de atención sanitaria es un desafío de equipo hoy en día, por lo que nuestra cooperación tiene que ser transparente, responsable y profesional", confirmó Otmar Kloiber, secretario general de la Asociación Médica Mundial. "Sin embargo, la atención sanitaria y la ética no son suficientes: la medicina necesita de una investigación científica que permita desarrollar y ofrecer respuestas honestas a un gran número de preguntas que continúan abiertas, en materia de cura de enfermedades y protección de nuestra salud. Hacer posible la cooperación para el progreso de la investigación e innovación ética es uno de los objetivos del marco consensuado."

El marco consensuado para la colaboración ética entre las organizaciones de pacientes, los profesionales sanitarios y la industria farmacéutica está disponible en:

http://www.ifpma.org/fileadmin/content/Publication/2014/Consensus_Framework-vF.pdf.

Los códigos de buenas prácticas de cada uno de los organismos participantes están disponibles en:

IAPO, jo@patientsorganizations.org CIE, williamson@icn.ch

IFPMA, p.shelby@ifpma.org FIP, Oliver@fip.org WMA, otmar.kloiber@wma.net.

Se insta a los políticos a apoyar y a desarrollar la enfermería

La EFN y el CIE hacen un llamamiento a los políticos para que favorezcan e impulsen unos recursos humanos de enfermería idóneamente formados, apoyados y desarrollados en números adecuados para dispensar unos cuidados centrados en la la persona y fomentar la salud en la Unión Europea y en el resto del mundo.

Ginebra, Suiza; Bruselas, Bélgica, 22 de enero de 2014 – Dirigentes de las asociaciones de la Federación Europea de Asociaciones de Enfermeras (EFN) y del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) se reunieron en Bruselas para examinar a fondo las prioridades necesarias para fortalecer el desarrollo de la profesión de enfermería en la Unión Europea y en el plano mundial.

Aún cuando se puso de relieve que la investigación, la elaboración de políticas basadas en pruebas y la acreditación son esenciales para el carácter profesional y para el desarrollo de la enfermería a largo plazo, tanto la EFN como el CIE reconocieron que hay necesidades más urgentes y apremiantes que deben abordarse. Si bien muchas economías están ya recuperándose, se han eliminado numerosos puestos de enfermería y los términos y condiciones aplicados a las enfermeras se han erosionado. Esas actuaciones amenazan la sostenibilidad de los sistemas de salud. La contratación y retención de unos recursos humanos de enfermería bien formados y capacitados son un requisito esencial para dispensar unos cuidados de salud de gran calidad, eficientes y eficaces. Al ser el grupo más numeroso de profesionales de salud y los trabajadores de salud más cercanos y, muchas veces, los únicos disponibles en muchas comunidades, las enfermeras son esenciales para la salud de la población de todo el mundo.

Por ello, la EFN y el CIE instan a los dirigentes políticos a que:

1. Examinen de nuevo, en el contexto de unas mejores circunstancias económicas, las condiciones laborales y los números de enfermeras que se necesitan para dispensar unos cuidados de gran calidad y seguros;
2. Evalúen de nuevo las necesidades de recursos humanos a corto y a largo plazo recurriendo a previsiones cuantitativas y cualitativas para asegurar unos recursos humanos de enfermería adecuados e idóneamente cualificados;
3. Fortalezcan los planes de estudios de enfermería y adapten plenamente su contenido a las necesidades actuales del paciente y del público; e
4. Incluyan a las enfermeras en el proceso político y de adopción de decisiones.

Nota de la Redacción:

Para obtener más información, pónganse en contacto con:

Sr. Paul De Raeve - Secretario General de la EFN
Clos du Parnasse, 11A - B-1050 Bruselas - Bélgica
Tfno.: +32 2 512 74 19 - Fax: +32 2 512 35 50
Correo.: efn@efn.be - Web: www.efnweb.eu
Lindsey Williamson
Consejo Internacional de Enfermeras
3 place Jean Marteau - 1201 Ginebra – Suiza.
Tfno.: +41 22 908-0100 - Fax: +41 22 908-0101
Correo.: williamson@icn.ch - Web: www.icn.ch

Declaración

XX Congreso Nacional de Enfermería

"Las enfermeras al frente de la atención primaria en salud"

Las(os) profesionales y estudiantes de enfermería, reunidos en la ciudad de Santa Marta del 23 al 26 de Octubre de 2013, en el marco del XX Congreso Nacional de Enfermería: "Las Enfermeras al frente de la Atención Primaria en Salud" analizaron desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, APS, en Colombia, el conjunto de indicadores relacionados y el nivel de cumplimientos de las metas de los objetivos del milenio en el país.

Consideramos que:

1. Es esencial que el Gobierno Nacional reconozca en todos los estamentos y ante la sociedad, la importante contribución que hacen las enfermeras(os) para la garantía de la salud de los ciudadanos, como derecho fundamental a través de la prestación de servicios profesionales, con calidad y calidez.
2. Las diferentes organizaciones que representan la profesión en Colombia, como la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC), la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN), Consejo Técnico Nacional de Enfermería (CTNE), la Organización Colegial de Enfermería (OCE) y el Tribunal Nacional de Ética de Enfermería (TNEE), han participado ampliamente en los debates, mesas de trabajo y procesos de reglamentación en salud con especial énfasis en los de la Estrategia de APS, sin que hasta el presente el Gobierno acoja las propuestas de solución presentadas y modificar la grave situación epidemiológica y de servicios de salud que afronta el país y dar cabal cumplimiento a los objetivos del Milenio de la OMS/OPS.
3. La Atención Primaria en Salud, debe ser asumida como una política Gubernamental, que rescate el valor, el derecho a la salud por encima de los intereses financieros, para mejorar las condiciones de salud, disminuir las desigualdades de los grupos sociales y de la diversidad de territorios frente a la enfermedad y la muerte, para atender los determinantes sociales vinculados a lo público, con recursos humanos y económicos estables y suficientes.

Por lo anteriormente expuesto las enfermeras(os) colombianas (os) comprometidas(os) éticamente con la vida y la salud de la sociedad colombiana, exigimos una vez más:

- La necesidad de que Colombia cuente con un Modelo de Salud que supere la fragmentación, las limitaciones de accesibilidad y la actual perversidad financiera del Sector de la Salud.
- Admitir el carácter esencial que tienen los recursos humanos, en particular los de enfermería, reconociendo en la práctica a las enfermeras(os) como columna vertebral en los equipos de Atención Primaria en Salud.
- Establecer una política en materia laboral que garantice un ejercicio profesional en condiciones de dignidad y entornos laborales seguros.
- Respetar la autonomía y autorregulación de la Profesión de enfermería, consagrada en la Ley 266 de 1996, garantizándole la participación en el diseño y formulación de políticas públicas orientadas a consolidar una sociedad más justa e incluyente.

Finalmente expresamos públicamente el rechazo de las y los participantes en el XX Congreso Nacional de Enfermería, por la inasistencia del Señor Ministro de Salud y Protección Social a este evento, que convoca a las enfermeras(os) Colombianas(os).

Expedida en la Ciudad de Santa Marta a los 26 días del mes de Octubre de 2013.

Declaración de posición

Salud mental
Declaración de posición del CIE

La salud mental, aspecto crucial del bienestar, sigue lamentablemente olvidada, dotada de recursos escasos y estigmatizada en la mayoría de las sociedades. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) deplora que siga habiendo en todo el mundo estigma, discriminación, lagunas en los tratamientos, y falta de acceso a los servicios y a la continuidad de los cuidados.

El CIE y las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) se sienten profundamente preocupados por la calidad y la continuidad de los tratamientos y los cuidados dispensados a las personas que padecen desórdenes mentales, a sus familias y comunidades, y por el estigma y la discriminación que sufren las personas afectadas por desórdenes de la salud mental, y quienes las cuidan, entre ellos los profesionales de salud.

El CIE está convencido de que unos servicios eficientes y eficaces de salud mental sólo se conseguirán mediante una estrategia coordinada, intersectorial y basada en la comunidad. El CIE insta a los gobiernos a que, para completar los servicios actuales, pasen a aplicar programas para la comunidad centrados en la promoción de la salud mental, la prevención de las enfermedades mentales, la pronta intervención y el tratamiento, los cuidados y la rehabilitación a domicilio.

El CIE reconoce la permanente importancia de las instituciones hospitalarias para pacientes internos, para cuidados ambulatorios y para la comunidad, basados en la condición y la necesidad de las personas que viven con enfermedades mentales, y la necesidad de prestar más apoyo a los dispensadores no institucionales de cuidados.

Debe prestarse más atención al desarrollo y a la salud mental de los grupos vulnerables (las mujeres, los jóvenes, las personas mayores, los pobres, los que son objeto de abusos, los adictos y los refugiados, etc.); a conseguir recursos financieros y humanos suficientes para la prestación eficaz de servicios, y a la formación y preparación de especialistas de salud mental.

El CIE hace un llamamiento a los gobiernos para que:

- Establezcan la política general, incluida la legislación, para proteger y mejorar la salud mental y se presten servicios de salud mental eficaces, integrados y basados en la comunidad.
- Se mantengan sistemas de información que midan los indicadores de salud mental y los resultados.
- Aporten los recursos humanos y la tecnología adecuados, con inclusión de una terapia mediante medicamentos.
- Identifiquen las prioridades de la investigación de salud mental y las apoyen.
- Inicien una campaña destinada a múltiples interesados, en la que se trate el estigma en la salud mental.

El CIE hace un llamamiento a los gobiernos para que:

- Luchen contra el estigma y la discriminación asociados a los problemas de salud mental.
- Promuevan normas éticas elevadas en la política general, los servicios y la investigación.
- Fomenten y difundan la investigación en la esfera de la salud mental.
- Influyan para conseguir recursos financieros, humanos y tecnológicos, unos cuidados

integrados y basados en la comunidad, y la responsabilidad del gobierno.

Además el CIE pide también a las enfermeras y a las ANE que:

- Trabajen para que las enfermeras participen en la elaboración de la política de salud mental.
- Defiendan la integración de la salud mental en el plan de estudios de enfermería en los niveles básico y postbásico y en la formación continua.
- Apoyen el desarrollo continuado de los servicios de salud mental.

Las ANE y las enfermeras deben defender la prestación de apoyo de salud mental a los recursos humanos, especialmente en situaciones dolorosas.

Antecedentes

Unos 500 millones de personas de todo el mundo sufren de desórdenes mentales y todas las personas corren el riesgo de problemas de salud mental, muchas veces por estilos de vida tensos, disfunciones en las relaciones, conflictos civiles, violencia, enfermedades físicas, infecciones o traumas. Se preveé que los problemas de salud mental van a aumentar en todo el mundo por dificultades sociales y económicas tales como el desempleo, el crimen, la pobreza, la intolerancia racial, el abuso de sustancias peligrosas, la falta de hogar y los abusos de las personas.

El estigma y la discriminación relacionados con la enfermedad mental tienen consecuencias negativas para la salud y el bienestar del paciente y de su familia, y para profesionales de salud. Además el estigma es una barrera que se opone a la búsqueda de cuidados y tratamiento adecuados y a la integración de las personas con enfermedades mentales en la comunidad.

Las enfermeras favorecen los planteamientos globales para la promoción de la salud mental, la prevención de la enfermedad, los cuidados, el tratamiento y la rehabilitación de las personas que viven con problemas de salud mental; además las enfermeras prestan apoyo a las familias y comunidades de esas personas.

Asimismo, las enfermeras desempeñan una función capital para reducir el estigma de la enfermedad mental. Sin embargo, escasean los profesionales cualificados y los dirigentes de enfermería de salud mental, por problemas de reclutamiento y de retención.

En algunos países no se valora a las enfermeras de salud mental y psiquiátricas, y los programas de formación sobre el modo de impartir los cuidados, sobre la gestión, la investigación y la política general son inadecuados.

Los problemas de salud mental son comunes en todos los contextos de la atención de salud, y la enfermedad física va frecuentemente acompañada de problemas de salud mental. Así pues, las enfermeras han de tener conocimientos y capacidades para poder responder a las necesidades de salud mental de las personas.

Las necesidades de salud mental de las enfermeras y otros profesionales de salud deben tratarse, especialmente en situaciones dolorosas.

Aprobada en 1995

Examinada y revisada en 2002 y 2008

Declaraciones de posición relacionadas:

- Las enfermeras y la atención primaria de salud
- Investigación en enfermería
- Las enfermeras y los derechos humanos
- Gestión de los servicios de enfermería y atención de salud.

Carta de la CSA al Presidente de Colombia - Diciembre 2013

CONFEDERACIÓN SINDICAL DE TRABAJADORES/AS DE LAS AMÉRICAS

CONFEDERACIÓN SINDICAL INTERNACIONAL

Ref. D13 32 Colombia 10

Sao Paulo, 17 de diciembre de 2013

Señor:
Juan Manuel Santos
Presidente de la República
Bogotá, Colombia
Presente

La Confederación Sindical de Trabajadores/as de las Américas (CSA), expresión continental de la Confederación Sindical Internacional (CSI) y que en la región representa a más de 50 millones de trabajadoras/es, ha sido informada por su afiliada en Colombia, la Confederación de Trabajadores de Colombia (CTC), de los asesinatos de PEDRO ELIAS CAMPEROS y de CARLOS GARCÍA HERREROS, dirigentes sindicales de la Subdirectiva de la Federación Nacional de Servidores Públicos (FENASER), filial de la CTC, ambos ocurridos en la primera semana de diciembre del presente año.

Según nos informa la CTC, CARLOS GARCÍA HERREROS fue brutalmente asesinado el día 4 de diciembre mientras que PEDRO ELIAS CAMPEROS fue víctima de un horrendo asesinato en el Municipio de Sardinata (Norte de Santander) la noche del día 6 de diciembre en cuyo atentado también resultó muerto uno de sus acompañantes y otro resultó herido.

Estos nuevos hechos demuestran una vez más que la situación de violencia contra la vida de líderes sindicales en Colombia se mantiene y que los dirigentes sindicales colombianos no cuentan con garantías mínimas para el ejercicio de la libertad sindical.

Según un comunicado de prensa de la Escuela Nacional Sindical, el año 2013 aumentó la violencia contra el movimiento sindical colombiano, registrándose 26 homicidios de sindicalistas y 13 intentos de homicidios, es decir, 4 casos más de homicidios y 6 casos más de intentos de homicidio contra la vida de sindicalistas que en 2012.

Estas cifras demuestran que pese a que el Gobierno ha anunciado esfuerzos en la implementación de medidas encaminadas a garantizar el ejercicio de las libertades sindicales, la violencia antisindical y la impunidad de ésta se mantiene vigente en Colombia.

El 2013 hemos denunciado y condenado la violencia antisindical en Colombia en varios casos, entre ellos, el asesinato de los sindicalistas JUAN CARLOS MUÑOZ, EDILBERTO RANGEL ZAMBRANO, NÉSTOR MANUEL HINESTROSA MENDOZA, LEONARDO GARCÍA MORERA, NARCISO BELTRAN, FERNANDO FLÓREZ, la desaparición de CARLOS ALFONSO OSPINA RODRÍGUEZ, las amenazas de muerte contra HECTOR SANCHEZ, contra los miembros del Comité Ejecutivo de la Seccional de Barranquilla-CGT, el apresamiento político de HUBERT BALLESTEROS, y las continuas amenazas a las organizaciones sindicales y sociales defensoras de los derechos humanos.

Señor Presidente:

La CSA-CSI condena estas nuevos atentados contra la vida de sindicalistas en Colombia, exige se investigue de manera efectiva tales hechos a fin que estos crímenes no queden impunes y se detenga inmediatamente la masacre antisindical llevada a cabo en Colombia.

El Estado colombiano y su gobierno en particular son los principales obligados a garantizar la integridad física y la vida de todas/os las/os trabajadoras/es en Colombia. El movimiento sindical internacional está y estará alerta en denunciar en todas las instancias internacionales que correspondan los actos antisindicales contra el movimiento sindical colombiano.

Atentamente,

Víctor Báez Mosqueira
Secretario General

Rua Formosa, 367 – 4º andar – Cj 450 – Centro – CEP 01049-000 – Sao Paulo/SP – Brasil
Teléfono: (5511) 2104.0750 – Fax: (5511) 2104.0751 – sede@csa-csi.org – www.csa-csi.org

La ANEC participa en evento de liderazgo para el cambio desarrollado por el CIE

Ángela María Sosa - ANEC Seccional Cundinamarca

Durante el año 2013, fui seleccionada por el Consejo Internacional de Enfermeras, CIE para participar en el curso de liderazgo organizado por el ICN- Burdett Global Nursing Leadership Institute, un programa que busca mejorar los conocimientos y habilidades de las Enfermeras del mundo para que ejerzan un rol estratégico que permita intervenir en las prioridades nacionales y mundiales de salud.

Bajo el lema "El desarrollo de la enfermería en las políticas sanitarias" el evento se realizó exclusivamente en idioma inglés, en el mes de Septiembre en la ciudad de Ginebra, Suiza, con el propósito de preparar a las y los participantes en aspectos tales como:

- Construcción de alianzas estratégicas dentro de las organizaciones, entre instituciones nacionales e internacionales, públicas y privadas, y en todas las profesiones y sectores pertinentes.
- Desarrollar capacidad para identificar sus propias fortalezas y áreas de liderazgo para la mejora continúa.
- Comprensión más profunda de los desafíos que enfrenta la salud mundial.
- Desarrollar condiciones para impulsar el cambio de políticas que promuevan el derecho a la salud a nivel local, nacional y mundial.
- Identificar los conocimientos necesarios para la planificación estratégica.
- Prepararse para asumir mayores roles y posiciones en cada país y en el mundo.
- Desarrollo de redes duraderas de liderazgo internacional con profesores y los participantes en el programa.

A partir de la participación en este evento se estableció como meta para la ANE, la creación de la red de cuidado primario de Enfermería, la cual se encuentra en vía de construcción inicialmente para un tema particularmente sensible para el país, como lo es la salud materno-perinatal.

Finalmente, agradezco el apoyo recibido de las directivas de la Junta Nacional para la planeación y participación en este evento e invito a todas mis colegas a hacer parte de este proyecto de liderazgo, en las actividades que se desarrollen en un futuro.

