



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVIII - N° 1152

Bogotá, D. C., viernes, 29 de noviembre de 2019

EDICIÓN DE 32 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 258 DE 2019 SENADO

por el cual se regulan las condiciones que garanticen un cuidado integral desde la profesión de enfermería y la plena implementación de la Ley 266 de 1996.

Bogotá, D. C., 20 de noviembre de 2019.

Doctor

Gregorio Eljach Pacheco

Secretario General

Senado de la República de Colombia

Asunto: Radicación Proyecto de ley Senado

Respetado Secretario General:

En concordancia con el artículo 154 de la Constitución Política de Colombia y con el artículo 140 de la Ley 5ª de 1992, en mi calidad de Congresista de la República, me permito radicar ante la Secretaría General del Senado de la República el presente proyecto de ley: “Por el cual se regulan las condiciones que garanticen un cuidado integral desde la profesión de enfermería y la plena implementación de la Ley 266 de 1996”. El documento se encuentra estructurado de la siguiente manera:

I. Articulado del proyecto de ley

II. Exposición de motivos

III. Proposición

Cordialmente,

JUAN LUIS CASTRO CÓRDOBA
Senador de la República

PROYECTO DE LEY NÚMERO 258 DE 2019 SENADO

por el cual se regulan las condiciones que garanticen un cuidado integral desde la profesión de enfermería y la plena implementación de la Ley 266 de 1996.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto. El objeto de la presente ley es la creación de una reglamentación de las condiciones que garanticen **un cuidado integral de la salud desde la profesión de enfermería y la plena implementación de la Ley 266 de 1996**, desde un enfoque de género y salud mental.

Artículo 2º. Definiciones. Para los efectos de la presente ley, se entenderá por:

2.1 Enfermería: La enfermería es una disciplina profesional cuyo propósito es el cuidado de las personas, familias y comunidades, junto con la evaluación de las respuestas a su estado de salud. Como ciencia busca el desarrollo de las actividades que contribuyen a la salud, la recuperación y/o la muerte digna, actividades que las personas realizarían por sí solas, si tuvieran la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios para lograr una independencia total o parcial en el menor tiempo posible.

2.2 Cuidado integral de enfermería: Relación y proceso cuyo objetivo es la promoción y el mantenimiento de la vida, más allá de la enfermedad, en los entornos y ámbitos en que la persona,

familias, grupos o comunidades se desarrollan. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también al profesional de enfermería como transmisor de él, a su vez este proceso contempla a la persona en su unicidad, no como la suma de partes fraccionables, en tanto el cuidado es una estructura multidimensional, de soporte a la vida, tanto en su naturaleza biológica como social, cultural, histórica. Conviene reconocer el cuidado en toda expresión de la vida humana y su carácter omnipresente.

2.3 Género: Se entiende que el género es un “Estructurador social que determina la construcción de roles, valoraciones, estereotipos e imaginarios asociados a lo masculino y lo femenino, y las relaciones de poder que de estos se desprenden y se exacerban con otras formas de desigualdad. Estas construcciones sociales difieren entre sociedades, culturas y se transforman en el tiempo y parten de expectativas colectivas de género que se modifican dependiendo de la condición de clase, el periodo del curso de vida y el lugar que ocupen los sujetos sociales en el ordenamiento socio-racial. Las discriminaciones por razones de género permean las estructuras sociales, culturales, económicas y políticas y tienen impactos individuales, comunitarios y colectivos”.

2.4. Enfoque de género: Es una perspectiva conceptual, metodológica y política que:

- (i) Evidencia las desigualdades, discriminaciones y violencias existentes entre mujeres y hombres en ámbitos políticos, económicos, sociales, familiares y culturales; (ii) Establece que dichas desigualdades son injustas, violatorias de DD. HH., limitan el desarrollo humano y el ejercicio de la ciudadanía; (iii) Propone políticas y estrategias para construir relaciones justas y equitativas entre mujeres y hombres.

2.5 Sesgo de Género: Se definen como la distorsión, limitación, modificación o deterioro del desarrollo potencial de una persona por causas derivadas de factores que generan el reparto y la jerarquía de rasgos categorizados y roles a hombres y mujeres, en atención a una hipotética ley natural asociada a los sexos, siendo en realidad motivada por constructos,

creencias y estructuras de tipo ambiental y social.

2.6 Discriminación basada en el Género:

Multiplicidad de prácticas sociales que vulneran los derechos humanos de las personas basadas en construcciones sociales y condiciones materiales derivadas de estas, y que afecta particularmente a las mujeres, lo femenino y sujetos feminizados; y que se nutre de las desigualdades que la sociedad permite en mayor o menor grado, afectando los principios fundamentales de universalidad e indivisibilidad.

2.7 Estereotipos de Género: Son las creencias o preconcepciones generalizadas sobre los atributos o características que poseen o deberían poseer mujeres y hombres, o los roles que desempeñan o deberían desempeñar en la sociedad.

2.8 Hegemonía de Género: Son las creencias y normas culturalmente dominantes relacionadas con las relaciones ideales entre hombres y mujeres, masculinidad y feminidad. En cuanto al término “hegemonía médica”, se refiere a las creencias culturalmente dominantes sobre la enfermería frente a la medicina.

2.9 Interseccionalidad: Puede definirse como los procesos complejos, irreducibles, variados y variables que en cada contexto derivan de la interacción de factores sociales, económicos, políticos, culturales y simbólicos que conducen a sistemas de discriminación y opresión que realimentan entre ellos como el sexismo, el racismo, el clasismo, entre otros.

2.10 Segregación ocupacional: La segregación sexual del trabajo implica un acceso diferencial entre hombres y mujeres a ocupaciones y puestos de trabajo, ramas y categorías ocupacionales. Constituye un factor determinante de la calidad del empleo femenino y de su evolución, al mismo tiempo que afecta la relación con el trabajo reproductivo, el ocio y la participación ciudadana.