Discurso de instalación Vigésimo Congreso Nacional de Enfermería

Esperanza Morales Correa - Presidenta Junta Directiva Nacional, ANEC

Es un honor para mí, que por segunda vez tenga la oportunidad de dirigirme a la comunidad profesional de nuestro país, en calidad de Presidenta y en representación de la Junta Directiva Nacional, para presentarles un fraternal y cálido saludo de de bienvenida a todas las personas que hoy nos acompañan en la ceremonia inaugural del vigésimo Congreso Nacional de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC

A las autoridades de la salud a nivel departamental, Nacional e Internacional, que hoy nos honran con su presencia y a los conferencistas de países de la región latinoamericana y de nuestro país, nuestro agradecimiento, por acompañarnos en la finalidad de intercambiar, experiencias y aportes en torno al tema del Congreso "Las enfermeras al frente de la Atención Primaria de Salud, APS".

Así mismo reconocemos el apoyo por parte de la Unidad de Registro de Enfermería, de las Seccionales de ANEC y de los participantes en la muestra comercial quienes, hicieron posible la asistencia de un grupo importante de enfermeras a la convocatoria más amplia de la Enfermería del país.

El Vigésimo Congreso, se constituye en una plataforma excepcional para compartir cerca de 45 trabajos de investigación, experiencias de servicio, pedagógicas y gremiales presentadas por profesionales y estudiantes en sesiones paralelas, de forma oral, durante los 3 días que dura el evento, las cuales estarán enriquecidas por las conferencias magistrales y los paneles de expertos, en la línea de fortalecer las competencias profesionales para la atención de enfermería comunitaria, estableciendo tendencias e identificando las limitaciones que rodean la aplicación de la APS como eje estructural de la prestación de los servicios de salud, en el país.

Nos hace mucha ilusión que cientos de colegas, se interesen de participar de este evento que además, se configura como un proceso de fortalecimiento organizativo, para asumir el compromiso social como profesión en la construcción de un Sistema de Seguridad Social, Universalista, donde la salud es una parte y debe defenderse con la perspectiva de derecho fundamental, al igual que la garantía de la pensión de vejez y las protecciones relacionadas con la seguridad de los entornos laborales, son elementos integrales del Sistema y que deben ser una aspiración legítima e irrenunciable de todas y todos, los ciudadanos del país.

La Atención Primaria en Salud, una estrategia estructural de los Sistemas de Salud

Existe un conjunto de evidencias a nivel internacional que indican que los sistemas de salud de control público que se encuentran organizados sobre la base de una fuerte orientación hacia la APS, y están provistos de recursos humanos calificados y suficientes en el primer nivel de atención, alcanzan resultados de salud mejores y más equitativos, independientemente de las concepciones que se tengan de la APS que por cierto son diversas, su impacto está directamente relacionado con la existencia de un sistema de protección social fuerte.

Por lo anterior la operativización de la APS está dada, en primera instancia por el modelo de protección social y por el sistema de salud en el que se encuentra inserta, de tal manera que ésta estrategia juega el rol de puerta de entrada, organizada mediante equipos multidisciplinarios, en donde la enfermera históricamente ha jugado un papel central.

Desde hace dos décadas en Colombia el Sistema de salud ha experimentado continuas reformas, (cinco Leyes): 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, Ley Estatutaria de 2013 y Ley Ordinaria en curso actualmente en el Congreso, las cuales han dado lugar a la profundización del modelo de salud de mercado de servicios y la pérdida de la concepción de la atención en salud como un asunto de Estado y de interés público, y como una cuestión inherente a los derechos humanos.

Este proceso reformatorio, se caracteriza por la pérdida de gobernabilidad del Estado sobre las principales decisiones en materia de atención en salud, que se encuentran bajo la égida del poderoso dominio de las 63 empresas promotoras de salud que operan los regímenes contributivo (cotizantes), y subsidiado (población pobre), ejerciendo un fuerte control sobre la información y los recursos económicos destinados a la atención en salud. En el reciente proyecto de Ley Ordinaria enviado con mensaje de urgencia por el Presidente de la República, el Congreso en el artículo 38 del proyecto ha dado luz verde a la integración vertical para la prestación de servicios básicos en el primer nivel de atención; decisión que repercutirá en la calidad del acceso a los servicios de la baja complejidad, en la calidad de las prestaciones, y en la efectividad de la atención en el tránsito hacia el segundo y tercer nivel de atención.

Así mismo, el crecimiento desproporcionado y la fragmentación de un sector privado de prestadores que cuenta con 42.821 instituciones prestadoras de servicios de salud, respecto de 1.215 hospitales públicos para el primero, segundo y tercer nivel de atención; y más grave aún el desplazamiento forzado de la fuerza de trabajo en salud que en la última década se ha concentrado en la gestión del riesgo en detrimento de la actividad asistencial integral. En este escenario, los profesionales de enfermería se han visto obligados a destinar al menos un 80% de las actividades asistenciales hacia actividades administrativas (gerencia, facturación, auditoría) con delegación de funciones asistenciales inherentes al cuidado y protección de la salud en personal de menor calificación.

Lo anterior sumado, a que las actividades generales de enfermería relacionadas con la Atención Primaria en Salud continúan teniendo una baja valoración económica por ende social, es así como en el manual de tarifas de referencia vigente, la consulta de Control y Seguimiento en programas como el Control Prenatal a cargo de las enfermeras tiene una tarifa de referencia en la negociación de contratos entre aseguradores y prestadores, cuatro veces menor que la consulta con médico general. Un control Prenatal equivale

a US$3,8, respecto de US$ 12,5 la consulta médica general a la tasa de cambio de hoy, y la tarifa de interconsulta con un médico especialista de US$18. Es de resaltar que el profesional de enfermería no recibe directamente el precio que de incluirse en el contrato (por lo general es menor) recibe la institución prestadora de servicios.

De acuerdo con las cifras oficiales, la tasa de Mortalidad Materna, que se considera un indicador sensible del nivel de crecimiento económico y desarrollo social de un país muestra que para el año 2011 en Colombia la tasa de muerte de mujeres gestantes fue de 69.1 muertes por cien mil nacidos vivos, pese a que el gobierno asegura que el 98% de los partos reciben atención en instituciones de salud. Ya en el año 2010, las cifras de inequidad en la distribución de muertes maternas a nivel territorial fue alarmante. En los 5 departamentos más críticos en muertes maternas respecto del promedio nacional se encontraron las siguientes tasas: en Putumayo (242,2), Caquetá (194,3), Chocó (178,7), La Guajira (154,9) y Córdoba (146,8), muertes por 100.000 nacidos vivos.

Recientemente, uno de los periódicos locales, el periódico El Meridiano del Departamento de Córdoba informó, que en Colombia según el Instituto Nacional de Salud, en el primer semestre del año 2013, unas 190 mujeres gestantes fallecieron por causas diferentes a las meramente biológicas que podrían ser perfectamente prevenibles con políticas públicas favorables al cuidado de la salud y protección de la vida. Es decir, existe un mayor número de muertes maternas en poblaciones en estado de vulnerabilidad y pobreza, por barreras de acceso a los servicios de salud, por fallas en la disponibilidad de recurso humano calificado, y por la deficiente infraestructura hospitalaria pública y privada. Todas las anteriores abiertamente aceptadas por el gobierno actual ocupando Colombia, el cuarto lugar en Suramérica con el índice más alto de mortalidad materna.

En las anteriores condiciones con un modelo rentista y excluyente como es el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud y como la ha reconocido el mismo Ministerio de Salud y Protección Social en el más reciente informe planteándolo como un reto a futuro, Colombia no logrará el cumplimiento de la meta adoptada de reducción de la Mortalidad Materna a 45 por cien mil nacidos vivos compromiso establecido dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio por finalizar en menos de 830 días.

Tanto el gobierno como los organismos internacionales han de considerarse responsables de este deterioro, las políticas públicas emprendidas han resultado un fracaso. El Ministerio de Salud y Protección Social ha dado inicio a la implementación del Plan Decenal de Salud Pública sin contar con la evaluación del plan de salud pública anterior 2007 – 2010 y en contravía de las voces procedentes desde distintos lugares de la sociedad: gremios, académicos, trabajadores de la salud, investigadores y usuarios de los servicios que han advertido acerca de la inviabilidad de lograr acciones integrales de salud pública en el modelo actual de aseguramiento en salud que está produciendo epidemias vitales tales como la reciente epidemia de sarampión y la tuberculosis en ascenso, con un promedio mensual aproximado de 1000 casos nuevos de esta enfermedad prevenible y controlable. Por su parte los organismos internacionales han mantenido falencias en promover en forma decidida sistemas universalistas de salud.

La práctica profesional de enfermería es esencial para la vida y la salud. La enfermería constituye una profesión que históricamente ha centrado su objeto de estudio en el cuidado de la vida y de la salud, fundamental en el ámbito del ejercicio de los derechos humanos desde el sector de la salud. La naturaleza de este bien público, el cuidado de la salud tiene su máxima expresión en la posibilidad que tenemos las enfermeras de reducir las distancias entre la salud, la enfermedad y la muerte para potenciar el bienestar de los sujetos de la atención y la calidad de vida de estos.

¿Porqué nos hemos convocado en este evento a reflexionar sobre la Atención Primaria de Salud? y ¿porqué aseguramos que las enfermeras estamos al frente de esta atención? Porque la ANEC, le apuesta a que las enfermeras como ciudadanas y cuidadoras de la salud tengamos la posibilidad de incidir en las transformaciones que el modelo de salud y seguridad social requiere para que el derecho a la salud sea una realidad tangible.

Como Presidenta de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, declaro oficialmente instalado el Vigésimo Congreso Nacional de Enfermeras: "Las enfermeras al frente de la Atención Primaria en Salud", y por supuesto invitarlas a que disfruten de la acogedora ciudad de Santa Marta, sede del evento, enclave geográfico entre la sierra y el mar, lleno de la magia de la Sierra Nevada del Parque Natural y de la Ciudad Perdida, complejo cultural indígena prehispánico, declarada por la UNESCO en 1972, como reserva de la Biosfera y Patrimonio de la Humanidad.

¡MUCHAS GRACIAS¡

1 Una estrategia educativa por la salud sexual y reproductiva de los adolescentes

Facultad de Salud - Universidad Industrial de Santander*

Introducción: Esta estrategia hace parte de la continuidad de un proyecto educativo integrador denominado "Semillas de Hoy…Frutos del Mañana", creado durante las prácticas de enfermería de V nivel de la Escuela de Enfermería de la Universidad Industrial de Santander UIS, en la institución educativa del sector público, el cual tiene como objetivo promover la importancia de la salud sexual y reproductiva en los adolescentes, mediante el diseño, estructuración y validación del enfoque de la educación sexual y reproductiva en el contexto escolar con docentes, directivos y estudiantes de la Institución Educativa Las Américas y cuyo producto principal se traduce en un libro, publicado, bajo el mismo nombre del proyecto que ha cobijado su surgimiento.

La aplicación del libro, llevó a que los estudiantes y docentes identificarán la necesidad de crear un material didáctico que facilitara el desarrollo de las metodologías expuestas en el texto. Los temas desarrollados en el libro son:

Primer capítulo, se presentan temas específicos relacionados con el fortalecimiento del autoconcepto, el reconocimiento de su dimensión sexual y la construcción de ciudadanía. En el segundo capítulo, se ahonda en tópicos como los cambios en la pubertad, la fisiología de la reproducción y las conductas de riesgo en el adolescente como uso de sustancias psicoactivas y prácticas sexuales irresponsables. Finalmente, el tercer capítulo, se enfatiza abiertamente en el fortalecimiento de un claro proyecto de vida en el adolescente, y por ende se abordan temas como la prevención de embarazos no deseados, ITS, anticoncepción efectiva, entre otras, que resultan fundamentales para el cumplimiento de los objetivos específicos que se persiguen con la aplicación de este capítulo.

Basados en las teorías de aprendizaje significativo se pretende partir de los preconceptos del adolescente, así como del estudio de sus predilecciones en el momento de asumirse como parte activa del proceso de enseñanza-aprendizaje, para generar una propuesta metodológica, basada en la importancia de la conexión simbólica y gráfica que resulta vital para hacer que los supuestos teóricos se traduzcan en acciones concretas resultantes de un modelo mental de aprendizaje que integra sistemas diversos de asociación conceptual que le permiten al adolescente reestructurar sus conocimientos previos sobre los temas abordados, haciendo que los relacione con las situaciones de su cotidiano vivir en cuanto al cuidado propio, las demandas del medio, el reconocimiento propio como un ser sexual, la caracterización de los riesgos contextuales y así mismo, al construir una relación entre el saber y el

* Alexandra García Rueda, Luz Eugenia Ibáñez Alfonso, Carla juliana Gómez Rodríguez, Joseph Gómez Quintero, Laura Estefanía Gómez Sánchez, Luz Dary Guerrero Aguilar, Camilo Andrés Gutiérrez, Juliana Alexandra Hernández Vargas, Sergio Alberto Jaimes Galán
Correo electrónico: alexagaru@hotmail.com – libanez_37@hormail.com
Carrera 32 No.29-31 Teléfono: 6344000 extensiones: 3016 y 3018 - 6345745
Facultad de Salud - Universidad Industrial de Santander

hacer, determine las acciones de contingencia más oportunas para propiciar mediante un proceso de reflexión y crítica, para aumentar la cobertura de los factores protectores, haciendo del autocuidado un estilo de vida que promueva las prácticas sexuales responsables, sin ser éstas, sinónimo de genitalidad, sino abordadas en su integral sentido, como las diversas formas de relaciones entre sexos, desde un escenario cotidiano hasta las implicaciones propias del deseo y el enamoramiento, en su expresión más plena.

Este material es actualmente utilizado en la institución educativa por docentes del colegio y estudiantes y docentes de enfermería, como una estrategia de atención primaria en salud para adolescentes integrada con la aplicación del libro, que ha permitido un mayor acercamiento a los adolescentes, a la facilidad de que expresen sus problemas, los cuales han sido intervenidos para contribuir a la solución de los mismos.

Propósitos

- Diseñar e implementar material didáctico para las metodologías empleadas en el libro "Semillas de hoy, frutos del mañana" sobre salud sexual y reproductiva, con el fin de favorecer y fortalecer el aprendizaje de los niños y adolescentes de la institución educativa las Américas de la ciudad de Bucaramanga, para que sea de mayor agrado y en tal medida se torne más significativo y estructurado en el referente cognitivo-procedimental de éstos estudiantes.
- Involucrar a las directivas, docentes de la Institución las Américas para lograr orientación acerca de la implementación de material didáctico para el libro "semillas de hoy, frutos del mañana", que favorezca el aprendizaje de la salud sexual y reproductiva en los estudiantes del ente académico.
- Motivar a los estudiantes de la institución Las Américas a que participen activamente en el desarrollo de las temáticas sobre salud sexual y reproductiva a través de la implementación de material didáctico.

Desarrollo

Inicialmente se realizó una encuesta a estudiantes y docentes para evaluar el nivel de satisfacción con el Programa de Salud Sexual y Reproductiva desarrollado en el colegio a la población estudiantil de 6º a 11º, con una muestra de 120 estudiantes y 6 docentes, la información se tabuló en el programe epi-info, identificando en forma prioritaria la necesidad de crear un material educativo pertinente para abordar cada una de las temáticas contempladas en el libro de salud sexual y reproductiva "Semillas de hoy frutos del mañana" que se viene aplicando en esta institución. Se llegaron a acuerdos entre representantes del colegio y las docentes de enfermería, sobre la necesidad de implementar un material educativo y la financiación del mismo.

Posteriormente para cada uno de los capítulos del libro, se inició el análisis de las metas y las metodologías planteadas encaminadas a la construcción de material didáctico para los tres capítulos del libro:

Capitulo 1: (Para grados 6 y 7): Histogramas, DVD con apoyo audiovisual

Capítulo 2: (Para grados 6 y 7): "Arma y descubre los cambios de la pubertad"

(Rompecabezas), Escalera "Aquí todos somos iguales", "La botella del placer: Responde o Se Atreve", "Camino al Placer", "Concéntrate en descubrir tus derechos", Sexualicasos. "Cero tolerancia contra cualquier forma de violencia física, psicológica o sexual"

Capítulo 3: (Para grados 6 y 7): "Porque me cuido soy responsable", "Ahórrate el viaje", Twister "Una experiencia de contacto", "Sexo Seguro la Mejor Opción"

Se realizó validez facial al material con los docentes de la institución, igualmente se hizo una prueba piloto para aplicar el material con los estudiantes, quienes demostraron satisfacción con el material utilizado y el desarrollo de la actividad. El rector, coordinadores, psico-orientadora y docentes aprobaron el material, el cual actualmente es utilizado para desarrollar actividades de salud sexual y reproductiva con los adolescentes tanto por estudiantes de enfermería que realizan sus prácticas, como el personal de la institución.

Conclusiones

- Resulta crucial, a este nivel, resaltar la importancia de la educación continua, basada en la participación activa de todos los actores que hacen parte del proceso, como instrumento para lograr el empoderamiento del adolescente en términos de la vivencia responsable, plena y segura de su dimensión sexual y en tal sentido, la orientación que se realiza desde el ámbito escolar, además de ser extremadamente necesaria hace que se potencie la adquisición de habilidades decisorias en torno a este tema tan importante dentro de las diferentes etapas del ciclo vital.
- En la tarea por brindar un soporte educativo a la comunidad adolescente en materia de SSR que además de ser sustentado científicamente cumpla la función de ser oportuna y fácilmente incorporada a sus prácticas diarias,

se hace evidente la necesidad de optar por herramientas metodológicas que inviten a la participación activa del adolescente en el proceso complejo de adquisición o reforzamiento de conocimientos específicos en SSR y con ello, generen las bases requeridas para crear una cultura de empoderamiento sanitario, en la que el adolescente sea diferenciado como el protagonista y evaluador constante del proceso adelantado bajo la asesoría de los miembros del equipo interdisciplinario de salud.