Vertical: Se refiere a las dificultades que tienen las mujeres para poder desarrollarse profesionalmente especialmente por la diferencia de las condiciones laborales como poder de decisión, jornada laboral y salario.

Horizontal: Se refiere a las dificultades de las personas en acceder a determinadas profesiones. Se observa por ejemplo en la predominancia de las mujeres hacia los sectores tradicionales feminizados y la dificultad de las mujeres para

acceder a cargos generalmente estipulados como “masculinos”.

2.11 Cuidado Invisibilizado: Es el cuidado provisto a niños, niñas, personas mayores y personas con enfermedades crónicas, discapacitantes o personas con discapacidad, que se brinda principalmente por mujeres en el ámbito doméstico y que no cuenta con reconocimiento social, político ni económico.

2.12 Feminización del trabajo: Desequilibrio en las relaciones laborales derivado de la división sexual del trabajo y la naturalización de ciertas prácticas históricamente “Femeninas”, lo que genera el desconocimiento económico y social de estas, al ser estas catalogadas como inherentes a la condición de ser mujer.

2.13 Máximo potencial de enfermería: se refiere al desarrollo máximo de las capacidades, habilidades y conocimientos que tienen las enfermeras para el cuidado de los individuos, familias y comunidades, la participación política, la innovación, el desarrollo tecnológico y la toma de decisiones.

2.14 Toma de decisiones: Se relaciona con la capacidad de resolución o determinación que tienen las enfermeras en determinadas situaciones, cabe resaltar que para que este proceso sea exitoso se deben identificar y eliminar los factores culturales, reglamentarios y legislativos que favorecen la creación de barreras.

2.15. Profesional de Enfermería: Toda persona que ha obtenido el título de enfermero en una institución de educación superior debidamente reconocida por el Estado Colombiano.

2.16. Atenciones en Salud que menoscaban el cuidado: Servicios de naturaleza mercantilista, promotores del comercio de químicos, equipos y usos de infraestructuras con nichos de mercado que por no representar beneficios económicos menoscaban el derecho a la salud y no logran mejorar el nivel de salud de las poblaciones. Planes y acciones en salud que no contemplan el cuidado integral o que no asignan talento humano idóneo ni otros recursos requeridos, y descargan la responsabilidad en las familias o las comunidades o al azar.

Artículo 3°. Ámbito de aplicación: La presente ley rige en todo el territorio nacional y se enmarca en el Sistema de Salud y de Cuidado,

así como el ejercicio independiente y autónomo de la enfermería. Está dirigida a los actores del Sistema de Salud, actores políticos, del sector productivo y económico, social, académico, profesional, gremial y la población en general.

TÍTULO I

POLÍTICAS PARA LA GARANTÍA DEL CUIDADO QUE ES PROVISTO POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Artículo 4°. *Creación del Sistema Nacional de Cuidados en Colombia.* Los sujetos de derecho que el Sistema contemplará incluye tanto a las personas que cuidan como a las personas cuidadas, incluyendo personas con discapacidad, personas mayores, niños y niñas.

El Sistema de cuidado proveerá los servicios de cuidado en especie (persona de cuidado remunerada, dispositivos de cuidado) y no subsidios monetarios (familiar que cuida) y estará articulado con los servicios públicos y privados existentes.

El Departamento de Prosperidad Social, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Trabajo y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, sin perjuicio de las demás entidades que tengan competencia, reglamentarán lo concerniente a este Sistema en un plazo no superior a 18 meses a partir de la expedición de la presente ley, atendiendo los instrumentos legales y reglamentarios y sistemas preexistentes, con plena concertación de las organizaciones o grupos de enfermería, organización de sociedad civil.

Parágrafo. La persona familiar cuidador podrá ser persona de cuidado remunerada siempre y cuando cumpla con las condiciones y requisitos establecidos por el Sistema de Cuidados dispuesto en la presente ley.

Parágrafo 2°. El presente sistema de cuidados legitimará, promoverá y protegerá, en todo caso, el cuidado de trabajo remunerado por encima de las demás categorías.

Artículo 5°. *Definición de las intervenciones de cuidado directo específico disciplinar, el cuidado derivado de las valoraciones del equipo interdisciplinario y la gestión y gerencia de los cuidados a cargo del profesional de enfermería.* El Ministerio de Salud y Protección Social integrará a la Resolución de 5851 de 2018 sobre Códigos Únicos de Procedimientos en Salud y a las Tarifas de Prestación de Servicios de Salud, el listado de consultas, procedimientos, intervenciones y actividades realizadas por profesionales de enfermería en un plazo no mayor a 12 meses a partir de la expedición de la presente ley, construido de manera participativa con actores del Sistema de Salud, actores

políticos, del sector productivo y económico, social, académico, profesional y la población en general.

No podrán volverse a tipificar las atenciones, intervenciones, procedimientos y demás prestaciones a cargo del/a profesional de enfermería como parte de otras prestaciones (estancias, salas de cirugía, unidades, procedimientos, etc.).

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá los mecanismos efectivos de participación para las y los enfermeros residentes en todo el territorio nacional, asegurando así el reconocimiento de las atenciones en salud realizadas en los distintos ámbitos y entornos.

Parágrafo 2°. Los requisitos de habilitación de servicios de salud tendrán en cuenta lo citado en el presente artículo.

Artículo 6°. *Registro del cuidado de enfermería.* Los gremios de enfermería, la academia y los grupos de interés profesional en enfermería u otras formas de participación afines, en construcción colectiva con las y los profesionales en ejercicio en diferentes entornos, ámbitos dimensiones, elaborarán los lineamientos técnicos para el registro del cuidado de enfermería que incluya el cuidado directo específico disciplinar, el cuidado derivado de las valoraciones del equipo interdisciplinario y la gestión y gerencia de los cuidados realizados por personal auxiliar de enfermería y cuidadores primarios, familiares y no familiares. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá integrar, estos lineamientos a la reglamentación de la historia clínica unificada y demás registros que se requieran. Para lo normado en este artículo se dispondrá de 12 meses a partir de la expedición de la ley.

TÍTULO II

DE LAS CONDICIONES LABORALES

Artículo 7°. *Del personal de enfermería.* El ejercicio del profesional de enfermería en los diferentes servicios, escenarios, entornos y ámbitos tendrá en cuenta que la enfermería es una profesión liberal y autónoma.

Los equipos directivos de las instituciones de servicios de salud, sociales, educativos, productivos, deberán contar con cargos ocupados por profesionales de enfermería que representen y dirijan todas las funciones de cuidado de enfermería de la institución en un plazo no mayor a 12 meses a partir de la expedición de la presente ley. Estos cargos no estarán subordinados a la dirección médica-científica de la correspondiente institución.

Parágrafo. Los requisitos de habilitación de servicios de salud tendrán en cuenta lo citado en este artículo.

Artículo 8°. *Dignificación laboral del personal de enfermería en Colombia.* El Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo no mayor a 12 meses a partir de la expedición de la presente ley, de manera participativa con actores del Sistema de Salud, actores del sector productivo y económico, social, académico, profesional y la población en general expedirá la reglamentación necesaria que estandarice tanto para el sector público como privado:

- Contratación del personal de enfermería mediante contrato laboral formal.
- Razón de profesional de enfermería/ Número de persona sujeto de cuidado por servicio y niveles de atención en salud, escenarios, entornos, ámbitos y carga emocional para el personal de enfermería.
- Número de profesionales de enfermería por nivel de formación máximo alcanzado (Pregrado, especialización, maestría o doctorado)/servicio y niveles de atención en salud, escenarios, entornos, ámbitos y carga emocional para el personal de enfermería.
- Jornada laboral diferencial por servicio y niveles de atención en salud, escenarios, entornos, ámbitos y carga emocional para el personal de enfermería.
- Reglamentación expresa en relación con licencias de maternidad, enfermedad y demás relacionadas en consonancia con la legislación laboral vigente.
- Los servicios en los que el personal de enfermería realice turnos de doce horas, contarán con espacios apropiados para el consumo de alimentos y para el descanso de dicho talento humano (2 pausas activas).

El cumplimiento de lo estipulado en el presente artículo se entenderá dentro de un ámbito de vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo. De existir estándares internacionales reconocidos en relación a la razón de profesional de enfermería / Número de persona sujeto de cuidado se adoptarán los que mejor se adecúen al contexto nacional.

Parágrafo 2°. De acuerdo a lo señalado en este artículo el –la empleador– a los distintos servicios y niveles de atención en salud, escenarios, entornos y ámbitos asignará a los profesionales de enfermería un número limitado de personas sujeto de cuidado, teniendo en cuenta lo señalado en este artículo y en armonía con lo expuesto en la presente ley so pena de las sanciones que deba establecer la

Superintendencia Nacional de Salud en caso de incumplimiento.

Los parámetros establecidos en este artículo se integrarán a los criterios y estándares de habilitación de los servicios de salud y aquellos de tipo social en los que aplique. No podrán establecerse condiciones diferenciales de lo establecido en este artículo para atenciones, intervenciones, procedimientos y demás prestaciones a cargo del/a profesional de enfermería.

Parágrafo 3°. El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá los mecanismos efectivos de participación para las y los enfermeros residentes en todo el territorio nacional, asegurando así el reconocimiento de los diferentes entornos, ámbitos y atenciones en salud en las que participan las y los profesionales de enfermería.

Artículo 9°. *Régimen de Vacaciones.* Se establecen dos periodos de vacaciones al año, para el personal de enfermería que realiza trabajo de cuidado emocional indistinto del servicio, calificados como de alto riesgo psicosocial por la Administradora de Riesgos Laborales, así como aquellos trabajos de alto y máximo riesgo físico, químico, biológico, mecánico y ambiental.

Las Administradoras de Riesgos Laborales establecerán un tablero de indicadores para el seguimiento semestral de las condiciones de salud ocupacional de enfermeras/os, con la consiguiente publicación de un informe anual.

Parágrafo. De existir estándares internacionales reconocidos en relación a régimen de vacaciones del profesional de enfermería diferenciado por servicios, se adoptarán los que mejor se adecúen al contexto nacional.

Artículo 10. *De los salarios del personal de enfermería.* El/a empleador/a fijará los salarios del profesional de enfermería tomando en cuenta el nivel de formación máximo alcanzado: Pregrado, especialización, maestría o doctorado, en todo caso en cuanto al profesional con pregrado únicamente, este salario no podrá ser inferior a los 3 SMLV.

Parágrafo. El/a empleador/a tendrá la obligación de homologar la experiencia profesional adicional a la requerida para el cargo de la siguiente manera: especialista 1 año, magister 2 años y doctorado 3 años.

El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de lineamientos específicos buscando vigilar la homologación aquí planteada.

Parágrafo 2°. En relación a la migración internacional de profesionales de enfermería colombianos y en la perspectiva de generar condiciones que promuevan su permanencia

en Colombia se establecerán lineamientos que monitoreen, vigilen y controlen dichas condiciones. En esta misma perspectiva estos lineamientos tendrán en cuenta las acciones de vigilancia y control para la contratación de profesional de enfermería extranjero que llega al país y es contratado con condiciones inferiores a las aquí planteadas.

Artículo 11. De las garantías prestacionales. El/a empleador/a garantizará los aportes al Sistema General de Seguridad Social del personal de enfermería conforme a las garantías laborales dispuestas en el artículo 7° de la presente ley.

TÍTULO III

DE LO SOCIAL, CULTURAL Y ACADÉMICO

CAPÍTULO 1

Social: cuidado remunerado

Artículo 12. *Derechos del personal de enfermería.* Se reconoce al/a profesional de enfermería como una profesión de alto valor social que contribuye al desarrollo del país en todas las dimensiones y para lo cual se deben retirar todas las barreras sociales, económicas, políticas y culturales que permitan su pleno desarrollo y ejercicio.