- Se destaca la necesidad imperativa de incluir el desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva de una manera integral y teniendo en cuenta su progreso de acuerdo a los ciclos vitales humanos. Es así, como el abordaje de los temas requeridos para cumplir con este objetivo debe basarse, en el caso del adolescente en sus necesidades prioritarias de acuerdo a las características esenciales de esta etapa en lo concerniente a la educación en SSR.
- El profesional de Enfermería, debe asumir su rol de liderazgo en la gestión del componente educativo que está llamado a ejecutar con la población adolescente y para ello, debe sujetar sus acciones a la valoración continua de su escenario de desempeño con el fin de identificar falencias que pueda traducir en oportunidades para la potenciación de los resultados obtenidos tras su intervención. Es así, como se establece que dentro de la reestructuración que debe liderar en los métodos convencionales de enseñanza, el campo de las metodologías didácticas como apoyo asertivo en el campo de la educación en Salud sexual y reproductiva constituye un elemento fundamental que deberá incluir a su práctica en este contexto complejo y cambiante, para que las estrategias educativas enfocadas a la atención primaria en salud obtengan mejores resultados.

Aportes al desarrollo de la salud y profesión

El proyecto contribuye al interés mundial de mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, según los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y a nivel nacional a través del Ministerio de la Protección Social, contribuyendo con el cumplimiento de la política Nacional de salud sexual, y de las acciones prioritarias sobre salud sexual y reproductiva del Plan Nacional de Salud Pública y al desarrollo de estrategias como: "Servicios amigables para adolescentes y jóvenes; así mismo a la defensa de los derechos y deberes contemplados en la Constitución Política entre los cuales resalta el derecho a la educación que se considera como inalienable, siendo este una base importante para sentar la intención de este proyecto. Igualmente al fortalecimiento de la atención primaria en salud, tema al cual se le ha dado mayor importancia a través de las últimas normas como es la ley 1438 de 2011.

Asimismo pone sobre la mesa la propuesta de medios didácticos para enseñar en los temas relacionados con salud sexual y reproductiva, porque "se aprende más cuando se aprende jugando", contribuyendo a mejorar la salud de los adolescentes al promover, aumentar la conciencia de éstos, sobre la necesidad de asumir una sexualidad responsable, velar por el fortalecimiento de la autoestima y los valores, para prevenir embarazos no deseados, abortos, enfermedades de transmisión sexual entre otros.

A la profesión de enfermería le permite aumentar su conocimiento sobre metodologías, conceptos, material didáctico relacionados con temas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes, los cuales puede utilizar para ejercer su liderazgo en atención primaria en salud, siendo un acompañamiento clave, junto a los padres y docentes en la formación del adolescente, con relación a su sexualidad.

Referencias bibliograficas (resumen)

Análisis del Programa de Ssr para Jóvenes de Profamilia en la ciudad de Cali Disponible en: Biblioteca virtual.clacso.org.ar/ar/libros/colombia/cidse/profamilia.pdf . Consultado el 20 de mayo de 2011

BELLO, P. Los juegos: planteamiento y clasificaciones. Didáctica de las segundas lenguas. Estrategias y recursos básicos. Aula XXI, 1990, Santillana, pp. 136-157.

Bujardon, A; Macias, Me; humanidades medicas; Rev Hum Med V.6 N.2, ciudad de Camaguey mayo-agosto 2006

Centro Virtual de Noticias. Ministerio y Secretaría de Educación evaluaron Proyecto de Educación para Sexualidad y Construcción de Ciudadanía. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/article-113384.html Consultado en: Mayo 20 de 2011.

El Ministerio de Educación Nacional y El Fondo de Población de Las Naciones Unidas (Unfpa). Programa de Educación para la sexualidad. Construcción de ciudadanía. Disponible en: http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/article-172218.html. Consultado el 20 de mayo de 2011.

Vásquez M. L, Argote L.A et al. Educación en derechos sexuales y reproductivos: una perspectiva integral con adolescentes escolarizados. Colombia Médica, vol. 36 N° 3. 2005. P. 7

Salas R. La identificación de necesidades de aprendizaje. En: Educ Med Super: Ciudad de la Habana Vol. 17; Nº1; (ene-abr 2003)

Secretaría De Salud De México. Programa de acción: Salud Reproductiva. 1ª ed. México, 2002. P. 18.

Tarazona, D. "Estado del arte sobre comportamiento sexual adolescente", Revista Electrónica del Instituto Psicología y Desarrollo, N. 6, año II (diciembre 2005), p. 1-11

Tenorio, R; Adolescencia y sexualidad una maravillosa edad de tiempo imaginario; Artículo citado mayo 23 de 2011; disponible en línea: http://www.adolescenza.org/librosex.pdf

República de Colombia: Ministerio de la Protección Social. Ley 1438 de 2011: Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2011.

Plan Decenal de Educación 2006- 2016. Educación sexual desde preescolar genera debate. 2007.

Los textos aquí transcritos son de autoría de las respectivas participantes.

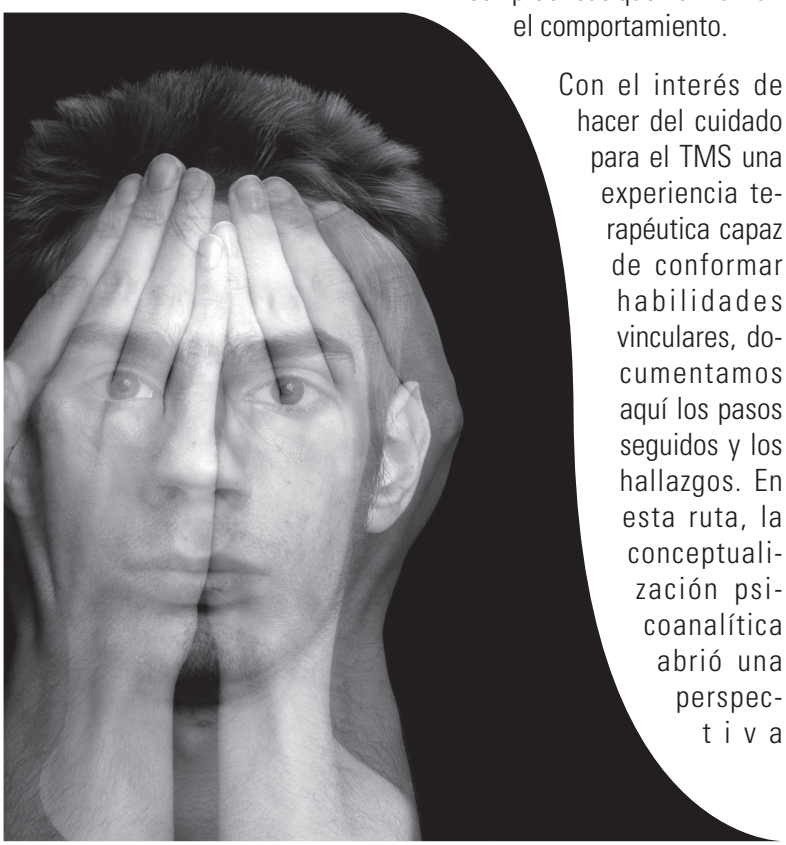
2

Cuidador-residente, una relación que se teje entre el enigma de los límites, en una residencia protegida para personas con diagnóstico de trastorno mental severo

Maritza Barroso Niño

Introducción: Nos planteamos la necesidad de intervenir una población con diagnóstico de TMS para rehabilitar en ellos competencias relacionales, útiles para su regreso a la vida familiar. El grupo de residentes: 12 personas con diagnostico de esquizofrenia paranoide en tratamiento psiquiátrico y sintomatología en control, con franca incapacidad para convivencia familiar por razones de violencia y/o de impulsividad sexual.

Durante 4 años hemos trabajado en A.SALUDARTE en la construcción de habilidades de relación, utilizando toda clase de herramientas terapéuticas y procesos de psicoeducación. Los alcances han permitido una convivencia estable de mediano riesgo, con prácticas que normalizan el comportamiento.



Con el interés de hacer del cuidado para el TMS una experiencia terapéutica capaz de conformar habilidades vinculares, documentamos aquí los pasos seguidos y los hallazgos. En esta ruta, la conceptualización psicoanalítica abrió una perspectiva que permite comprender la complejidad del síntoma de aislamiento y la posibilidad de dar al establecimiento y observancia de ciertas normas una función terapéutica, estructuradora del psiquismo. Se pudo producir en este último año una herramienta que estructura en el psiquismo elementos para el establecimiento de vínculos, que pondremos a la consideración del presente Congreso. Presentaremos los procedimientos como "una ventana de sueños y realidades" y las herramientas físicas y humanas para lograr tal encuentro.

Propósitos:

1. Revisar los conceptos que explican la psicosis, profundizando en los síntomas que afectan la convivencia: el aislamiento y paranoia.
2. Visibilizar los elementos del psiquismo que están en juego frente a la norma; Sujetos cuidadores y cuidados, y su efecto estructural como soporte de la convivencia.
3. Habitar los límites, estudiar y comprender sus efectos como garantes en la construcción de lazos familiares y sociales, para mitigar el aislamiento.
4. Mostrar las herramientas que nos han permitido construir el "mundo" mental de la norma y su bondad en los terrenos del vínculo.

Desarrollo

La rehabilitación del TMS ratifica la apuesta por la etiología biográfica y/o su gran influencia en la historia de la enfermedad. Este trabajo reconoce

una labor en equipo, reconoce en los logros de la farmacología un control de la sintomatología que aporta bases para otros abordajes en la construcción y fortalecimiento de habilidades psicosociales al servicio de la convivencia, entendida como una condición mínima para la construcción de un proyecto de vida digna, en la condición del TMS.

Entre los desarrollos teóricos que aportan a la comprensión de los fenómenos mentales, la teoría psicoanalítica ofrece un tejido conceptual coherente y profundo que da cuenta del psiquismo y sus problemas desde una perspectiva biográfica. Fue Freud quien habló del narcisismo como un estadio normal en el desarrollo temprano, donde una vez pasada la infancia, esta energía centrada en el Yo, podría diferenciarse y ser capaz de dirigirse a los objetos, de manera dinámica y móvil, constituyéndose en un sustrato funcional para la construcción de los vínculos. Freud S. (1914) "Los esquizofrénicos muestran dos características principales: la manía de grandeza y la ausencia de todo interés por el mundo exterior (personas y cosas). El esquizofrénico (…) parece haber retraído realmente la libido del mundo, presentan (…) "comportamientos atribuidos a la manía de grandeza, la hiper estimación del poder de sus deseos y sus actos psíquicos, la omnipotencia de las ideas, fe en la fuerza mágica de las palabras y una técnica contra el mundo exterior la "magia", que se nos muestra como una aplicación consecuente de tales premisas megalómanas"

Lacan desarrolló lo planteado por Freud. Resalta como un derivado de la relación: la subjetivación. El "otro" es a la vez la plataforma para que él pueda Ser el sujeto. "Para que el sujeto advenga a la existencia, es necesaria su inscripción en el campo del Otro que lo pre-existe. Que exista el Otro, es condición para que exista el sujeto, el Otro lo pre-existe.

"Esta inscripción supone una condición: que al Otro le haga falta su llegada. De ser así recibido, el sujeto se inscribe en el campo del Otro como sujeto barrado por el significante y el Otro es introyectado con su falta, situada por la eficacia del Nombre del Padre, lo que constituye el inconsciente del lado del sujeto: A/(A tachado)" (San Martín, 2002).

Si esto fundamenta los delirios, ¡convivir! ¿Cómo? Lo primero, hacer unos mínimos acuerdos, establecer normas y límites. Surge una pregunta más, ¿Cómo, hacer cumplir los acuerdos y las normas? Cuando la experiencia nos enseña que parece no mediar, entre el deseo y su satisfacción, más que la expresión, con lujo de detalles y características que aumentan su gusto, ¡el deseo es puesto en palabras claras!, con acentos y expresiones muy familiares, en diminutivos, así se hacen fáciles de cumplir. Es una orden que ignora por completo cualquier anotación de la realidad.

Como cuidadores vivimos a diario la experiencia donde acontece la psicosis, con sus demandas instintivas y la angustia que encuentra cabida en la relación. El residente, se moviliza en dirección al cuidador de manera voraz y astuta, ha de ocuparse del otro, es su objetivo salvaje e instintual, invadir e imponerse. El contacto es casual, ingenuo, se usan las palabras y gestos como en cualquier comunicación, sin embargo, a medida que avanza la experiencia el cuidador se va haciendo objeto y va quedando al servicio de la demanda, dividido a veces, confundido y requerido siempre de manera incondicional. Si en las perversiones existe el Otro y su deseo (para romperlo en una satisfacción hecha sorpresa), en la esquizofrenia el efecto es el mismo pero por otra vía, es la proyección de su fragmentación y su vacío. EL residente viene al cuidador como un gran nada y nos fragmenta, nada de la realidad tiene sentido, las palabras son sin significado, los argumentos solamente son frases un poco largas, ya no hay voz, es un ruido. Los gestos quedan desarticulados y la mirada termina evasiva y vagabunda, llega a un punto que el cuidador no ve nada: su demanda hace de todo la nada y quedamos instrumentados para su beneficio como una cosa, incluso invisible.

Como plantea Cornelius Castoriadis en el artículo: "La construcción del mundo en la psicosis": "En la psicosis, el deseo es reemplazado por la categoría más general de la intención; categoría que está siempre presente en el viviente, pues de otra manera éste no podría sobrevivir. Hay una supresión del deseo y un reemplazo de éste por una intención pura, seca, abstracta. Piera [Aulagnier] utiliza el término voluntad: voluntad sin deseo, querer (intención) que se le puede imputar a otro desencarnado –por ejemplo, a voces-, y que es pura prescripción, orden fría, organización voluntaria; o porque el deseo en él había sido ocupado por el puro odio…" (Revista Ensayo & Error, 1999, pp.83)]

La psicoeducación es una técnica de persuasión y de normatización, es el recurso de primera mano que cuidadores y familiares en general, intuitivamente vienen procurando por décadas. Para el efecto, hicimos videos, cartillas, carteleras, acuerdos. En la psicosis no se trata de mandar, informar y motivar o acordar un que hacer dentro de la norma, más bien se trata de caminar un perímetro, mejor caminar haciendo un perímetro que delimite una forma hueca, para dejarlo "en vacío", con capacidad de succionar, hermético y móvil, como ocurre con la cavidad pulmonar, la inspiración es un forzoso movimiento fruto de fuerzas físicas creadas por la presión negativa. Es que los límites se han fragmentado siempre, no hay una cavidad, están los fragmentos sin capacidad de contener, en esa ¡nada!, origen de todas las angustias, se ha de armar hasta delimitar ese vacío, como labor de ingeniería,

cavando y estructurando un soporte que pueda encausar las fuerzas enormes que generan estos profundos conflictos.

Con todo lo anterior y como un intento para comprender el contexto donde ocurre esta relación de cuidado; donde el cuidador busca la vivencia de unas "normas", a las que no se somete la psicosis y de las que seguramente se nutren los delirios; surgen mil preguntas para encontrar dispositivos terapéuticos que permitan habitar el territorio de los límites, en esa intersección de encuentro entre el delirio y la realidad, entre el paciente y el cuidador para resignificar y hallar elementos simbólicos reparadores, fronteras que delimiten, que liberen el deseo secuestrado en la falta insondable, que refunde la dinámica del vivir psíquico de la psicosis.

Mostrador de sueños y ventana de cuidados

La primera búsqueda era de lugar. Un espacio diferente a las clínicas psiquiátricas, podía ser rural o urbano pero siempre familiar, logramos ubicar una casa, amplia frente a un parque en el barrio Pasadena donde tiene la sede A. SALUDARTE. Luego de encontrar dentro de la casa un espacio con capacidad terapéutica, nos inclinamos por un lugar doméstico, donde ocurriera el amor de la familia, algo decía: "al calor de las ollas, es muy bueno conversar".

Entonces instalamos dentro de la cocina una mesa donde comer y hablar. Los mejores bocados, todos nos sentíamos preferidos, fue un lugar de encuentro; pero se fue volviendo únicamente para comer (para satisfacer solamente la impulsividad oral), un espacio caótico, apeñuscado, donde podríamos ingresar sólo por turnos, hasta que perdió ese sentido inicial y francamente era como si todos quisiéramos vivir en la cocina, notamos el riesgo y buscamos una apertura. ¡La puerta que da al patio!:¡abramos esa puerta!, instalemos cerca de ella el comedor, como al estilo español, comer al aire libre; pero esa puerta también se volvió un embudo, era solo un hall, un pequeño contenedor, todos querían entrar por allí. Otra vez se hizo manifiesto el riesgo. Entonces, ¡traigamos esta despensa!, ¡cortemos la mitad de la puerta!, ¡que no esté cerrada!, ¡corramos estos muebles!, ¡pongamos esta matera!, ¡traigamos esta vitrina, esta mesita, aquí el comedor…! Todo un trasteo y al fin, ¡un mostrador!, con una ventana siempre abierta. Una ventana de sueños.

Este mostrador-ventana es un tránsito hacia el placer y hacia el deber, allí se dispensa comida, cigarrillos, mecato y medicamentos. El espacio físico permite contacto visual protegido como en una tienda, del lado del cuidador el piso es 15 cms., más alto, por tanto siempre estamos elevados (lo noto muy bien porque en el anterior espacio donde preparábamos y suministrábamos el medicamento estábamos 15 cms. por debajo). Es un aspecto físico que favorece el encuentro terapéutico desde el cuidador. Siempre está abierto. El sujeto de atención se hace presente y tal como sucede en una tienda ¿que se te ofrece?, acto seguido expresa su necesidad.

¿Cómo habitar este espacio? Muy fuertes las demandas, perentorias y ahora trasgresoras. Frente a la norma: manipulación, riesgos (de agresión física o verbal al cuidador) una y otra vez. Sus artimañas para aprovechar el momento de mayor ocupación, cuando el cuidador no estuviera disponible. La palabra, los acuerdos, las normas, las formulas fueron inútiles. Y finalmente se conformó un proceder terapéutico, casi como una danza, entre la realidad y el delirio, un va y viene hasta la satisfacción.

Entonces nos propusimos construir una herramienta, un objeto reflejo de la relación y que fuera una expresión clara de la realidad, que describa lo que pasa y que les permita a los distintos cuidadores formular una continuidad y una unidad de respuesta. Debe ser un objeto que cumpla varias funciones: que sostenga su origen afectivo, que recuerde un acuerdo, que evidencie un límite fruto de la realidad. Un objeto dotado de la capacidad de intercambio (el dinero).