El Estado garantizará medidas que promuevan el ejercicio pleno de los derechos de enfermeras/os como ciudadanas/os.

El Ministerio de Salud y Protección Social liderará la construcción de una política de salud integral del personal de enfermería que incluya la promoción de la salud física, mental y psicosocial, la prevención de enfermedades de alta prevalencia en este grupo poblacional, y la atención y rehabilitación de las mismas, con las respectivas herramientas de gestión del conocimiento, monitoreo y seguimiento.

Parágrafo. El Ministerio del Interior, el Departamento de Prosperidad Social, el Ministerio del Trabajo y el Ministerio de Salud y Protección Social definirán medidas especiales para la protección de la vida y el pleno ejercicio de derechos de profesionales de enfermería, incluyendo el tiempo en servicio social obligatorio.

Estas instituciones desarrollarán una vez cada diez años, a partir de la expedición de la presente ley, una encuesta sobre condiciones de vida, laborales y económicos, políticas, sociales, culturales y académicas de los y las profesionales de enfermería, con participación de las Administradoras de Riesgos Laborales en lo atinente a su competencia.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Educación Nacional, junto con el Ministerio de Cultura

y el Ministerio de Salud y Protección Social crearán de manera conjunta o independiente, programas que promuevan el liderazgo y empoderamiento profesional y el fortalecimiento de las competencias en pensamiento crítico, así como en temáticas de gran relevancia para el país como la salud mental, entre otras, de las y los profesionales de enfermería.

CAPÍTULO 2

De lo Social: Cuidado no remunerado

Artículo 13. *Visibilización de los impactos del trabajo de cuidado no remunerado sobre el ejercicio de los derechos de las mujeres.* La Consejería para la Equidad de la Mujer, el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Cultura y el Ministerio de Salud y Protección Social implementarán de manera conjunta o independiente, estrategias para la medición y visibilización de los impactos del trabajo de cuidado no remunerado en el ejercicio de los derechos de las mujeres, incluyendo el reconocimiento de la mayor exigencia laboral y personal y una menor oportunidad de acceder a cargos de poder y liderazgo.

Artículo 14. *Eliminación de la discriminación contra las mujeres.* La Consejería para la Equidad de la Mujer, el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Cultura y el Ministerio de Salud y Protección Social, implementarán de manera conjunta o independiente, acciones específicas que eliminen la discriminación relacionadas con el rol que las mujeres elijan respecto a la maternidad, lactancia y demás aspectos relacionados con lo femenino, en armonía con lo dispuesto con la Ley 1482 de 2011 y demás relacionadas con la igualdad de género.

Parágrafo. La Comisión Legal para la Equidad de la Mujer del Congreso de la República realizará una audiencia pública de manera anual para ejercer el control político correspondiente sobre la implementación y desarrollo de la presente ley.

Artículo 15. *Trabajo de cuidado familiar.* La Consejería para la Equidad de la Mujer, el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Cultura y el Ministerio de Salud y Protección Social implementarán de manera conjunta o independiente, estrategias para transformar la división social y sexual del trabajo en nuestra sociedad conduciendo a la asunción de trabajo de cuidado por hombres y otros miembros de la familia distintos a las mujeres y niñas.

CAPÍTULO 3

De lo cultural

Artículo 16. *Cátedra de cuidado para la vida.* El Ministerio de Educación Nacional creará de una cátedra de cuidado doméstico

y corresponsabilidad para todos los niveles de formación formal, que tenga en cuenta los enfoques de derechos, psicosocial, género e interseccional, en un plazo no superior a 18 meses una vez expedida la presente ley.

Parágrafo. La cátedra aquí mencionada podrá transversalizarse en otros cursos o asignaturas de todos los niveles de formación, siempre y cuando se garantice un indicador de proceso para el seguimiento al desarrollo de estos contenidos descritos dentro de dichos cursos o asignaturas.

Parágrafo segundo. El Ministerio de Educación Nacional dispondrá los mecanismos efectivos de participación para los actores de sociedad civil que hacen parte de la Mesa Intersectorial de Economía del Cuidado, grupos o agremiaciones afines.

Artículo 17. *Pedagogía del cuidado.* La Consejería para la Equidad de la Mujer, los Ministerios de Educación Nacional, Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Cultura y de Salud y Protección Social implementarán de manera conjunta o independiente, estrategias comunicativas y pedagógicas para la transformación cultural de las representaciones sociales sobre la profesión de enfermería y los empleos que tienen como núcleo el cuidado, así como del cuidado no remunerado, desde los enfoques de derechos, psicosocial, género e interseccional en un plazo no superior a 18 meses una vez expedida la presente ley. Esta obligación será cumplida por dichas instituciones de manera transversal de acuerdo a sus competencias, en el marco de las políticas, planes, programas y proyectos en los que aplique.

Parágrafo. Para la mayor socialización de las estrategias comunicativas y pedagógicas aquí descritas, se dispondrá de tiempo en los medios de difusión de que dispone el Estado.

Parágrafo segundo. En caso que los actores de sociedad civil que hacen parte de la Mesa Intersectorial de Economía del Cuidado, grupos o agremiaciones afines, dispongan de estrategias como las señaladas en el presente artículo, se deberá permitir su socialización periódica en los medios de difusión de que dispone el Estado.

Artículo 18. *De los cuidados interculturales.* El Ministerio de Salud y Protección Social dictará los lineamientos necesarios para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y demás organizaciones relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, dispongan de espacios en los servicios de salud donde tengan posibilidad los cuidados interculturales, entre ellos la partería, terapias no farmacológicas, conocimientos ancestrales de bienestar.

CAPÍTULO 4

De lo académico

Artículo 19. *Del enfoque educativo en el cuidado.* El Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con las facultades de enfermería, agremiaciones, grupos o asociaciones de enfermería, determinarán estrategias que conduzcan a la incorporación en la formación de pregrado y posgrado en enfermería de contenidos relacionados con los enfoques de derechos, psicosocial, género e interseccional, habilidades y destrezas en salud mental, cuidado individual, cuidado colectivo, cuidado intrainstitucional, cuidado extramural y la articulación del cuidado con los servicios sociales. Lo expuesto en este artículo en un plazo máximo de 18 meses a partir de la vigencia de la presente ley.

Artículo 20. *Formación en pregrado y posgrado en enfermería.* El Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social definirán incentivos a la oferta (universidades) y demanda (personal de enfermería) para la formación en pregrado y posgrado en enfermería en un plazo no superior a 18 meses a partir de la expedición de la presente ley.

El Ministerio de Educación Nacional creará los instrumentos que aseguren que las instituciones de educación superior, de acuerdo con la oferta de programas de posgrado en enfermería, disponga de mecanismos de validación por suficiencia que permitan comprobar las competencias, conocimientos y destrezas adquiridas mediante la experiencia asistencial, como paso para obtener títulos de especialización, maestría y doctorado. Las facultades de enfermería, agremiaciones, grupos o asociaciones de enfermería de manera conjunta generarán los lineamientos para este procedimiento que incluya los componentes de formación académica e investigación. Esta oferta deberá incluirse a los programas de posgrado en los próximos 18 meses.

Artículo 21. *Política para la investigación, innovación y desarrollo de la práctica de enfermería y para el cuidado.* El Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social con participación de facultades de enfermería y agremiaciones, grupos o asociaciones de enfermería definirán una Política para la investigación, innovación y desarrollo de la práctica de enfermería y para el cuidado, que incluya el diseño de guías de práctica de enfermería y diferentes incentivos para la promoción de la gestión del conocimiento en todos los niveles, ámbitos, entornos y servicios. Lo planteado en un plazo no superior a 18 meses a partir de la expedición de la presente ley.

Las instituciones enunciadas tendrán en cuenta que los desarrollos y productos de la citada política estén orientados a promover y garantizar la autonomía de la práctica de enfermería y la seguridad de las personas sujeto de cuidado, en coherencia con el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015.

Parágrafo. La política dispuesta en el presente artículo incluirá la definición de estrategias que conduzcan a la articulación de la investigación en pregrado y posgrado con los actores del Sistema de Salud y las comunidades, la producción de evidencia científica en enfermería práctica, y a generar ciencia y tecnología de cuidado a través de proyectos de investigación y de gestión.

Parágrafo 2°. Las instituciones enunciadas en el presente artículo incentivarán la investigación respecto a la magnitud y los efectos del acoso sexual en áreas laborales y de formación de enfermería.

Parágrafo 3°. Los Ministerios en mención dispondrán los mecanismos efectivos de participación para los actores de sociedad civil que hacen parte de la Mesa Intersectorial de Economía del Cuidado, grupos o agremiaciones afines.

Artículo 22. *Formación en liderazgo en enfermería y políticas públicas.* El Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social, definirán estrategias y mecanismos administrativos conjuntos o de manera independiente para garantizar la formación en liderazgo en enfermería y políticas públicas desde los enfoques de género y derechos. Incluirá acciones para la eliminación del currículo oculto de género, la transformación del auto concepto como enfermeras y enfermeros, el aumento de la autoconfianza, apoyo familiar, entrenamiento y acceso a redes y programas de tutorías y mentorías en liderazgo y tópicos relacionados con el ejercicio de la profesión. Lo enunciado en el presente artículo deberá implementarse en un plazo no mayor a 18 meses a partir de la expedición de la presente ley.

Parágrafo. Los Ministerios enunciados en el presente artículo dispondrán los mecanismos efectivos de participación para los actores de sociedad civil, grupos o agremiaciones afines.

Artículo 23. *Mecanismo Institucional de seguimiento.* El Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Educación Nacional, el Departamento de Prosperidad Social, la Consejería para la Equidad de la Mujer y el Ministerio de Cultura, con la participación de organizaciones de sociedad civil, grupos o agremiaciones de enfermería, conformarán una mesa nacional de seguimiento a lo dispuesto en la presente ley, incorporando la

representación departamental de profesionales de enfermería elegidas/os por grupos o agremiaciones de enfermería y de la Mesa Intersectorial de Economía del Cuidado u otras afines.

Este espacio institucional estará en obligación de presentar una vez por año un avance de las medidas dispuestas en la presente Ley a la Comisión Séptima del Senado, la Comisión Legal para la Equidad de la Mujer del Congreso de la República y a los estamentos dispuestos en el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Lo dispuesto en este artículo no constituirá un obstáculo para la conformación de Veedurías Ciudadanas en Enfermería que contribuyan al control social de lo dispuesto en la presente ley.

Artículo 24. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,



JUAN LUIS CASTRO CÓRDOBA
Senador de la República

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El presente proyecto de ley es un proceso académico liderado por el Grupo Enfermería Género y Políticas Públicas y el Senador Juan Luis Castro Córdoba, con los aportes de la sociedad civil en espacios en el Congreso de la República, foros virtuales y demás espacios de construcción académica.

I. OBJETO DE LA INICIATIVA

El presente proyecto de ley aborda las condiciones que garantizan un cuidado integral de la salud desde las y los profesionales de enfermería y la plena implementación de la Ley 266 de 1996, desde el enfoque de género y de salud mental; estas condiciones son de tipo político, laboral y económico, social, cultural y académico. En este texto se sostiene que de acuerdo a la Ley 1751 de 2015 *por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*, y en particular el artículo 17. Autonomía profesional¹, las actuales

¹ “Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud,

condiciones de falta de regulación del cuidado de enfermería en el Sistema Salud y las fallas actuales en los ámbitos antes descritos, van en contra del ejercicio autónomo de la profesión de enfermería que además pone en riesgo la seguridad de las personas cuidadas.