Conclusiones:

El primer paso para abordar propuestas de carácter incluyente en los trastornos mentales debe atender a la conformación del síntoma que disfunción a la convivencia, por tanto un lugar de privilegio para la intervención es aquel que rodea el establecimiento y cumplimiento de las normas.

Esta experiencia ratifica la importancia de los estímulos sensoriales por medio de la expresión artística en todos los trastornos mentales.

Aportes al desarrollo de la salud y de la profesión

Identificar las competencias terapéuticas y humanas para formar equipos de trabajo en espacios de rehabilitación para personas con TMS, capaces de reparar la disfunción psicosocial, conformando modelos de atención que permitan acceso y participación a nivel social, cultural, recreativo y productivo de las personas con TMS y sus familiares. Hacer desarrollos teóricos alrededor del cuidado de enfermería en personas con diagnóstico de TMS, teniendo en cuenta que el límite y /o la norma son un territorio de relación: con el "gran otro", con el "otro", con el "sí mismo" para fundamentar actividades de promoción y prevención de la enfermedad mental, en la construcción de lazos familiares y sociales, utilizando la natural capacidad de estructurar el psiquismo.

La enfermera al frente de la atención primaria en salud, puede liderar estas intervenciones conformando equipos multidisciplinares para hacer un abordaje intersectorial y afrontar la discapacidad con criterio rehabilitador, incluyente e integral.

Bibliografía

Freuds. (1981). "Introducción al narcisismo", en: Obras Completas, Vol. II. Ciudad: Editorial.4ta Edición. Madrid España, Pp. 2017-2034 (1924).

Mientras que el sujeto no pueda cargar libidinalmente los objetos, se fortalecerá su libido narcisista y con ello una regresión hacia estadios infantiles, así como acrecentamiento de los síntomas paranoicos y su tendencia hacia el aislamiento; elementos estructurales en la construcción del delirio que cada vez promueve con mayor énfasis la autosuficiencia, construyendo una realidad propia, coherente, certera y demandante, que suplanta aquella donde debe cumplir unas normas y aceptar a los otros. En la realidad del esquizofrénico, se anidan todas sus fantasías de magia y poder, y en su precariedad psíquica, somete las acciones de los cuidadores y objetos en general (internos y externos), cada vez más esclavizados y al servicio de sus tendencias narcisistas y maniacas. Los actores de su delirio funcionan para alimentar su grandiosidad y controlar el asecho de la realidad externa con su cruda verdad.

Castoriadis, C (1999). "La construcción del mundo en la psicosis", en: Ensayo & Error. Revista de Pensamiento Crítico Contemporáneo, No. 6, año 4, junio, pp. 68-83.

San Martín, Viviana (2002). "¿Dónde está el objeto 'a'?", trabajo presentado en: el panel: "El fantasma y el objeto a", en las Jornadas de Lazos, Institución Psicoanalítica, Colegio Nacional de la ciudad de La Plata, 26 de octubre, disponible en: http://www.efba.org/efbaonline/sanmartin-09.htm.

Los textos aquí transcritos son de autoría de las respectivas participantes.

Cartilla Seguridad Social

Esta publicación fue realizada por el Departamento de Educación de la Central Unitaria de Trabajadores CUT y la Secretaría de Educación de la Confederación de Trabajadores de Colombia CTC, en el marco del Programa de Negociación Colectiva y Dialogo Social, auspiciado por la DGB BILDUNGSWERK (Instituto de Educación Laboral) de Alemania.

La autora de este documento es la enfermera de la Universidad Nacional, Beatriz Carvallo Suárez, Magister en Salud Pública, Especialista en Salud Ocupacional, Vicepresidenta Junta Directiva Nacional ANEC, Integrante Equipo de Seguridad Social CUT y ex directiva Consejo Internacional de Enfermeras CIE.

Esta cartilla está a la disposición de los trabajadores colombianos para orientar el estudio de la Seguridad Social, para que sea incorporado en los programas de formación sindical y gremial y de igual manera sirvan como herramienta para desenvolverse con éxito en la Negociación Colectiva y Dialogo Social.

Hoy en día en las Américas enfrentamos una situación de extrema gravedad debido a la exclusión de millones de trabajadores y trabajadoras del sistema de salud y seguridad social. Buena parte de esta situación se deriva de las políticas neoliberales implementadas en el continente que disminuyen el rol del estado en diversas políticas públicas, abriendo las puestas a la privatización de los servicios de la Seguridad Social, relacionados con la salud, la pensión y los riesgos profesionales.

Es urgente fortalecer los sistemas de seguridad social, recuperando los principios de universalidad, solidaridad,integralidad y participación.

Esta publicación en sus 38 páginas una revisión del tema de la Seguridad Social identificando el desarrollo histórico de la misma en el contexto nacional e internacional.

Independientemente se revisan las áreas de Seguridad Social desarrolladas por la Ley 100 de 1993, en materia de pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios, revisando en cada una de éstas áreas el papel de las organizaciones sindicales para su defensa y fortalecimiento.

3 Biodanza como estrategia de intervención en la promoción de la salud en comunidades de riesgo

Enfermera Luz Stella Saray Rubio - Seccional boyacá*

Introducción: La promoción de la salud es el proceso de salud integral que busca el cambio de las personas para que orienten su forma de vida hacia un estado de salud óptimo, se busca que puedan desarrollar habilidades personales para que tengan un un mayor control sobre su salud, modificar actitudes y comportamientos en sí mismos, para el fomento de su estilo de vida.

La visión integral del ser humano nos da pautas importantes, a tener en cuenta en el abordaje de la promoción de la salud, de manera que para sensibilizar su conciencia, necesita modificar su entorno interno y externo (resiliencia) y poder lograr en sí mismo este cambio de conciencia sobre el cuidado de la vida apuntando a su mejoramiento permanente.

Es importante tener en cuenta que las personas tienen una historia personal, familiar, se desenvuelven en un contexto cultural, traen codificados en sí mismos una información adquirida, y por lo tanto se requiere que hagan una transformación personal o reacomodación de sus funciones orgánicas para poder actuar desde su vida cotidiana de una manera más fluida, armónica, disfrutando la vida, reconociendo su sacralidad, encontrando su coherencia entre lo que piensan, sienten, hacen; y les sea posible llegar a una mayor conciencia de sí mismos, de sus relaciones con otros y de su entorno.

Con el ánimo de fundamentar teóricamente las acciones realizadas de sensibilización a los grupos de aplicación del Sistema Biodanza en comunidades de riesgo en salud, se toma el modelo teórico de la enfermera Nola J Pender (1987), Promoción de la salud como una forma de fomentar un estado óptimo de salud, antepuesto a las acciones preventivas que a través de la educación de cómo cuidarse y llevar una vida saludable, se permitan poder modificar o fortalecer conductas y comportamientos que puedan asumir por si mismos para favorecer la vida. Las conductas Promotoras de Salud son aquellas que inicia el ser humano en cualquier etapa de la vida que les permite conservar o incrementar el nivel de bienestar relacionado con hacer conciencia de la importancia del ejercicio, reposo, nutrición, estrés. (Pender 1987). Desde este modelo de promoción de la salud se considera

* Especialista Medico quirúrgica en Enfermería. Modelos Tipos y Diseños de investigación. Gerencia y Auditoria de la Calidad en Salud. Profesora de Biodanza. Especialista en Biodanza y Familia, Educación Biocéntrica, Niños y Adolescentes, Biodanza Clínica. E-mail luzsaray@hotmail.com

que se tienen unos factores cognoscitivos y perceptuales relacionados con los factores modificables y que son la base para explicar el porque algunas personas llevan a cabo estilo de vida saludable.

Dentro de este modelo, Pender relaciona que las creencias en salud determinan las conductas que adoptan las personas y estas creencias están dadas por:

a) La motivación para adquirir una conducta de promoción de la Salud; las barreras para poder realizar las acciones que pueden ser personales, interpersonales, y ambientales, b) La autoeficacia que es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones. c) Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos de cada persona promueven una determinada acción, d) Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona.[1]

Desde la sensibilización de los seres humanos sobre la importancia de ser más conscientes de sus necesidades de modificar o fortalecer conductas y comportamientos que apunten desde si mismos por su propia vivencia y no tanto por lo aprendido desde la infancia o historia personal y que de forma consciente puedan cambiar o darse cuenta del beneficio de orientar la vida hacia estilos de vida saludable se toma el sistema Biodanza como estrategia de promoción de la salud en comunidades de riesgo, orientada a diferentes ámbitos, donde las personas requieren potencializar actitudes de sí mismos, frente a la vida y el compromiso que esto implica. Estos aspectos retoman fundamentalmente valores, actitudes, aptitudes, calidad de vida y capacidades que los caracterizan como Seres Humanos en los diversos entornos en los que se desarrolla su quehacer (madre, padre, hijos, maestros, escritor, jardinero, hermanos, entre otros).

La aplicación del sistema Biodanza como una estrategia de movimiento tiene una acción en cada ser humano llevándolo a un proceso de transformación interna y externa, potencializando en sí mismo, a través de cinco líneas de vivencia: la vitalidad, sexualidad, creatividad, afectividad y trascendencia; con el fin de modificar conductas que le permitan tener un estilo de vida saludable, estas son consideradas canales por donde fluyen los potenciales humanos. La vitalidad es el ímpetu vital, la energía del individuo para enfrentar el mundo y relacionarse con él, alegría de vivir; la afectividad relacionada con el mundo emocional y sensible de la persona, se asocia con la vinculación que se establece con el otro, con el grupo y con la comunidad; la sexualidad se relaciona con la capacidad de sentir deseo y placer por la vida, con el contacto y la vinculación profunda con el otro; la creatividad es el elemento de renovación, está relacionado con el pensamiento divergente, la asertividad, la acción y la expresión; y la trascendencia es la capacidad de ir más allá del propio ego para vincularse con unidades cada vez mayores y se relaciona con los lazos de armonía con el ambiente.

"El sistema Biodanza es un encuentro humano, es una nueva sensibilidad, es la posibilidad en un nuevo modo de vivir, a partir de intensas vivencias inducidas por la danza, el canto y las situaciones de encuentro en grupo, vivencias capaces de modificar el organismo y la existencia humana a diversos niveles: inmunológico, homeostático, afectivo-motor y existencial; es un sistema de integración afectiva, de renovación orgánica y de re-aprendizaje de las funciones originarias de la vida. Su metodología, que se fundamenta en la vivencia, promueve la potenciación del ser humano en sus diversas dimensiones a través de la música y el movimiento"[2]

Rolando Toro creador del Sistema Biodanza plantea el concepto del Principio Biocéntrico, como estilo de sentir y de pensar que toma como punto de partida la vivencia y la comprensión de los estilos de vida. Este principio es propuesto como el principal paradigma del sistema Biodanza que sirve de fundamento a las diferentes ciencias y disciplinas del conocimiento como la educación, la psicología, la sociología, el derecho y la medicina, porque sitúa como centro y punto de partida el respeto por la vida humana. Las secuencias de las acciones motrices empleadas en la práctica corporal de la Biodanza, siguen reglas específicas que tienen como objetivos aumentar la resistencia al estrés, elevando el grado de salud, mejorando la comunicación y creando lazos de unión con la naturaleza, consigo mismo y con los demás. Es un sistema que permite experimentar nuevas actitudes, nuevas aperturas y maneras para mejorar cada uno de los aspectos que contempla las líneas de vivencia; además invita a que cada persona descubra la adopción de nuevas aptitudes frente a la vida.[3]

La Promoción de la Salud en nuestras vidas se puede desarrollar en diferentes escenarios y están dirigidos a grupos diversos de población hogar, escuela, unidades de salud, lugares de trabajo, barrios, es por esto que los grupos en los que se está haciendo la sensibilización a través de esta estrategia Grupo de personas en situación de prisión, Grupo de Adolescentes de SPA, Grupo de personal de la salud en una institución de primer nivel, Grupo de personas pertenecientes a un barrio de estrato medio, tienen como característica común algunos determinantes de salud, el sedentarismo, el estrés, consumo de alcohol, cigarrillo, sustancias psicoactivas, dificultad en las relaciones sociales y familiares, baja autoestima, falta de seguridad buscando desde esta estrategia vivencial de promoción de la salud desarrollar habilidades personales habilidades de la vida, habilidades interpersonales cognitivas físicas. Satisfacer como necesidad básica la resiliencia enfatizando en las potencialidades y los recursos personales que permiten enfrentar situaciones adversas y salir fortalecido, a pesar de estar expuesto a factores de riesgo. Es por esto que el enfoque de aplicación de Biodanza está dirigido al autocuidado: cuidado de la vida, relaciones sanas consigo mismo y con otros, y fortalecer entornos saludables.

Propósito

Facilitar una estrategia vivencial de promoción en salud para las personas en riesgo, con el fin de potencializar sus habilidades personales, que implique su sensibilización interna para modificar actitudes y comportamientos desde su vida cotidiana y haciéndolos evidentes en su estilo de vida desde la construcción de ambientes saludables para sí, los otros y el entorno en que se desenvuelve.

Desarrollo

Objetivo

Sensibilizar a los grupos en la modificación de actitudes, aptitudes y comportamientos como seres humanos, que les permitan adoptar estilos de vida saludables en aspectos como el autocuidado: cuidado de la vida, relaciones sanas consigo mismo, con otros, y entornos saludables.

Se hace la aplicación de esta metodología vivencial a los siguientes grupos:

A. Grupo de Jóvenes y Adultos en riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en la cárcel de Santa Rosa de Viterbo Boyacá, a. El 80% de los asistentes son consumidores de sustancias psicoactivas, de sexo masculino, su edad oscila entre 20 a 50 años. b. Están ubicados en los diferentes patios de la cárcel y su participación es voluntaria, pertenecen a un grupo de sensibilización promocionada por una fundación cuya orientación es hacia la psicología de la vida. c. Los talleres se realizan cada quince días donde reciben teoría de los diferentes a desarrollar y participan de la vivencia para sentir desde su movimiento, la vida misma. d. Realizan relatoría de las vivencias de forma verbal, la facilitadora hace observación del grupo, realizan expresiones a través de los dibujos, y se registran fotos como evidencia del proceso realizado.
B. Grupo de Jóvenes y Adultos en riesgo de consumo de sustancias psicoactivas del grupo SPA de la ESE Salud Sogamoso Primer nivel de atención a. El 100% de los asistentes son o han consumido sustancias psicoactivas y alcohol, de sexo masculino, cuya edad oscila entre 12 a 40 años. Tienen en común que las dificultades de la vida los llevo a tomar decisiones que afectan su vida y encontraron en la adición la solución para sus dificultades. b. Viven en diferentes sitios de la ciudad, con sus familias, c. los talleres se realizan cada quince días, d. el relatorio vivencial lo realizan verbalmente, expresiones en dibujos y pintura, en cada taller reciben teoría vivenciándolo en la vivencia con Biodanza. Se realizan talleres individuales con cada familia del grupo teniendo la oportunidad de sensibilizar el vínculo afectivo padres e hijos.

GRUPOS /FASES	A. Grupo Jóvenes y Adultos en riesgo de consumo de sustancias psicoactivas. Cárcel de Santa Rosa de Viterbo Boyacá y ESE Salud Sogamoso Grupo SPA		B. Grupo Personal de Salud ESE Salud Sogamoso	
FASE 1	Despertar la conciencia a través del movimiento y el cuerpo	Objetivo: Sensibilizar al grupo en su conexión con la música, el movimiento del cuerpo, el encuentro con otros y consigo mismo, el autocuidado, y el autoconocimiento.	El Cuidador un ser humano integrado.	Objetivo Sensibilizar la Vivencia del cuerpo como sensación general en el movimiento integrador de la vida.
FASE 2	Fortalecer una identidad sana	Objetivo: Sensibilizar al grupo en el fortalecimiento de su identidad sana, que le permita reconocerse a sí mismo, experimentar la sensación de estar vivo, la autoimagen, la autoestima, el autoreconocimiento, y la autoaceptación, la autovaloración, el autorespeto, y la auto superación	El cuidado de sí mismo condición esencial del cuidador.	Objetivo: Sensibilizar al Sentido de la vida como Cuidador y la conciencia de sí mismo como SER HUMANO
FASE 3	Rescate de la conexión con la vida	Objetivo: Sensibilizar al Sentido de la vida	La necesidad de la creatividad en las practicas de cuidado para el cuidador	Objetivo: Sensibilizar la expresión de Vida Autoconciencia, Autoestima, Expresión de sentimientos, Caos y orden, Arte de vivir.
FASE 4	Integración afectiva con la familia	Objetivo: A través de estos talleres se refuerzan conceptos básicos sobre el significado de la relación padre – madre – hijo - hija y gradualmente se vivencia: a través de la afectividad y vínculo, Identidad afectividad y vínculo, Tiempo, conexión con los ritmos naturales, fantasía.	El cuidador como vehículo del afecto	Objetivo: Sensibilizar al Encuentro, vínculo, contacto

COMUNIDAD DE UN BARRIO ESTRATO MEDIO		
OBJETIVO	Promoción de salud y calidad de vida para la prevención del riesgo en las comunidades organizadas	
FASE 1	Comunidad Saludable. Vida y movimiento	Fortalecer el compromiso personal, como parte de la comunidad.
FASE 2	Sana Convivencia	Sensibilizar en Valores para fomentar espacios saludables.
FASE 3	Autocuidado, Cuidado de la vida	Sensibilizar en el cuidado de sí mismo
FASE 4	Relaciones y entornos saludables	Sensibilizar en comunicación afectiva y efectiva.

Para este Grupo se orienta la estrategia de la Vivencia desde Biodanza, la cual permite introducir variables en el proceso de educación y de la cultura, en el sentido de buscar la unidad y los valores esenciales, esto es, el rescate de la conexión con la vida. Al rescatar la conexión con la vida se está recuperando la unidad perdida. Es necesario crear una estructura psíquica capaz de comprender e incorporar los principios de conservación de la vida. Esta estructura psíquica se logra a través de vivencias, que permiten la transformación interna sin la intervención de procesos mentales de represión; además posibilita promover una identidad sana, a través de la integración y contacto, la identidad sana va siempre unida a una percepción corporal unitaria, de límites netos, con tendencia a la acción asertiva. Es conocida la relación existente entre distintos trastornos de la identidad inducida por drogas y los cambios patológicos de la percepción y vivencia corporal. Durante los ejercicios de Biodanza la persona experimenta su cuerpo como fuente de placer y, al mismo tiempo, como potencialidad capaz de expresarse creativamente.