II. CONTEXTO DE LA INICIATIVA

En este sentido, es claro que **mientras persistan las actuales condiciones del cuidado de enfermería se estará en una flagrante y sistemática violación del derecho fundamental a la salud tanto para quienes cuidan como para quienes son sujeto de cuidado, así como la afectación de la autonomía profesional y de los derechos laborales de las y los enfermeros.**

Así mismo, se sostiene que mientras persistan las actuales condiciones de no regulación del trabajo de cuidado remunerado de la profesión de enfermería eminentemente ejercido por mujeres, y del trabajo de cuidado no remunerado a cargo igualmente de mujeres fundamentalmente, se está ante una **situación de violación sistemática de los derechos de las mujeres**, como son:

- **Derecho al trabajo:** Un informe de la OIT y GALLUP de 2017 concluyó que, a escala mundial, la mayoría de las mujeres preferirían trabajar a cambio de una remuneración incluso las que no están en la fuerza de trabajo (58%)².

así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente. La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u, organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias”.

² “647 millones de personas en edad de trabajar están fuera de la fuerza de trabajo debido a responsabilidades familiares. El trabajo de cuidado no remunerado constituye el principal obstáculo para la participación de las mujeres en el mercado de trabajo, en tanto que la distribución más igualitaria del trabajo no remunerado entre hombres y mujeres se asocia a niveles más elevados de participación laboral femenina. A escala mundial el principal motivo indicado por las mujeres en edad de trabajar para estar por fuera de la fuerza de trabajo es el trabajo de cuidado de trabajo no remunerado, mientras que para los hombres el primer motivo es estar estudiando, enfermo o discapacitado. En 2018, 606 millones de mujeres en edad de trabajar han señalado que no están disponibles para trabajar o que no están buscando un empleo debido al trabajo de cuidado no remunerado, mientras que solo 41 millones de hombres están inactivos por la misma razón. Estos 647 millones de cuidadores y cuidadoras no remunerados a tiempo completo representan el mayor grupo de participantes potenciales en el mercado de trabajo en todo el mundo, entre los cuales las madres de niños pequeños están sobrerrepresentadas (...). Un informe de la OIT y GALLUP de 2017 concluyó que, a escala mundial, la mayoría de las mujeres preferirían trabajar a cambio de una remuneración incluso las que no están en la fuerza de trabajo (58%), y los hombres están de acuerdo. Esto significa que una gran parte de la fuerza de trabajo potencial

- **Derecho a la educación.** Con la maternidad genera expulsión del sistema escolar particularmente en grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad socioeconómica.
- **Derecho a la salud.** La situación de salud de las mujeres que tienen roles de cuidado no remunerado es peor que aquellas que no los tienen.
- **Derecho a la independencia económica.**

La enfermería es una profesión humanizadora³ y para ello requiere de una inversión física, mental y emocional enorme a nivel personal, que recae fundamentalmente en las mujeres que son las que principalmente ejercen esta profesión. Sumado a esto, están las pésimas condiciones laborales que le impiden al profesional de enfermería realizar un ejercicio profesional de calidad, y le llevan al agotamiento físico y por ende a la enfermedad.

Es crucial pensar a fondo el problema de las condiciones laborales de la enfermería, identificando sus fuentes, determinantes, y condiciones de perpetuación. Mientras no haya una comprensión holística y realista de todo esto, no será posible atacar las raíces que sostienen, alimentan y legitiman la precariedad laboral del ejercicio del cuidado que está ineludiblemente ligado al trabajo de cuidado en general y al cuidado de trabajo no remunerado, ambos como asignación principal a las mujeres. En este sentido, el documento actual se organiza en tres partes: La primera parte define y explora la crisis del cuidado, en la segunda parte se revisan los factores y determinantes causantes de esta crisis y la tercera parte se centra en explorar la importancia del cuidado. Adicionalmente se incluye la revisión de normatividad relacionada con el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia y Latinoamérica.

podría activarse a través del acceso universal a políticas, servicios e infraestructura de cuidado” (OIT 2018, 6 - 7).

³ Las y los profesionales de enfermería como personal de salud que contempla al ser humano de manera holística, cuidándolo como un todo, es decir, realiza una atención de enfermería integral, que implica cuidar a los individuos sanos, y a los enfermos llevarlos a su curación, contemplándolos con un cuerpo (biológico), una mente (psicológico), con una alma (espiritual), en un entorno (familiar, social, económico, educativo, político, antropológico, ambiental, cultural, tecnológico, y religioso); ese cuidado implica un amplio soporte científico y humano, en donde el profesional de enfermería trata a cada sujeto, ya sea individual o colectivo, como un ser único, y se concentra en sanar ese cuerpo, mente y alma, ayudándolo a desarrollar competencias que le permitan sanar y mantener su salud recuperada, es decir llevándolo al autocuidado de su salud.

1. La Crisis del Cuidado: un problema que va más allá de las actuales condiciones laborales

El panorama laboral de la enfermería es preocupante, discutir y buscar una solución a este problema sin entender su origen y sus alcances, es buscar la solución para un problema desconocido. Para asegurar que la enfermería sea un trabajo digno, no solo debemos corregir las malas condiciones laborales que ya conocemos, sino que **debemos atacar de raíz el estado de cosas que por años ha legitimado que a la enfermería se le impongan estas condiciones de trabajo y a la ciudadanía ese tipo de atención.**

El problema de las malas condiciones laborales de enfermeras y enfermeros deriva de la crisis del cuidado de la salud, una crisis mundial, originada y sostenida por una actitud incorrecta de la sociedad y principalmente del Estado frente al cuidado que no se reconoce como un trabajo de utilidad social que contribuye al bien vivir, de carácter público en cuya organización el Estado debe tener una responsabilidad primordial y, por lo tanto, frente a los y las trabajadoras del cuidado. **Esto se puede ver en todos los niveles asociados con la regulación del cuidado y del trabajo del cuidado, a la cultura de los y las trabajadoras del cuidado, y las personas sujetas/os del cuidado.**