C. Grupo personal asistencial y administrativo ESE Salud Sogamoso IPS de Primer nivel de atención. a) Se incluye a todo el personal de salud. b) Los talleres se desarrollan cada quince días c) En cada taller se desarrolla teoría y se lleva a la vivencia su orientación es al fortalecimiento de estilo de vida saludable con el fin de humanizar la atención en salud.

Para este grupo se orienta las vivencias hacia el fortalecimiento como seres humanos desde el cuidado de

sí mismo y poder llegar a cuidar a otros dándose cuenta de lo modificable en su estilo de vida.

D. Grupo Comunidad de un Barrio de Duitama Boyacá estrato medio a) Se incluye las personas del barrio que participen voluntariamente desde niños hasta adultos mayores b) Se realiza cada 8 días los talleres. c) Reciben teoría y realizan la vivencia como interiorización de lo recibido. d) Fortalecimiento de entornos saludables para la convivencia. Se orienta la vivencia generando entornos saludables para una sana convivencia desde reconocer lo que necesita modificar cada uno desde su individualidad y convertirse en un transformador del medio en que se habita posibilitando estilos de vida saludable en la etapa de vida que se encuentre.

Procedimiento

Modalidad: Talleres teórico vivenciales se desarrolla de manera permanente el proceso durante fases. Se aplica de manera no lineal.

Conclusiones

En este primer momento de Sensibilización en cada uno de los grupos encontramos:

1. Para los internos de la cárcel ha sido una experiencia de conectar la vida, de reaprendizaje y sentido de la sacralidad de la vida, comprendiendo a través de este movimiento mayor concientización de si mismo de los otros y el entorno, conciencia de lo que puede modificar sin ponerle limites por medio de la conciencia del cuerpo entendiendo que es el vehículo de expresión de vida, poder generar acciones positivas para potencializar un entorno más saludable independiente del sitio donde se encuentran, privados de la libertad, que les ha ayudado a disminuir el consumo de las SPA y mejorando la relación con los otros, sintiendo más seguridad y confianza.
2. Para el grupo de SPA de la ESE salud Sogamoso han recibido esta sensibilización como una oportunidad de valorar y resignificar la conexión con la vida, de darle el valor sagrado, y de las posibilidades que tienen que a través de su propio movimiento puedan ir modificando su estilo de vida de manera que puedan disminuir el consumo o de no recaer, viéndolo como un beneficio para su salud. La integración con la familia a través de talleres vivenciales le permitió darse cuenta la importancia afectiva tan ausente en sus vidas pero que pudieron comprender ese lazo afectivo que los une.
3. Para el grupo de los trabajadores de la salud en su proceso de sensibilización han podido darse cuenta de poder hacer coherente para ellos mismos la importancia de modificar actitudes y comportamientos que los lleven a la modificación de su estilo de vida y de esta manera poder inducir a quienes ellos orienten sobre una realidad sentida y vivida por ellos mismos.
4. Para el grupo de la comunidad en este proceso de sensibilización ha permitido que haya una mejor convivencia desde la realidad de cada uno y en la etapa de vida en que cada uno se encuentra pudiéndose relacionar de otra manera diferente desde las interrelaciones saludables para todos.

Aportes a la salud y a la profesión

- La aplicación de esta metodología vivencia permite que cada ser humano pueda entrar en una mayor conciencia de su estilo de vida para su mejoramiento de una manera más consciente.
- Se logra la armonía y el equilibrio, potencializando la parte sana de todos los seres humanos.
- Permite un reaprendizaje en la integración afectiva, renovación orgánica, y redescubrimiento de las funciones originarias de la vida que conservan y protegen la vida además de lograr disolver tensiones motoras crónicas, favoreciendo el buen humor, refuerza el sistema inmunológico, la autoestima y la valoración del propio cuerpo, estimula el contacto interpersonal y ayuda a encontrar nuevas conductas.
- Promueve la acción comunitaria en favor de la salud.
- Para la profesión permite que los cuidadores vivencien su propio estilo de vida puedan modificar actitudes y comportamientos de una forma más consciente y que desde su propia realidad puedan abordar a otros seres humanos induciendo a estilos de vida saludable. Ser coherentes en el sentir, pensar y actuar.

Bibliografia

1. La promoción de la Salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludable. Alexandra Giraldo Osorio, María Yadira Toro Rosero, Adriana María Macías Ladino, Carlos Andrés Valencia Garcés, Sebastián Palacio Rodríguez. Universidad de Caldas. 2010
2. La Biodanza como práctica corporal en relación con la promoción de la salud. Gloria María Castañeda Clavijo, Catalina Chalarca Jaramillo Universidad de Antioquia. 2004
3. Rolando Toro Araneda. Biodanza Clínica. Chile 2010

Los textos aquí transcritos son de autoría de las respectivas participantes.

Caracterización territorial, familiar e individual de brisas de las palmas de la Comuna 18 de Santiago de Cali, 2012

Cruz Deicy Jaramillo B. - Enfermera* - Mary Cielo Flórez G. - Enfermera**

ESTADO DE LA INVESTIGACIÓN: Actualmente se encuentra en procesamiento de datos.

Introducción: En el escenario mundial, actualmente, la estrategia de Atención Primaria en Salud, ha recuperado visibilidad; tanto las instituciones gubernamentales, las entidades públicas y privadas, las organizaciones de cooperación internacional y del ámbito académico, entre otras, reconocen que su fortalecimiento y aplicación, son requisitos imprescindibles para avanzar en materia de equidad social y mejorar la salud.

En Colombia la ley 1438 de 2011, genera un espacio para retomar los principios, conceptos y enfoques de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la cual resalta los elementos constitutivos de los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana y define diferentes acciones intersectoriales para impactar los determinantes en salud, la atención integral, la interculturalidad, la participación activa de la comunidad y el enfoque territorial.

El programa de enfermería de la Universidad Libre, desde el año 2010 viene desarrollando las prácticas académicas de las asignaturas Enfermería Básica en Atención Primaria de Salud, Pedagogía y Educación en Salud, en el sector de Brisas de las Palmas de la comuna 18 de la cuidad de Santiago de Cali con el fin de sensibilizar a los estudiantes, pero a la vez confrontar nuestra profesión con la realidad social del medio, de esta manera y en el desarrollo de las prácticas se han realizado unos acercamientos empíricos que han permitido reconocer que en este sector confluyen muchas de las necesidades básicas insatisfechas a nivel de acceso a servicios públicos, educación, empleo y vivienda, entre otros.

Planteamiento del problema

El territorio es una totalidad que comprende el entorno natural, los aspectos humanos y las re-

* Mg (c) enfermería con énfasis Cuidado del adulto
Docente programa de enfermería, Universidad Libre Seccional Cali
cruz_nurse11@hotmail.com
Grupo de investigación APS y políticas públicas

** Esp. Salud Familiar Cuidado del adulto
Mg (c) salud pública
Docente programa de enfermería, Universidad Libre Seccional Cali.
cieloprofe@hotmail.com

laciones que se dan entre las personas, de manera que se configuran nuevas relaciones de salud y de cuidado. La aproximación al territorio salud va más allá de reconocer espacios físicos o características ambientales y aporta elementos para comprender los fenómenos de salud y enfermedad.

La ciudad de Cali al igual que muchas otras de Colombia ha venido experimentando cambios económicos y sociales, como son el desplazamiento y los asentamientos humanos en sectores de riesgo geográfico; éstas transformaciones traen consigo situaciones que tienen significativos impactos en la salud y calidad de vida de las personas, y que deben ser objeto de intervenciones de enfermería directamente en los territorios.

Es por esta razón que surge la necesidad de caracterizar el sector de prácticas Brisas de las palmas de la comuna 18 de Santiago de Cali, articulando la docencia con las asignaturas de Enfermería Básica en Atención Primaria en Salud, Pedagogía y Educación en Salud, la proyección social y la investigación a través del grupo de APS y políticas públicas. La realización de la caracterización de este sector de práctica permite tener una línea de base que sirva de referencia no solamente a las asignaturas mencionadas anteriormente, sino que además permite la articulación de las diferentes practicas de otras asignaturas y la generación de nuevos proyectos de intervención que aporten soluciones a las necesidades del sector, y que se articule a los conceptos generales de APS.

Objetivo general

Establecer las características territoriales, familiares e individuales de brisas de las palmas de la comuna 18 de Santiago de Cali.

Objetivos específicos

1. Describir las condiciones del hábitat y factores de riesgo de la vivienda.
2. Describir las características sociodemográficas, los riesgos y la situación de salud de los individuos habitantes del territorio.
3. Identificar los riesgos y factores protectores de las familias habitantes en el territorio.

METODOLOGÍA: TIPO DE ESTUDIO cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal.

ÁREA ESTUDIO familias del sector brisas de las palmas de la comuna 18 de Cali.

INSTRUMENTO: El instrumento usado fue la ficha familiar, que fue utilizado para el desarrollo de la implementación de la estrategia de atención primaria en el marco de la política pública de salud del Valle del Cauca.

Dicho instrumento permite obtener información a nivel familiar e individual sobre aspectos sociodemográficos, condiciones de hábitat, situación de salud. También brinda información sobre el conjunto de acciones de atención en salud a realizar con cada miembro de la familia según su ciclo vital, también sobre las acciones de seguimiento a los riesgos individuales y familiares identificados y al cumplimiento de las conductas dadas para el manejo de cada uno de estos.

La ficha familiar esta conformada por siete secciones: Identificación de la vivienda, condiciones de hábitat, información sociodemográfica, la vida familiar, situación de riesgos individuales, acciones directas de salud por grupo de edad y seguimiento al riesgo individual.

Recolección de los datos

Para la recolección de los datos es importante señalar que se conformaron equipos de trabajo en los que participaron estudiantes de séptimo semestre en la modalidad de pasantes de investigación, inscritos en el CVLAC.

Resultados esperados

1. Caracterización territorial, familiar e individual de brisas de las palmas de la comuna 18 de Santiago de Cali.
2. Base de datos de las familias caracterizadas del sector de brisas de las palmas, perteneciente a la comuna 18 de la ciudad de la ciudad Santiago de Cali.
3. Identificación de situaciones y potencialidades en salud de las familias del sector de brisas de las palmas.

Aportes al desarrollo de la salud y /o a la profesión

Es importante que en la formación de enfermería se reconozcan la importancia de la Atención Primaria en Salud, para la organización del sistema sanitario y que se promueva la generación de algunas de las competencias más importantes para el trabajo en Atención Primaria en Salud; entre esas competencias básicas se encuentran el cuidado integral y continuo centrado en la persona, la identificación y el cuidado apropiado de los problemas más frecuentes, el reconocimiento de los territorios y entornos de vida que pueden influir sobre la salud, el reconocimiento de los determinantes socioeconómicos del proceso salud-enfermedad, el desarrollo de una comprensión y de un abordaje biopsicosocial del proceso

salud-enfermedad, y la identificación de intervenciones sobre las necesidades sanitarias y demandas de la comunidad.

Con el presente estudio se pretende conocer a fondo las características de territorio, familia e individuos del sector brisas de las palmas de la Comuna 18 de la cuidad de Santiago de Cali, en el que se desarrollan las actividades de proyección social del programa de enfermería de la Universidad Libre, con el fin de visibilizar sus condiciones y necesidades y servir de línea de base para el desarrollo de nuevos proyectos orientados a dar respuesta a las mismas y de fortalecer el sentido de la enfermería con responsabilidad social.

Fortalecer las investigaciones sobre Atención Primaria en salud que permitan visualizar las realidades de las personas en diferentes contextos, para trabajar en la generación de estrategias desde la academia.

El aporte para las asignaturas esta relacionado con el estudio de los factores de riesgo tanto de los individuos como del conjunto de sus miembros, pues permite formular intervenciones individuales y colectivas para eliminarlos o reducirlos. Estas intervenciones se agrupan en un Plan de Cuidado de la Familia que se tiene entre sus características ser proactivo, es decir que no espera a que la familia lo pida, sino que se anticipa y se ofrece y previa aceptación y se ejecuta conjuntamente con sus miembros.

Referencias Bibliográficas

1. Experiencias formativas en entornos de práctica cohorte 2010-2 en el marco de la Universidad Libre de Cali.
2. Reducir los riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente y el estilo de vida. Declaración de posición del CIE.
3. Ortiz M T.; Louro Bernal y Cangas Jiménez L. la salud familiar. caracterización en un área de salud. Revista Cubana Medicina General Integrativa 1999; 15(3):303-9.
4. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: commission on Social Determinants of Health final report. Ginebra, OMS, 2008.
5. Sánchez V, León N. Territorio y salud: una mirada para Bogotá. región, espacio y territorio en Colombia. Colección Conferencias de Geografía; Universidad Nacional de Colombia; 2006.
6. Conradson D. Spaces of care in the city: the place of communitydrop-in centre. Social & Culture Geography 2003; 4 (4): 507-525.
7. Graham H (2004a). Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? Journalof Social Policy, 33(1): 115–131.
8. London Health Observatory 2002 Review of the London Health Strategy High- level indicators. Citado en: CDS 2005.
9. Escobar Morales Guido. Publicado y editado por el Departamento Administrativo de Planeación. Cali en cifras 2010.
10. Julio César Alonso C., Mauricio Alejandro Arcos, Julieth Alejandra Solano. Una mirada descriptiva a las comunas de Cali, universidad ICESI Santiago de Cali, diciembre de 2007.

Los textos aquí transcritos son de autoría de las respectivas participantes.

Posibilidades terapéuticas de las células madre Pluripotentes

Norma Serrano Díaz. MSc Genética Humana MSc (C) Bioética

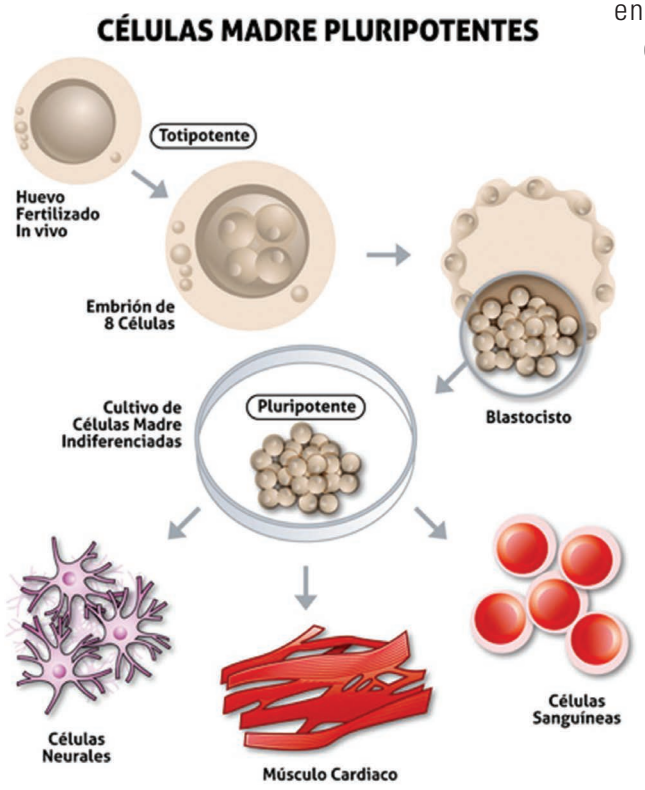
> “El trasplante de órganos es una práctica médica que enfrenta dos problemas: la escasez de donantes y la posibilidad de rechazo por parte del paciente. La investigación en el uso de cierto tipo de células madre, abre la posibilidad para que estos dos obstáculos sean superados. Deslinde”

En el ámbito mundial, existe una grave escasez de donantes de órganos para el tratamiento de la insuficiencia orgánica terminal, inclusive en países con cultura de donación de órganos, como los europeos, donde la tasa de donante real por millón de habitantes puede ir hasta el 60%. En todo el mundo, más de 1 millón de personas mueren cada año por complicaciones relacionadas con insuficiencia hepática, debido a que los tratamientos disponibles son a menudo

insuficientes y sin éxito, en especial para la enfermedad hepática en fase terminal, lo cual conduce en última instancia a la necesidad de un trasplante como única alternativa para evitar la muerte.

En agosto de 2011, había 16.178 estadounidenses en lista de espera para trasplante hepático nacional, mientras que aproximadamente solo 6.000 trasplantes de hígado se realizan cada año en todo el país. Esta gran discrepancia, significa que casi dos tercios de estos pacientes siguen siendo manejados médicamente a la espera de trasplante y aproximadamente el 10% de ellos mueren cada año sin lograr acceso a esta terapia quirúrgica, que se convierte en la única alternativa para seguir viviendo[1].

En Colombia el panorama es más grave aún, pues la tasa de donación para 2012 fue del 8,0% y decrece con el tiempo. En el año inmediatamente anterior fue del 8,5%. Esto hace que cada año tengamos más pacientes en lista de espera para trasplantes. En 2011 Colombia tenía 1.074 receptores en lista de espera, de los cuales 50 esperaban por un hígado, mientras que en 2012 creció a 1.235, con 72 pacientes en espera por un hígado[2].



adn-dna.blogspot.com

Este problema global, hace que las nuevas terapias celulares, que en su momento podrían reemplazar el trasplante de órganos, sean hoy absolutamente pertinentes y necesarias. En este contexto los recientes resultados publicados en la revista Nature son alentadores[3]. El grupo japonés dirigido por los doctores Takanori Takebe y Hideki Taniguchi, en la Universidad de Yokohama, trabajan en la generación in vitro de esbozos de órganos vascularizados de tres dimensiones, tales como el hígado, a partir de Células Madre Pluripotentes Inducidas (IPSC) (por su siglas en inglés induced pluripo-tent stem cells), las cuales son capaces de convertirse en cualquier tipo de tejido, al igual que las células madre embrionarias.