Se comprende que las prácticas del cuidado no son apoyadas por grandes industrias ni empresas de importantes capitales, como ocurre con fármacos y tecnologías biomédicas, por ello no son fruto de prestigiosas investigaciones ni han patentado productos con altos grados de evidencia científica, ni en lo que se llamaría tecnologías “duras” y mucho menos han puesto el foco de las investigaciones en lo que resultan ser muchas habilidades, llamadas “blandas”, requeridas para desplegar con eficiencia el ejercicio de cuidado (Hirata, Makridou y Matsuo, 2013 en Arango et. ál. 2018, 146). Los cuidados son invisibilizados y menospreciados de productos para el cuidado de pacientes, su desprestigio y el poco estatus de sus practicantes reflejan el valor que la sociedad da a aquellos productos o servicios al margen de los mercados (Arango Gaviria et. al, 2018).

1.1. La falta de regulación sobre los cuidados remunerados y no remunerados

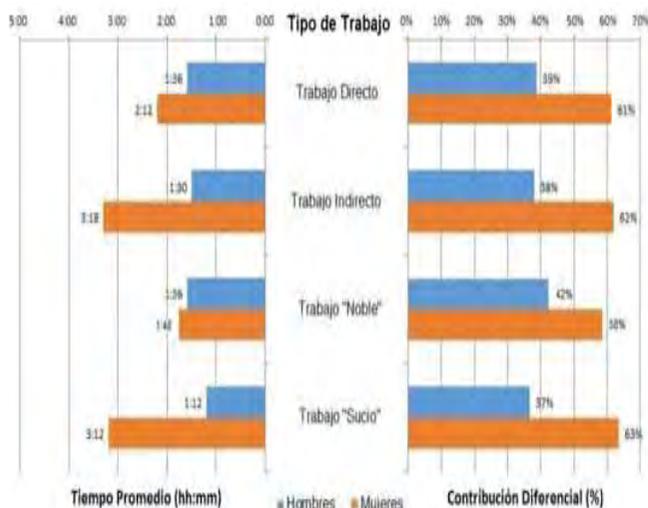
El trabajo de cuidado no remunerado de las mujeres constituye una de las principales limitaciones para el desarrollo pleno de sus potencialidades y de su acceso al mercado laboral formal (OIT 2018). Los modelos teóricos de cuidado ponen en juego la interacción de los

hogares – comunidades – mercado – Estado (rombo de cuidado), con énfasis en los procesos de “reconocer, reducir y redistribuir” (modelo de las 3 R, Razavi 2007) además de “remunerar – representar” (modelo de las 5 R, OIT 2018), así, es perentoria la externalización de los cuidados de personas y del entorno asignados tradicionalmente a los hogares y en estos, a las mujeres, utilizando la regulación.

América Latina es una de las regiones que más ha progresado en la política transformadora del cuidado depositando un mayor peso en el sector privado como proveedor de cuidados, en el marco de la corresponsabilidad social (Esquivel y Kaufmann 2016, 13). Así, la organización de la provisión de los cuidados posibilita el mayor progreso de las mujeres, desnaturalizando la asignación de los mismos a la esfera de la vida privada y a lo femenino; en particular la incorporación de los cuidados al mercado, torna en trabajo visible y remunerado dichos cuidados, e inclusive, “lo convierte en un trabajo para hombres, como ocurre en el Japón, en instituciones de larga permanencia para adultos mayores, donde (...) cerca del 30% al 35% de los *care workers* son hombres” (Hirata, Makridou y Matsuo 2013, en Arango *et ál.* 2018, 139).

Ahora bien, en Colombia, dicha regulación no ha sido expedida y las encuestas de uso del tiempo desarrolladas por el DANE, de acuerdo con la Plataforma de la Conferencia de Beijing de 1995, muestran un fuerte impacto del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado en las mujeres en general y en las mujeres trabajadoras, como se presenta a continuación:

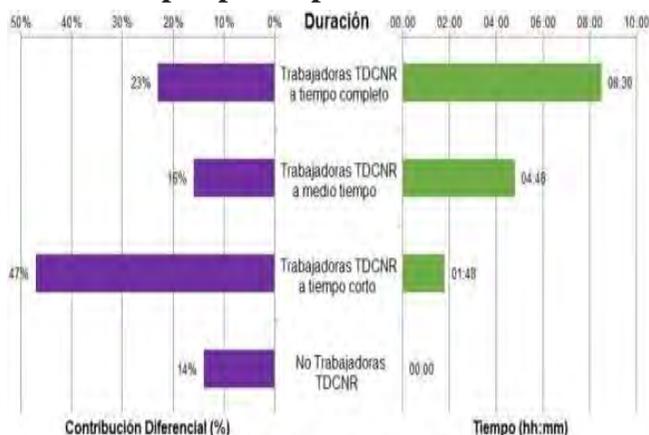
Gráfica No. 1. Población que realiza trabajo del hogar no remunerado según sexo, contribución diferencial y tiempo promedio por participante diario.



Fuente: elaboración propia con base en DANE (ENUT 2012-2013)

Tomado de: Moreno, Natalia (2008)

Gráfica No. 2. Mujeres que realizan y no realizan TDCNR⁴ según duración. Contribución diferencial y tiempo promedio por participante diario.



Fuente: elaboración propia con base en DANE (ENUT 2012-2013)

Tomado de: Moreno, Natalia (2008)

Lo anterior, representado en gasto público social como porcentaje del PIB corresponde a un alto aporte no reconocido ni pago de las mujeres, como lo evidencia Moreno (2017) en la siguiente tabla:

Tabla No. 1. Gasto público social como porcentaje del PIB y tiempo de las mujeres dedicado al trabajo de cuidado no remunerado -TNR.