Las células madre tienen la capacidad de convertirse en células de diferentes tejidos y se clasifican en embrionarias y adultas. A partir del descubrimiento de las células madre embrionarias en 1981, se empezó a trabajar en generar órganos en laboratorio, pues se consideraba que eran las células que tenían potencial terapéutico. Sin embargo, los resultados no han sido del todo exitosos. Posteriormente se empezó a trabajar con células que tienen características embrionarias y que se obtienen mediante la reprogramación de células madre adultas, las llamadas células madre pluripotentes, que son precisamente el tipo celular con el cual trabajó este grupo de investigadores.

El componente diferenciador del grupo japonés residió en que se centró en el proceso más temprano de la formación del órgano, denominado organogénesis, tiempo en el cual se dan interacciones complejas entre varios tipos de células, dando como resultado el desarrollo del esbozo o brote del órgano. Los investigadores trabajaron fusionando tres tipos de células, incluyendo células progenitoras del hígado, células de las paredes internas de la vena umbilical y células madre ubicadas en la médula ósea, todas de origen humano. Las células que se cultivaron imitando el proceso de desarrollo de un órgano tridimensional normal, con una frecuencia, cantidad y calidad determinadas, fueron seguidas en el tiempo, logrando identificar cómo se auto-organizan para formar, a las 76 horas, una imagen vascular de tres dimensiones, es decir, un hígado rudimentario.

Sin embargo, hasta ese momento no se sabía si este esbozo de órgano era funcional o no y si lograba mantener su flujo sanguíneo. Para probar su funcionalidad, los investigadores trasplantaron este hígado rudimentario en un modelo de

ratón al cual le habían inducido una insuficiencia hepática. Una vez realizado el trasplante, se evidenció que se producía un proceso de crecimiento de nuevos vasos sanguíneos, permitiendo que el nuevo órgano funcionara de manera similar a un hígado humano normal.

El gran potencial que tiene este diseño, es que se logra demostrar, por un lado, que es posible crear in vitro un brote de hígado a partir de células madre pluripotentes listo para ser trasplantado y, por otro lado, que este es funcional, logrando revertir la insuficiencia hepática, por ende, no solo es funcional sino que también es terapéutico.

Hay que tener claro que no se hace el órgano como tal en el laboratorio, lo que se produce es un brote o yema de hígado humano, en otras palabras, una lámina tridimensional vascularizada, que para este caso, es trasplantado en un modelo animal, un ratón con insuficiencia hepática. Una vez el brote de hígado fue trasplantado se logró generar funciones propias del hígado humano normal, lo cual se comprobó con el registro de varias medidas de la función hepática humana, tales como la producción de algunos tipos de moléculas que se producen en el hígado humano normal. También se probaron en el ratón que recibió el trasplante, sustancias químicas que se metabolizan en el hígado humano, pero no en el hígado del ratón, comprobando que después del injerto el nuevo hígado era capaz de metabolizar determinadas sustancias químicas, como por ejemplo, medicamentos. Después de exponer el ratón trasplantado a un determinado fármaco, en la orina y la sangre del animal se lograron identificar moléculas (metabolitos) producidos exclusivamente por seres humanos, lo que viene a confirmar el correcto funcionamiento del brote del hígado trasplantado.

El impacto de estos hallazgos reside en que se podría desarrollar una terapia de trasplante de órganos en estado de gestación (brotes de órganos), generados en el laboratorio a partir de la inducción de células pluripotentes humanas, lográndose formar un órgano con funciones específicas y que una vez trasplantado se evitan los riesgos aparentes de rechazo. Esto podría ayudar al tratamiento de algunas enfermedades relacionadas con daño en un órgano específico, tales como diabetes, insuficiencia hepática, renal y cardiaca, entre otras. Este modelo podría ser utilizado, por ejemplo, en la creación de brotes de riñón que permitan revertir la insuficiencia renal, en aquellos pacientes donde su única opción de vida es la diálisis permanente o el trasplante renal. El grupo de investigadores japoneses ha afirmado que se encuentran trabajando en la generación de brotes de páncreas, con buenos resultados que serán publicados en poco tiempo, hallazgos que son alentadores para los pacientes con diabetes insulino-dependiente.

Sin embargo, aun hay retos por superar. Los investigadores consideran que el mayor desafío que ahora deben enfrentar está en descubrir cómo crear una gran cantidad de estos brotes hepáticos, a un costo razonable, incluyendo las evaluaciones de seguridad, para generar un hígado del tamaño de un adulto, uno de los órganos más grandes del cuerpo humano. Por lo anterior, infieren que este desarrollo requiere entre 7 a 10 años más de investigación para que los resultados puedan ser "trasladados a la cama del paciente".

Hoy el trasplante de órganos se rige por dos principios fundamentales: altruismo en la donación y equidad en el acceso al trasplante. Sin embargo, como los datos epidemiológicos lo muestran, en el mejor escenario, el 10% de los receptores fallecen mientras esperan recibir un órgano, por tanto, lograr generar brotes de órganos en tres dimensiones, vascularizados y funcionales, proporciona un nuevo enfoque prometedor para el uso de las células madre pluripontetes inducidas humanas en medicina regenerativa, cuyos resultados redundarán en beneficios de los pacientes con alguna falla terminal orgánica. Esta prometedora terapia tendrá impacto social en la medida en que puedan acceder todos aquellos pacientes que la requieran, ya que las inequidades en salud no solo son injustas, sino inaceptables.

Notas:

1. Bodenheimer HC Jr, Okun JM, Tajik W, Obadia J, Icitovic N, Friedmann P, Márquez E, Goldstein MJ. "The impact of race on organ donation authorization discussed in the context of liver transplantation". Trans Am ClinClimatol Assoc. 2012; 123: 64-77.

2. http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Red-Nacional-Laboratorios/Estadisticas/Informe_Red%20donacion%20y%20trasplan tes%20Vol2_2012.pdf

3. Takebe T, Sekine K, Enomura M, Koike H, Kimura M, Ogaerl T, Zhang RR, Ueno Y, Zheng YW, Koike N, Aoyama S, Adachi Y, Ta-niguchi H. Vascularized and functional human liver from an iPSC-derived organ bud transplant. Nature. 2013; 25; 499 (7459):481-4.

Papel de las enfermeras en el desarrollo del modelo de salud en Cuba

Por: MSc Caridad Dandicourt Thomas *

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que "la misión de la enfermería en la sociedad es ayudar a las personas, familias y grupos a determinar y conseguir su estado físico, mental, social y a realizarla dentro del contexto en que viven y trabajan. Por lo que se requiere de enfermeras que desarrollen y realicen funciones relacionadas con el fomento y mantenimiento de la salud, así como con la prevención y promoción de salud. Lo que justifica la necesidad de personal de enfermería en la comunidad.

En "Panorama de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina", documento publicado por la Organización Panamericana de la Salud(OPS) en el 2004 se plantea que el futuro del cuidado de la salud en América Latina depende mucho del rol que desempeñen las enfermeras comunitarias, ya que sin ellas es imposible lograr una atención adecuada en cantidad y calidad.

Por su parte, el Consejo internacional de enfermeras en Mayo 2009 al definir Enfermería y cuidados sociales establece que: "La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Son también funciones esenciales de la enfermería la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación".

Propone además entre las soluciones para el futuro:

- Servicios de atención primaria de salud dispensados por expertos para gestionar enfermedades más graves en la comunidad y reducir las admisiones hospitalarias.
- Utilizar los recursos humanos de enfermería con un máximo de eficacia.

Por ello se plantea que para la integración de conocimientos y habilidades en el desempeño de la enfermería comunitaria, se hace imprescindible su perfeccionamiento profesional y la redefinición de sus funciones, según el momento histórico social y los avances científicos técnicos.

El CIE considera además, que la enfermera, en su calidad de profesional radicada en la comunidad, puede liberar el enorme potencial de la enfermería en el mundo. El contexto de la familia y la

* **Caridad Dandicourt** - Licenciada en enfermería
Máster en Atención Primaria de salud
Profesora Auxiliar de la U. de Ciencias Médicas de la Habana
Jefa Departamento Docente de Enfermería FCM Manyel Fajardo
Presidenta Nacional de la Sección de Enfermería Comunitaria
Miembro Titular SOCUENF.

comunidad permite a las enfermeras analizar el impacto de la pobreza y aplicar y evaluar intervenciones con la plena participación de las mismas. Además expresa estar convencido de que la equidad y el acceso a la atención primaria de salud, y en particular a los servicios de enfermería, son de importancia esencial para mejorar la salud y el bienestar de todas las personas. La Enfermería en Salud Comunitaria es la síntesis y aplicación de un amplio espectro de conocimientos y técnicas científicas encaminadas a identificar necesidades de salud y estimular la participación de todos en la ejecución de programas relacionados con la salud.

A diario en el ámbito asistencial la enfermera comunitaria, ha de enfrentar y dedicar su tiempo a analizar, definir situaciones, valorar características, observar el entorno del paciente y su familia, proponer soluciones, estudiar las medidas preventivas que garanticen salud, estos elementos son los que conforman su actuar profesional, con todo el contenido científico y técnico, pero muy ético y humano.

Estas profesionales juegan un papel relevante dentro del equipo de atención primaria, con la realización de acciones novedosas en la prevención y la promoción del autocuidado de personas, familia y de acciones en la comunidad. Para ampliar su desempeño es necesario definir funciones que fundamenten su práctica y que aseguren la prestación de cuidados integrales, continuos, personalizados y seguros, a través de su participación planificada y convenida, sobre la base del trabajo en equipo. Se plantea que funcionar en forma colaborativa o de cooperación amplia el desempeño profesional y estimula el impulso hacia una forma óptima del ejercicio profesional, convirtiéndolo en un todo único, por lo que se precisa tener una visión de sistema para el logro de una combinación de capacidades acorde con las necesidades de salud de las personas, lo que reduce los costos y mejora la calidad de la atención.

En Cuba el desarrollo de la enfermería comunitaria ha estado influenciada por el desarrollo histórico-social del país. Este personal ha tenido una actuación consecuente en el contexto actual con importantes aportes a la salud de la población, hecho que la distingue como promotora del desarrollo humano, produciendo no sólo cuidados de salud, sino además valores, cualidades que van hacia el mejoramiento de la salud de las personas. En este sentido, en Cuba las funciones propias del personal de enfermería en la Atención Primaria de Salud (APS) están dirigidas a la consecución de la promoción de la salud, la prevención, recuperación y rehabilitación de las enfermedades. Cuando analizamos la distribución de los recursos humanos según su calificación profesional, se observa que laboran en este nivel de atención en Cuba técnicas en enfermería, con post básico, licenciadas y especialistas, estas últimas, se comenzaron a formar en el año 2004, con el objetivo de elevar el desempeño profesional en este nivel de atención de salud. El modelo de medicina familiar está sustentado en un enfoque clínico, epidemiológico y social al abordar los problemas de salud de personas, familia y comunidad. Trasciende de nivel de asistencia sanitaria a estrategia global, que concibe integralmente los problemas de salud - enfermedad de las personas y del conjunto social con un eje de participación comunitaria, a través de la promoción de la salud, prevención de enfermedades, integración de la asistencia y rehabilitación.

Este modelo concibe una enfermera y un médico por cada 120 familias, siendo el Consultorio del Médico y la Enfermera la familia, como la máxima expresión del alto nivel de desarrollo alcanzado por este modelo de atención en Cuba. Tiene como eje garantizar la atención integral de las necesidades de salud de cada comunidad además de incrementar la participación de la misma y de todos los sectores. Las funciones del personal de enfermería dentro del equipo tienen un enfoque integral sustentado en la regulación de la práctica, que permite una combinación de capacidades entre enfermeras y médicos en correspondencia con las necesidades de salud de personas, familia y comunidad, lo que fortalece el desarrollo de estos profesionales dentro del equipo de salud.

El personal de enfermería que labora en la comunidad en Cuba trabaja con una perspectiva sistémica, en la que integran lo conceptual y lo práctico en la atención que brindan a nivel individual y colectivo, en este sentido, sus funciones propias están dirigidas a la consecución de la promoción de la salud, la prevención, recuperación y rehabilitación de las enfermedades, de forma tal que sitúe los servicios al alcance de personas, familia y comunidad, para satisfacer las demandas de salud a lo largo del ciclo vital.

La interrelación del médico y enfermera de la familia con los sectores relacionados son los determinantes sociales de la salud.

Sus funciones dentro del equipo tienen un enfoque integral sustentado desde el 2008 en la regulación de la práctica, que permite una combinación de capacidades entre enfermeras y médicos en correspondencia con las necesidades de salud de personas, familia y comunidad, lo que fortalece el desarrollo de estos profesionales dentro del equipo de salud. Amparadas por esta resolución la especialista en enfermería comunitaria está capacitada para llevar complejas funciones, su campo de acción es mucho más amplio que el representado por la imagen tradicional de la enfermería, ella puede utilizar en forma más independiente su capacidad de juicio. El grado de

habilidad alcanzado le permite tomar decisiones y compartir responsabilidades con los demás

A continuación expondremos ejemplo de funciones y puestos de trabajo que se realizan, según categoria profesional del personal de enfermería que labora en el nivel primario de atención, que muestran su papel activo dentro del equipo de salud y que amplían su perfil.

Técnicos en Enfermería, Puestos de trabajo:

Policlínicos, Policlínicos con camas, Centros laborales, Círculos Infantiles, Hogares de Ancianos, Hogares Maternos, Hogares de Impedidos Físicos y Mentales, Hospitales de Día, Centros Penitenciarios, Turísticos y de Recreación excluyendo los Hoteles.

Funciones

- Identifica alteraciones en las cifras de los parámetros vitales, comunica y cumple indicaciones
- Planifica y ejecuta actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud a individuos, familia y comunidad.
- Participa en la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Participa en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de Enfermería y otros profesionales de la salud.

Enfermera(o) Licenciado, Puestos de trabajo:

Director/a o Vicedirector/a, Supervisor/a de Enfermería, Jefe de Departamento, Responsable del Grupo Básico de Trabajo, Enfermero del equipo básico de salud en el consultorio médico y de la enfermera de la familia, Enfermero responsable en la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual, Enfermero del Equipo Multidisciplinario de Atención Integral al Paciente Geriátrico (EMAG).

Funciones

- Realiza Consultas de: Puericultura de 1 a 18 años, Embarazada sin riesgo y de Puérpera según el plan de trabajo.
- Identifica alteraciones en las cifras de los parámetros vitales, participa en la valoración y toma decisiones de forma autónoma exceptuando la medicación, ejecuta acciones según el caso.
- Desarrolla actividades formativas a estudiantes ubicados en su servicio teniendo en cuenta la composición del equipo de trabajo de enfermería.
- Realiza y/o participa en investigaciones de enfermería y otras áreas con el objeto de contribuir al desarrollo profesional y al mejoramiento de la salud de la población

Especialista en enfermería comunitaria, puestos de trabajo:

Enfermera(o) asistencial en los diferentes servicios del policlínico, Enfermera del equipo básico de salud en el consultorio médico y de la enfermera de la familia, Enfermera supervisora del Grupo Básico de Trabajo.

Funciones

- Realiza captación de embarazo.
- Indica e interpreta estudios complementarios como hemograma, glicemia, eritrosedimentación, leucograma, parcial de orina, heces fecales, HIV, serología y participa en la discusión del caso.
- Control del riesgo reproductivo preconcepcional.
- Realiza evaluación del anciano considerado como frágil o discapacitado desde el punto de vista biomédico, psicológico y/o socioeconómico.
- Realiza el análisis de la situación de salud y planifica las acciones y actividades que se deriven del mismo de conjunto con el resto del equipo, la comunidad y sus grupos.

Al realizar un análisis del desarrollo de la Enfermería en Cuba, podemos decir que el nivel de formación ha estado en un constante ascenso, continua evolucionando según las políticas de salud adoptadas, sus funciones dentro del equipo de salud responden a las crecientes necesidades de salud de la población, siempre con un enfoque integral, centrado en la familia y la comunidad, viendo a la persona durante todo lo largo de su ciclo vital, basando su actuar en la propia naturaleza del problema y en los medios disponibles para solucionarlo. Asimismo, sus funciones incluyen, la docencia, la investigación y la gestión, en todos los ámbitos acorde con su nivel de cualificación, aumentando así la participación de la enfermera en la toma de decisiones y en la definición y evaluación de las políticas de salud.

Consideramos que se debe preparar enfermeras comunitarias con una visión de su profesión como disciplina científica, que se preocupen por el bien fundamental de la humanidad y que respondan a su encargo social brindar cuidados basados en el derecho a la salud, oportuno, con calidad y libre de riesgo.

Colombia necesita una nueva política para el agro

Juan Pablo Fernández M. Economista
Investigador Asociado del Centro de Estudios del Trabajo, Cedetrabajo

> “La actual política agraria fundamentada en los TLC y el libre mercado arruina la producción agraria nacional. Colombia necesita una política agraria que fortalezca la producción campesina y la de los empresarios agrarios y que elimine la gran propiedad terrateniente. Solo así el campo podrá cumplir sus tres funciones principales: producir alimentos, generar divisas y proveer de materias primas a la industria. Deslinde”

En Colombia hay una creciente agitación social. Las encuestas de opinión registran un aumento de la percepción negativa sobre el gobierno y el devenir de la economía.[1] En este marco se ha avivado el debate sobre el agro colombiano. Renegociación de los TLC, reducción de los costos de producción, que el gobierno no aumente sino que contribuya a reducir la incertidumbre y el riesgo asociados a vivir del agro, más presupuesto público para el agro, etc., son las peticiones de campesinos y empresarios del campo. El debate amerita partir de una descripción de la situación coyuntural y estructural de la agricultura, y en especial, mirar cómo viene cumpliendo sus tres funciones principales (producir comida, generar divisas y proveer de materias primas a la industria).

Frases como “El tal paro agrario no existe” son desafortunadas no solo por la fuente sino porque parten de la intención de ocultar los hechos para no aceptar que la agricultura colombiana está en crisis. Porque el agro está en crisis. El ingreso de los productores no alcanza para cubrir los costos; ni los de los más modernos ni los de los campesinos que laboran rodeados de la precariedad y ausencia de bienes públicos (carreteras, asistencia técnica, riego, educación, servicios públicos, etc.). El precio que se paga a los agricultores tampoco es fuente de ingresos suficientes para el sostenimiento propio y el de la familia, cubrir la inversión y obtener una ganancia. Los productores del campo trabajan a pérdida.

La crisis de hoy implica la quiebra o el marchitamiento de sectores que irán perdiendo capacidad de reproducción hasta llegar, bien sea a la desaparición o a una reducción de proporciones importantes. No se está ante el típico caso de destrucción creativa, donde las viejas actividades económicas son reemplazadas por otras de una escala superior en la evolución social. Por el contrario, estamos frente a una destrucción regresiva, pues lo que se pierde es reemplazado por la informalidad y por una mayor concentración de la riqueza en manos de los bancos y poderosas multinacionales, que muy poco aportan

al desarrollo nacional y están dedicados a extraer rentas de la economía real para ponerlas en la especulación bursátil.

¿Cuáles son las razones de la crisis? Es una combinación de cosas. Si se hace una igualdad que recoja los factores estructurales y coyunturales de la crisis del agro esta sería: crisis del agro = apertura económica + problemas de competitividad + revaluación y enfermedad holandesa + problemas históricos (distribución de la tierra) + los TLC.

Recientemente, entre 2011-2012, el crecimiento de las importaciones fue la variable que más aportó al aumento de la oferta de bienes agrícolas, reduciendo los precios al productor en varios géneros agrícolas y pecuarios. La oferta nacional de productos agropecuarios aumentó en 2,3 millones de toneladas: las importaciones aportaron 54% y la producción nacional 46%. En los últimos veinte años el factor más dinámico de la ecuación de la oferta nacional de productos agrarios (ON = producción nacional - exportaciones + importaciones) ha sido el de las importaciones. Entre 2000-2011, mientras la producción por habitante, de géneros agrícolas (sin pecuarios) se incrementó en 6,6%, las importaciones percápita lo hicieron en 67%2, diez veces más.

En los últimos veinte años y en especial en lo corrido del siglo XXI, cuando la inversión foránea se convirtió en la variable moldeadora de nuestro aparato económico, el agro y la industria han sido los sectores de menos dinamismo. El PIB percápita del agro se ha movido a una velocidad cuatro veces menor a la del PIB percápita total. Naciones Unidas -resume la situación del campo así: "El gobierno firma tratados y asociaciones de libre comercio y crea incentivos para el empresariado agroindustrial pero, con honrosas excepciones, el desempeño productivo agropecuario deja mucho que desear. Entre tanto, sectores de pequeños y medianos campesinos esperan del Estado medidas de más envergadura para evitar que sus economías desaparezcan o queden reducidas apenas a medios de sobrevivencia" y concluye: Lo que tiene Colombia es un "modelo de desarrollo rural (...) altamente inequitativo y excluyente."[3]

La enfermedad holandesa y el agro

El término enfermedad holandesa se usa para describir un fenómeno macroeconómico en el que un país, como resultado del auge en sus ingresos de divisas (dólar), tiene una revaluación estructural y caídas en la industria y el agro, y una reestructuración económica que favorece a la explotación de recursos petroleros y mineros y los sectores no transables (construcción, sistema financieros y comercio). En lo corrido del siglo XXI los ingresos de dólares al país no tienen precedentes. Desde 2007 el índice de tasa de cambio real indica que el peso está revaluado, el agro y la industria están en crisis, y al sistema financiero, la construcción, la minería y el petróleo les va muy bien. Miremos como se ha expresado: Los hogares colombianos, por cuenta de la revaluación del peso frente al dólar, han tenido un incentivo para comprar más bienes importados que nacionales. Entre 2003-2012 el ingreso percápita de los colombianos medido en pesos creció 119%, mientras en dólares lo hizo en 251%. En el caso de los productos agrícolas se ve reflejado en la evolución de los consumos percápita de bienes producidos internamente y la de los importados. Mientras el consumo percápita del trigo, de oferta importada, entre 2005-2010 creció a una tasa de 6,4% anual, cuatro veces más que el crecimiento poblacional, el de la papa cayó, el del arroz no varió y el de la leche lo hizo al mismo ritmo de la población, productos todos con base en la producción nacional. En estos productos en los que la evolución de los consumos percápita es menos dinámica o negativa, las importaciones llegan a competir con los productos nacionales y hacen caer los precios al productor, no al consumidor.

En lo corrido del Siglo XXI el país tuvo un auge en su frente externo. La economía mundial creció, América Latina creció y Colombia creció. Entraron muchos más dólares provenientes del aumento de los precios de los commodities, como el petróleo, y del crecimiento de los ingresos vía exportaciones e inversión extranjera. Esta última arribó principalmente a la minería, el petróleo y a la especulación. Aumentaron los ingresos del fisco, de los hogares y de las empresas, generando un importante impacto en el frente externo. Los mayo res pagos y compras que le hacemos al mundo crearon un déficit estructural en la cuenta corriente de la balanza de pagos. El país tiene un exceso de gasto en el frente externo, los dólares que le entran no le alcanzan para pagar sus gastos, entonces recurre a financiamiento proveniente de la inversión extranjera, la que en la medida que aumenta su stock se lleva más utilidades, y así sucesivamente.

La Inversión Extranjera (IE), al igual que la deuda externa son un pasivo para la economía. En otras palabras, un ingreso que implicará gastos en el futuro. Colombia ha acumulado un creciente pasivo con la IE, suma 213 mil millones de dólares (20 134). Desde 2005 ha crecido en 177% (jul.2013) y pasó (2005-2012) del 52 al 54% del PIB. Pasivo que tiene un costo creciente: hace unos años las utilidades remitidas al

exterior eran la mitad de los ingresos por IE, hoy son iguales o un poco más. El crecimiento económico de la última década, que no es de los más altos en las últimas cuatro, no sembró una menor exposición a posibles embates externos, al contrario, la amplió.

En suma, la crisis del agro se da en el marco de la Enfermedad Holandesa. En el Siglo XXI los sectores con menor dinamismo en el PIB, la producción y el empleo, han sido el agro y la industria. Por el contrario la construcción, la minería, el petróleo, el sistema financiero y las actividades bursátiles, todos receptores de IE, caminan a mayor velocidad. Se generó un proceso de reestructuración de la economía, que agrava los problemas acumulados en el agro, como los golpes de la apertura de los noventa, cuando varios cultivos quebraron. Estos problemas se suman a los acumulados: mala distribución de la tierra, poca asistencia técnica, malas vías, altos precios de los fertilizantes, poco y costoso crédito, mala dotación de bienes públicos, etc.

¿TLC o No TLC?

Varias páginas se han escrito para decir que la caída de los precios en el agro y como consecuencia, el ingreso de los productores, nada tiene que ver con el modelo de los TLC. Entre 2011-2012, medidas en toneladas, mientras las exportaciones agrarias cayeron 2,6%, las importaciones crecieron en 14%. Estas últimas presentaron aumentos importantes en rubros cubiertos por el libre comercio. Las de maíz aumentaron 22%, las de almidón 27%, arroz 251%, carne de cerdo 65%, leche en polvo 188% y lactosueros, carne de aves y quesos en 56, 5.612 y 61%, respectivamente. Los países de origen con mayor dinamismo fueron Mercosur, CAN, Canadá y Chile, naciones con las que hemos liberado una porción o casi todo nuestro comercio agropecuario y hemos consolidado un comercio agropecuario deficitario.[5]

El caso de Estados Unidos merece un comentario especial. La entrada en vigencia del TLC significó un punto de quiebre de la tendencia en el comercio. Entre 2008-2012 se dio una desviación del comercio agropecuario desde Estados Unidos hacia los países del Mercosur (Brasil, Uruguay, Paraguay y Argentina). Período en el que las compras a EEUU cayeron de 4,8 a 1,9 millones de toneladas, mientras las hechas a Mercosur crecieron de 1,8 a 4,6 millones de toneladas. El país cambió de proveedor. Pero el TLC está dándole un nuevo dinamismo a las importaciones provenientes de Estados Unidos. De junio de 2012 a junio de 2013, año corrido, las importaciones agrarias desde USA crecieron 127% anual.[6] El TLC despeja el camino a USA, pues antes, en ausencia del acuerdo, la potencia perdió parte del mercado colombiano, mientras Colombia no vio afectadas las exportaciones, estancadas desde hace un lustro. Estados Unidos recupera el terreno perdido y apenas lo haga, ¿se quedará quieto? Es difícil dudarlo. Y a Colombia en este intercambio le están quedando solo las pérdidas de su mercado interno y las ilusiones de exportar algo más.

Las negociaciones de los TLC en general (en especial los firmados con USA y la Unión Europea) incluyendo sus capítulos agrarios y relacionados (medidas sanitarias, propiedad intelectual, etc.), fueron y son inicuas para las ventas de Colombia. La potencia estadounidense y las europeas subsidian fuertemente a su agro, que sumado a mayores econo-

mías de escala, una capacidad de inversión pública y privada muy superior, mejor dotación tecnológica, etc., dan como resultado una ventaja absoluta que las favorece. Ambas economías transfieren al agro, con cargo al presupuesto público, cerca de US $150.000 millones, que constituyen más del 70% de los subsidios que reciben los productores agropecuarios de esas naciones. En Colombia el presupuesto público para respaldar el agro vale US $1.360 millones (2013), recursos que antes de las desgravaciones iniciadas con los TLC, cubrían el 13% de los apoyos al agro. Históricamente la mayor porción de las ayudas al agro colombiano han estado en la protección en frontera (aranceles), que han participado con el 77% del respaldo.[7] Al contrario, del total de las ayudas al agro, en Estados Unidos, por ejemplo, los aranceles representan el 23% de las ayudas y los subsidios el 77%.

Tanto en el caso de USA como en el de la UE, la negociación por parte del gobierno nacional consistió en que ambos renunciamos a los aranceles, ellos al 23% de sus apoyos, nosotros al 77%. El resultado es una ecuación desbalanceada. La iniquidad se suma a que allá los subsidios con cargo al erario son cien veces superiores a los de acá. La abismal diferencia, cuando muchos productos son comunes y excedentarios allá, inclina la balanza a favor de USA y la UE. Eso no tiene discusión. El tamaño de los subsidios europeos y norteamericanos, causa de una distorsión en el comercio mundial de los géneros agropecuarios, ha empujado a varios países del mundo o a no negociar TLC con las potencias o ante la realidad de negociar TLC con ellas, excluir productos o cadenas de valor enteras de los acuerdos de libre comercio[8]. Práctica también aplicada por Estados Unidos, quien en el TLC con Colombia, excluyó de la desgravación al azúcar y en productos como el tabaco la desgravación es tan lenta que más bien es una exclusión. Sin embargo, el gobierno de Colombia, siguiendo un comportamiento alineado con los intereses de nuestros competidores y contra toda evidencia -incluso la de sus propios estudios-, sin mirar los subsidios, las ventajas absolutas y las distintas condiciones climáticas, expuso todo el agro colombiano a una competencia desigual. Los resultados negativos de hoy eran perfectamente previsibles, no son una sorpresa, son tan previsibles como la Ley de la Gravitación Universal.

Un agro herido

El libre comercio tiene heridas las tres funciones básicas del agro: producir alimentos, generar divisas y producir materias primas para la industria. Las tres las viene perdiendo nuestra agricultura. Insistentemente dice el gobierno que de cada cien toneladas de productos alimenticios demandados, noventa provienen de oferta nacional. A primera vista la cifra es positiva, pero cuando se le mira con detalle se descubre que no lo es tanto. Los principales géneros agrícolas de consumo para la humanidad en su orden son: trigo, arroz, maíz y papa. Son una importante fuente de energía asimilable por el humano. En ellos Colombia ha perdido totalmente la autosuficiencia o está en camino de perderla.

Para el trigo, las 1,5 millones de toneladas de importaciones representan el 99% del consumo nacional. En arroz ya son 6% de la producción, cuando en 2008 apenas eran el 1%; en maíz las compras externas, 3,5 millones de toneladas, son casi el doble de la producción interna. Y en papa el 3% de la producción. En este último caso, el comercio mundial es el 6% de la producción, vamos en la mitad del indicador. En el caso del maíz, sus compras externas son la base alimentaria de la avicultura y en menor proporción de la porcicultura y de la ganadería lechera más moderna. Si algo pasa con el suministro de maíz, graves problemas en el acceso a la carne de pollo y cerdo tendríamos. Para las leguminosas, las compras foráneas son casi el 60% de la demanda nacional.

Este abastecimiento, altamente dependiente de las importaciones, tiene varios riesgos. Uno, el del mismo abastecimiento, pues existe evidencia de que por razones de oferta o de política macroeconómica los países productores han restringido sus exportaciones en varias ocasiones. En el caso de los países africanos, la FAO ha advertido que por cuenta de la violencia y la falta de infraestructura, sumada a la pobreza de la población y a pesar de que algunas naciones cuentan con las divisas para comprar los alimentos, estos no llegan. Luego el problema del acceso físico a los alimentos para las naciones no se limita solo a un problema: poseer las divisas, como equivocadamente tratan de explicar quienes en Colombia defienden la política de importación masiva de alimentos.[9]

También existe un riesgo por shock de precios. En 2008 y 2012, resultado de los ataques especulativos y de la caída de las cosechas en Estados Unidos, los precios del maíz y del trigo se fueron a las nubes, causando choques inflacionarios y de imposibilidad de acceso por parte de la población de los países dependientes de las importaciones. En América Latina, por ejemplo, esta fue una fuente importante en el crecimiento de los índices de pobreza e indigencia.[10]

La autosuficiencia total en varios de los géneros agropecuarios es algo difícil. Pero en alimentos estratégicos la dependencia de las importaciones superiores al 30% del consumo interno son muy peligrosas. Colombia está altamente expuesta a choques externos. Su déficit externo es del 3% del PIB y su cuantía supera los 12 mil millones de dólares. Aunque las importaciones agropecuarias son 11% de las totales, equivalen a la mitad del déficit en la cuenta corriente y desde 2007 la generación neta de divisas por parte del agro (exportaciones-importaciones) pasó de 2.500 a 1.600 millones de dólares en 2012.

El agro además no logra proveer todas las necesidades de la industria. En trigo y oleaginosas, entre otros, las importaciones son la principal fuente de materia prima. En el caso del café, hace varios años el cultivo no suple la demanda de la industria torrefactora interna. En el del azúcar, las importaciones son el 15% de la producción nacional, cuando un año atrás (2011) eran la mitad de este indicador. El agro colombiano viene siendo desplazado por las importaciones como proveedor de materia prima para la industria.

Necesitamos otra política para el agro

Quienes han estudiado la economía agraria concluyen que con el agro se deben tener dos consideraciones especiales: 1. Su función de producción es diferente a la de la industria y a la del resto de los sectores. 2. Las incertidumbres económicas y técnicas del sector. En el sector las distintas rentas diferenciales de la tierra y las lógicas que gobiernan su funcionamiento (campesina, empresarial y terrateniente) son razón para la implementación no de una, sino de tres distintas políticas públicas que promuevan el empleo y la producción. Las que van al campesino y al empresario deben tender a su reproducción y libertad económica, y la que va al latifundio a su destrucción y transformación. Además, la política cambiaria, fiscal, comercial e inflacionaria junto con toda la de investigación y extensión, deben buscar la reducción o paliación de la incertidumbre que significa tener plata al sol y al agua.

Los agricultores siembran hoy en función de un precio del que no tienen certeza. Aunque lo hacen pensando en el ingreso de su última cosecha, la variabilidad climática, la especulación, la política macroeconómica, etc., pueden incrementar o hacer caer los precios en forma imprevisible. Hoy, ante la crisis de rentabilidad por la que pasa el agro, el gobierno de Juan Manuel Santos propone para salir de ella el modelo Lizarralde-Indupalma, en el cual todos los riesgos del agro son trasladados al agricultor en beneficio del inversionista operador-transformador o del comercializador, profundizando las incertidumbres de los agricultores.

El agro necesita una política macro que abra el camino a la reproducción de las lógicas económicas empresarial y campesina, que destruya la terrateniente y que a través de subsidios y crédito de fomento, haga fluir el capital y otros recursos hacia él. El libre comercio, los TLC, no son una política adecuada. Limitan y destruyen las funciones del agro en la economía, trasladan los riesgos a los productores en favor de los inversionistas (operadores como Carguill o Indupalma) y dejan expuesta la economía a riesgos externos y a presiones políticas por parte de otras naciones, que aprovechándose de ser proveedoras de alimentos, tienen una herramienta de chantaje. Es posible recuperar el dinamismo del agro. Es necesario. No con la lógica de quienes promueven la ruina del agro empresarial mediano y pequeño y una servidumbre "moderna" para el campesinado. Los más de 15 millones de colombianos que viven en poblados rurales, tienen ese derecho. Los 47 millones de colombianos lo necesitamos. Hay que construir otra política para el campo.

Notas

1. El Espectador, Manifestaciones atienden al modelo económico, ago.18.13 (http://bit.ly/IbLoHVW) y revista Dinero, Pesimistas, oct.17.13 (http://bit.ly/GRHxjF)
2. Cálculos propios con base en datos de Minagricultura y DANE.
3. PNUD, 2011. Informe de Desarrollo Humano Colombia. Razones para la esperanza, http://pnudcolombia.org/indh2011
4. Para estas cifras, visitar la página www.banrep.gov.co, sección estadística.
5. Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, 2013. Memorias al Congreso de la República 2012-2013. http://bit.ly/17FAJCx
6. Fedesarrollo, agosto de 2013. Tendencia económica No. 134. Pp. 4. http://bit.ly/levjxyL
7. Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, 2005. La agricultura colombiana frente al Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos. pp. 41.
8. Chile, Marruecos, Jordania, Canadá y Costa Rica son países que ha excluido sectores o productos de los TLC con USA.
9. Para más información sobre el tema ver informes de la FAO sobre el estado de la agricultura mundial 2008, 2009 y 2010. También ver informa de la FAO sobre el estado de la seguridad alimentaria en América Latina 2012. www.fao.org
10. FAO, 2012. Panorama de la seguridad alimentaria en América Latina y el Caribe. http://bit.ly/Uh2iZj

Negociación del salario mínimo:
a la conveniencia de Santos y de las transnacionales

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

Winston Petro Barrios - Fiscal Comité Ejecutivo Nacional CUT

El decadente espectáculo de cada fin de año alrededor del incremento del salario mínimo, a cargo de la ostentosa Comisión Permanente de Políticas Salariales y Laborales, terminó mucho peor de lo esperado por los trabajadores. Y pese a la ocurrencia de otros hechos trascendentes en la agonía de 2013, como la incalificable destitución de Gustavo Petro, el acuerdo entre el Gobierno, los patronos y las centrales CGT y CTC, por sus implicaciones económicas y políticas, desató encontrados juicios y opiniones. Lo dado, ratifica la cuesta abajo de los salarios, y debe permitir la reflexión sobre la distancia entre las direcciones sindicales y los condenados al 'mínimo', la segmentación de los trabajadores de acuerdo con la creación de los regímenes de transición y el quiebre generacional. Los estragos ideológicos sufridos por las filas obreras, que han mermado la resistencia a la Apertura imperialista, a los TLC y a las políticas de los gobiernos, se revelan devastadoramente, mereciendo también un examen crítico sin vacilaciones.

Alrededor del incremento de la remuneración en 4,5%, para cerca de 1.273.000 trabajadores, debió promoverse la denuncia sobre el escandaloso descenso de los costos laborales y sus causas, y de acuerdo con ello, exigir una restitución importante del poder adquisitivo de los asalariados. Por lo menos, ese fue el papel atribuido por el Comité Ejecutivo de la CUT a sus delegados en la Comisión. Y, se quisiera o no, el movimiento sindical tenía que aclarar si en su seno se gestaba una réplica de la Unidad Nacional que respalda la pretensión reeleccionista de Juan Manuel Santos.

El primero en expresar su beneplácito por el avenimiento fue Santos –comprensiblemente, pues había atado otro cabo en su propósito reeleccionista–, aunque anotó que la dicha no era completa porque un sector de la CUT, obedeciendo a su firme oposición al Gobierno, no lo había firmado. Así, se creó la impresión de que la Central más importante del país, salvo algunos "radicales", estaba a bordo de la tramoya configurada con la complicidad de la CTC y la CGT. Luis Alejandro Pedraza, entonces, apuró una declaración en la cual aclaró que la CUT, por definición democrática de su Comité Ejecutivo, no firmaba acuerdo alguno por debajo de lo definido en esa instancia y que lo transado en la Mesa "no alcanzaba siquiera para una bolsa de leche". La polémica pareció

quedar en sus debidas proporciones, pues nadie ignora la naturaleza cada vez más distanciada de los intereses obreros de la CGT y de su proclividad al gobierno norteamericano (el embajador gringo es invitado especial a los congresos de esa organización, al lado del Presidente y del Vicepresidente de Colombia; muchos de sus dirigentes viajan a Washington a solicitar trámites expeditos para la aplicación de los TLC, no se cansan de alabar el acuerdo Obama-Santos, el contrato sindical cuenta con su promoción abierta o embozada, entre otras perlas).

Pero, como para no permitir que Santos se revalidara como el contumaz mentiroso que es, el 30 de diciembre apareció un pronunciamiento del autodenominado sector democrático de la CUT, firmado por cuatro de sus integrantes, exaltando el acuerdo y enumerando sus componentes: formalización laboral –la demagogia de siempre-, una confusa exoneración a los pensionados del pago de 8% en salud y una convocatoria de la Subcomisión del Sector Público para revisar los incrementos de los servidores del Estado. Es muy relevante destacar que quienes hacen parte de esta expresión sindical en la CUT, hace rato definieron su respaldo a la aspiración reeleccionista de Santos sin ningún tapujo y con mayor claridad que la CGT y CTC (1).

En ese lapso de festejos y navidad aparecieron las opiniones de los defensores del establecimiento, todos colmados de favores por el Ejecutivo, incluidos los gremios, prestando sus lomos al "triunfo" del Gobierno y celebrando con algazara la manipulada disminución del desempleo, el crecimiento económico de 4% (según la Cepal), por encima de la vecindad latinoamericana, sin echar de ver el crecimiento de la deuda externa a casi U$ 100.000 millones -que se incrementará por la mayor dependencia de la economía del crédito externo-, las tergiversaciones de las cuentas y el ininterrumpido decaimiento industrial. En altivo contraste con lo anterior, a las iras expresadas por los trabajadores y gentes del común, se sumaron las voces de Clara López, Jorge Robledo, Iván Cepeda, el semanario Voz, César Luque y diversos analistas y medios de talante democrático, todos tildando con vehemencia el aumento como ruin y ajustado a las ambiciones de los oligopolios y del reeleccionismo.

Recordemos –sin precisiones exhaustivas– que la fijación del salario mínimo fue el resultado de la admisión por parte del Estado colombiano de la normativa laboral adquirida por el proletariado europeo, con sus fuerzas y protestas desencadenadas contra las burguesías, en las postrimerías del siglo XIX. Como siempre, lo alcanzado por la resistencia de los trabajadores ante la explotación en los países de desarrollo capitalista se reconoció en nuestro medio con un retardo de varios decenios –otro de los tantos hechos que explica nuestro enorme atraso y demuestra la rapacidad de las clases opresoras que han controlado los destinos de la nación–. Luego de la creación de la Ley 6 de 1945, los criterios para imponer la paga mínima, por parte de los gobiernos, tuvieron modificaciones formales, hasta que bajo el embeleso suscitado por la Constitución y el 'Estado Social de Derecho', y atendiendo las ingeniosas recomendaciones de la misiones asesoras norteamericanas, se crearon las Comisiones Permanentes, con

> Luis Alejandro Pedraza, entonces, apuró una declaración en la cual aclaró que la CUT, por definición democrática de su Comité Ejecutivo,no firmaba acuerdo alguno por debajo de lo definido en esa instancia y que lo transado en la Mesa "no alcanzaba siquiera para una bolsa de leche"

las cuales los reclamantes se hacen aparecer como coautores de las tropelías contra sus representados, sin que algunas migajas y reconocimientos dejen de aparecerles.

Con la apertura económica, los trabajadores perdieron sus conquistas casi centenarias, sufriendo el hierro de la renovada dominación norteamericana. Con una fórmula inescrupulosa pero efectiva, se dividió a los afectados: la Ley 50 dispuso dos regímenes de cesantías, dejando el peso del desmonte a los que ingresaran a las lides productivas después del 1° de enero de 1991, sofrenando la indignación de los ya vinculados; la Ley 100 estableció regímenes de transición, con igual propósito; los maestros fueron clasificados también en dos opuestos estatutos laborales y con el 1278 emergió un nuevo magisterio sin garantías para el mejoramiento económico y su capacitación científica. En las pocas convenciones colectivas existentes se produjeron, por fuerza de las embestidas gubernamentales y de la debilidad sindical, modificaciones que diferenciaban a unos y otros sectores de beneficiarios. Todo esto impregnó la actitud de muchos sectores sindicales vinculados a las generaciones "protegidas" que, sin exponer su futuro económico, sucumbieron ideológicamente bajo la guía de los Garzones, y se aferraron a las tesis, –traídas de

los contornos del FMI y de sus "tanques de pensamiento"–, de los planes alternativos, cuya médula es el abandono de la confrontación de las políticas imperialistas adversas a la nación y a los trabajadores. Lucho y Angelino, actuando como abiertos brigadistas antimotines del Gobierno, ahora hacen menos daño que el que le infligieron, casi irreparablemente, a la causa de los obreros; por supuesto, esta aseveración es discutible, porque no sabemos a cuántos males coadyuvarán en el futuro.

El mayor obstáculo que tienen los miles y miles de trabajadores que "viven para no morir", es el de la carencia de organización, pues tanto los del mínimo sueldo, como aquella masa que devenga menos de $ 204.000 mensuales –esta última, constitutiva de 32% de la fuerza laboral- no están representados por las Centrales Obreras (la tasa de sindicalización es de apenas 4%), y encarna el sector más desprotegido y numeroso del proletariado colombiano. Por eso, no se rompe una lanza por ellos en la víspera de las conversaciones, ni se asume la elemental tarea propagandística de "poner los gritos en los cielos" para convocar las solidaridades del pueblo, como tampoco se propone un período distinto al decembrino para su trámite.

Tal vez los encomiables y contundentes estudios, que precisan las desgracias que padecen los asalariados -en contraposición con las ganancias acumuladas por los oligopolios foráneos y nacionales-, a cargo de desvelados economistas amigos de los trabajadores, como César Giraldo y Aurelio Suárez, sea lo único que les depare alguna satisfacción a los esclavos del atraso en estas controversias, en la medida que apuntalan sus exigencias democráticas, pues el evento que cierra el año de angustias adquiere una confrontación protocolaria, sin una fuerza social movilizada que haga valer sus elementales reivindicaciones, para terminar con la renovación del desvalijamiento obrero.

La realidad económica en la que se encuentran los trabajadores es insoportable: el poder de compra ha caído en 50%; menos de dos salarios mínimos aforan a más de 75% de la masa laboral formalizada; la intermediación, incluidos los contratos sindicales, representa alrededor de 65% del espectro laboral reconocido por las estadísticas oficiales; a pesar de lo inexacta, la medición de la canasta familiar confirma la imposibilidad de la reposición de fuerzas para un trabajador con salario mínimo, en tanto que el denominado "círculo infernal" de las alzas postdecembrinas engulle de tajo el mísero incremento. La inflación, tasada en 1,94%, pone límites a las reclamaciones económicas y, basadas en ella, los doctos analistas al servicio de las fuerzas retardatarias (lo mismo que hace 200 años), advierten que no podrán crearse empleos si las remuneraciones dejan de ser miserables, pero su mutismo es desconcertante frente a las ganancias de los todopoderosos.

La tendencia mundial señala la configuración de un polo de riqueza, menos numeroso, pero más rico cada vez, lo que en Colombia se revela con la comprobación de una élite casi mágica, integrada por 625 personajes que, según Portafolio, detentan la friolera de US$ 80.000 millones. La reforma tributaria les deparó a los empresarios y trasnacionales ventajas infinitas y exenciones billonarias, entre ellas, la anulación de los pagos parafiscales por concepto de los trabajadores de remuneración inferior a diez salarios mínimos, lo que les concede 13,5% de "ahorro" al establecer menos 2% para la financiación del Sena, menos 3% para el sostenimiento del Icbf y menos 8,5% para el régimen de salud (moñona contra los sectores populares). Esta no es la desigualdad, ni la inequidad invocada en el glosario de moda, es apenas la forma de la explotación imperialista que no morigerará en la medida en que las naciones sometidas sean capaces de soportarla y admitirla como un mal natural.

A la CUT le corresponde afanarse en la revisión del esfuerzo orientado a todos los sectores de trabajadores con la finalidad de configurar un ánimo de organización capaz de enfrentar la política de los gobiernos y de rescatar la tradición democrática, antimperialista y revolucionaria de la clase obrera. En la Colombia de hoy, retrotraída al esquema colonial minero-exportador y sometida al redoblamiento del sojuzgamiento foráneo, el listado de las movilizaciones de las clases y sectores sociales contra el enervante estado de cosas es casi infinito; su progresión será mayor, así haya quienes intenten rendirlas ante el gobierno. Los trabajadores incrementarán sus reclamaciones y se unirán en torno de una guía política correcta y de las organizaciones sindicales que interpreten sus intereses con empeño y claridad. Que Santos, el mejor agente de los gringos, no cuente con el respaldo sindical será una forma de vislumbrar un futuro menos aciago para Colombia y los oprimidos.

(1) Editorial La Bagatela, noviembre 1 de 2013, Definiciones del congreso del Partido Liberal.

Enero 27 de 2014

7 meses después de firmado el Acuerdo Nacional Sindicatos Estatales

se declaran en alerta ante incumplimientos del gobierno

Francisco Maltés - Comité Ejecutivo CUT

Las organizaciones sindicales que representan a los trabajadores al servicio del Estado (unos 800 mil en todo el país, excluidos los de las fuerzas armadas), se muestran hoy bastante preocupadas por la suerte del acuerdo nacional que el 16 de mayo del año pasado firmaron con el gobierno nacional. Incluso algunos de sus voceros sienten que el Gobierno les "puso conejo", porque si bien hay puntos del acuerdo que se han cumplido, varios de ellos, los más relevantes, aún no se concretan y otros se encuentran enredados.

Entre los puntos incumplidos que más preocupan al sindicalismo estatal, está el de la reforma del Decreto 1092 (reglamentario de la negociación colectiva en el sector público), cuyo texto fue acordado con el Ministerio del Trabajo desde octubre, pero aún no se hace oficial. Asimismo, el Gobierno se comprometió a presentar al Congreso, para su ratificación, 3 convenios de OIT, y nada ha hecho al respecto; como tampoco ha expedido el decreto que permitiría movilidad a los empleados públicos de carrera administrativa.

Ante este estado de cosas, la Unidad de Acción de los Estatales, conformada por las 3 centrales sindicales y las federaciones que firmaron el acuerdo, más la Federación Internacional de Servicios Públicos (ISP), se declaró en estado de alerta y anunció una serie de acciones tendientes a presionar el cumplimiento de la totalidad del acuerdo.

Para el efecto se convocó una reunión de las juntas directivas de los sindicatos estatales de Bogotá, que se realizará el 1º de febrero; y el 3º Encuentro Nacional de Trabajadores del Estado, realizado el 7 y 8 de febrero en Bogotá, en el que se esperaba definiciones concretas en torno a la movilización de los servidores públicos a nivel nacional. Asimismo, se dirigió una carta abierta al Presidente de la República, se solicitó una audiencia con el Ministro del Trabajo, para poner el tema en conocimiento de la opinión pública nacional e internacional, y ante la OIT.

"Vamos a ver si acordamos una jornada nacional de protesta que reivindique el cumplimiento de los

acuerdos, pues solo con la movilización de los trabajadores es que los patrones escuchan y cumplen", señaló Francisco Maltés, vocero del sindicalismo estatal por parte de la CUT.

"Hay una gran preocupación. Ya llevamos más de 7 meses del acuerdo, y muchos de los puntos sustanciales no se han cumplido; y si no se cumple lo que se pactó, la negociación colectiva de los estatales se vuelve una caricatura", señaló por su parte Juan Diego Gómez, vocero de la Federación Internacional de Servicios Públicos (ISP).

A su vez Percy Oyola, Secretario General de la Unión Nacional de Trabajadores del Estado y los Servicios Públicos (Unete), federación de la CGT, precisó: "Percibimos que el Gobierno les hizo conejo a los trabajadores estatales. Simula que está cumpliendo, pero en la práctica se burla de lo que hemos acordado".

Y Jorge Peña, presidente de Fecotraservipublicos, federación de sindicatos estatales de la CTC, que agrupa a unos 12 mil trabajadores en todo el país, considera que el impase del acuerdo se debe a que en el gobierno hay tres posiciones. Una la del Ministerio de Trabajo, "que ha estado atento y ha hecho lo que tiene que hacer". Pero el tema se estanca cuando llega al Departamento Administrativo de la Función Pública y al Ministerio de Hacienda. "Eso es un retén que no deja pasar nada, como que no les gusta el acuerdo que firmamos. Esa dispersión del gobierno es la que nos tiene preocupados", agregó.

Los puntos que sí y los que no

Es de aclarar que no todo lo del Gobierno ha sino incumplimiento. Ha cumplido algunos puntos, como el del incremento salarial, y ha emitido circulares instando a los nominadores para que descuenten la cuota sindical a los trabajadores, tanto a los sindicalizados como a los no sindicalizados que se benefician del acuerdo, lo cual redunda en fortalecimiento de los sindicatos.

Pero el gran lunar es no haber suscrito aún el decreto modificatorio del Decreto 1092, a fin de superar las limitaciones que éste tiene y facilitar y unificar los procesos de negociación colectiva en el sector público, dentro de los parámetros que exige el Convenio 151 de la OIT.

En octubre se acordó un texto de reforma de este decreto con el Ministerio de Trabajo y la Secretaría Jurídica de la Presidencia, el cual se esperaba que entrara a regir en enero de este año. Pero se quedó "empantanado" en el Ministerio de Hacienda, que, en opinión de Francisco Maltés, "es la talanquera que se atraviesa en la reivindicación de los derechos de los trabajadores estatales".

Asimismo, el gobierno no ha tenido voluntad política para gestionar en el Congreso de la República la ratificación de 3 convenios internacionales de la OIT, punto que hace parte del acuerdo. Estos convenios son: el 135, que se refiere a la protección de los representantes de los trabajadores en los lugares de trabajo, convenio básico para fortalecer el diálogo social en las empresas y entidades, y garantizar que los sindicatos representen mejor a los trabajadores; el 149, que regula los horarios y actividades del personal de enfermería; y el 183, sobre protección a la maternidad.

Otro punto sustancial, también incumplido, tiene que ver con la garantía de representación de los trabajadores estatales en la Comisión Nacional del Servicio Civil. Es un tema importante porque esta Comisión es la que regula los concursos de méritos de los trabajadores, algo que tradicionalmente ha hecho sin la consulta ni la participación de éstos, lo que ha originado serios conflictos.

El incumplimiento en el tema de los cuadros funcionales, también es factor de inconformidad del sindicalismo estatal. Se trata de un decreto que permitiría a los funcionarios inscritos en carrera administrativa moverse en el mismo nivel jerárquico en el que se encuentran sin tener que concursar directamente, siempre y cuando cumplan los requisitos exigidos y obtengan una evaluación excelente. Ello implica un decreto del gobierno que reforme los decretos 1227 y 1228 de 2005.

Pliegos que faltan por negociar

El Decreto 1092, tal como está concebido, plantea que los sindicatos de los entes estatales presenten pliego de peticiones antes del 31 de marzo. El año pasado no se presentaron pliegos en más de mil municipios, gobernaciones, instituciones territoriales, hospitales públicos, institutos descentralizados, etc. Y de los 300 pliegos que se presentaron, solo se resolvieron unos 150. A los demás no se les dio el trámite correspondiente, razón por la cual en diciembre la CUT interpuso una queja formal contra el gobierno colombiano ante la OIT.

Se espera que antes del próximo 31 de marzo se presenten unos 400 pliegos de peticiones en las entidades estatales que faltan. Preparar una estrategia para la presentación de estos pliegos, es otro propósito de las reuniones y encuentros que el sindicalismo estatal realizará a principios de febrero en Bogotá.

Ayudemos ...

A conservar el planeta

ANEC

ANEC

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.