GASTO PÚBLICO SOCIAL COMO PORCENTAJE DEL PIB Y TIEMPO DE LAS MUJERES EN TRABAJO NO REMUNERADO

País	% PIB GPS	TNR (Horas Promedio x día)
Brasil	26,8	3,1
Uruguay	24,1	4,9
Costa Rica	23,1	6
Colombia	13,1	8,7

Fuente: (Moreno, 2017)

El reconocer el trabajo de cuidado no remunerado es de vital importancia para el trabajo decente (OIT 2018), y la regulación del mismo es fundamental para asegurar su garantía en un entorno social – cultural – político – económico que lo legitima a cargo de las familias, y dentro de estas, de las mujeres en particular. Dicha regulación en América Latina es heterogénea⁵, en Uruguay se logró en el 2016 la puesta en marcha del Sistema Nacional de Cuidado a partir de una amplia concertación y un proceso de 5 años para que la Ley tuviera además de acciones, un presupuesto asignado, demostrando que el asunto no solo es técnico, también distributivo y por ende político. La

⁴ Trabajo de cuidado no remunerado.

⁵ En América Latina y el Caribe, el cuidado remunerado y no remunerado se desarrolla en condiciones de alta desigualdad socioeconómica y de género, sin tener una especial relevancia en las políticas públicas (CEPAL: <https://www.cepal.org/es/sobre-el-cuidado-y-las-politicas-de-cuidado>).

perspectiva transformadora de estas políticas está en los sujetos de derecho que incluyen tanto a las personas que cuidan como a las personas cuidadas⁶, incluyendo personas con discapacidad, personas mayores, niños y niñas. El sistema de cuidado de Uruguay, tiene una **fuerte institucionalización y optó por dar los servicios de cuidado en especie (persona de cuidado remunerada) no subsidios monetarios** (familiar que cuida), superando así los efectos negativos observados en España con una regulación similar.

Compartiendo esta perspectiva de responsabilidad del Estado, de la participación activa que cabe a la sociedad y sus distintas formas de organización, así como al origen y praxis de la enfermería como profesión que en esencia ejerce un trabajo que busca cuidar y proteger vidas de personas, es que el **Grupo de interés profesional de Enfermería, Género y Políticas Públicas** propone la expedición de una ley que garantice el cuidado integral de la salud y promueva el bien vivir con contribuciones desde la profesión de enfermería. Lo anterior de ningún modo es un limitante para que el país avance en una construcción más amplia y abarcadora del cuidado como una finalidad primordial de desarrollo social y de calidad de vida.

En este sentido, urge en Colombia la regulación de las condiciones del cuidado retomando la experiencia fructífera de Uruguay, tanto en términos de los sujetos de derechos y de la fuerte institucionalización antes mencionada. Así, desde el gremio de Enfermería, particularmente el **Grupo de interés profesional de Enfermería, Género y Políticas Públicas con el acompañamiento técnico del Senador Juan Luis Castro Córdoba**, proponemos iniciar dicha regulación con la expedición de una ley en los términos que se desarrollan en la presente exposición de motivos.

Asimismo, se considera imperativo generar la alerta sobre la necesidad de avanzar en el país en una regulación en el campo de cuidado con todos los sectores, que más que una política sea un sistema que se ocupe de organizar la provisión de cuidados tanto remunerados como no remunerados, que fomente un trabajo del cuidado decente apoyado en la justicia social e igualdad de género (OIT 2018), un aumento en el gasto público dirigido a políticas de cuidado que repercuten en el aumento de las tasas de empleo en las cuidadoras no remuneradas y de la prestación de servicios de cuidado de calidad, logrando un

impacto positivo en las desigualdades sociales y de género. (OIT 2018).

Lo mencionado es reiterado por la OIT y la CEPAL, al señalar que:

- *“Es necesaria la implementación urgente de políticas por parte de Estados y gobiernos que organice el trabajo de cuidado, en respuesta los cambios demográficos representados en el crecimiento de la población, el envejecimiento y el cambio en la conformación de las familias. El no enfrentar esta realidad de manera adecuada aumentarían los déficits actuales en la prestación de servicios de cuidado y continuaría disminuyendo los niveles de calidad ocasionando una crisis grave e insostenible de cuidado a nivel mundial, aseverando las desigualdades de género en el trabajo”. (OIT 2018; CEPAL)⁷.*
- *“La mayoría de los trabajadores y trabajadoras del cuidado se ocupan en el sector educación, sector salud y del trabajo social. Representando el 6.5% del empleo total mundial en 2018. En el caso de enfermería y partería, constituye el mayor grupo profesional en el sector salud, además de ser la ocupación más feminizada del sector, con condiciones laborales precarias, salarios bajos, búsqueda de múltiples empleos, aumento de sus horas extraordinarias entre otras, situaciones que menoscaban la calidad de los cuidados y tiene un impacto negativo en la calidad de vida” (OIT 2018).*
- *Las trabajadoras que se dedican a la prestación de cuidado remunerado representan casi una quinta parte del conjunto de mujeres empleadas, por esto su escasa remuneración y sus deficientes condiciones laborales contribuyen de manera directa a la desigualdad de género en el mercado del trabajo. (Comisión Mundial para el Futuro del Trabajo).*

1.2. La falta de regulación sobre el cuidado remunerado de enfermería en el Sistema de Salud

Colombia adoptó el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el marco de un modelo de aseguramiento, mediante la Ley 100 de 1993, la cual hace referencia al objeto, características, actores, estructura y financiamiento del mismo. Dicha Ley contempla el aseguramiento de la población para acceder a los servicios de salud a nivel individual y colectivo; con foco en la prevención, atención

⁶ En Colombia de manera reciente se expidió una Sentencia de la Corte Constitucional sobre el derecho a cuidador/a remunerado (no enfermero/a) de algunos pacientes.

⁷ Tomado de <https://www.cepal.org/es/sobre-el-cuidado-y-las-politicas-de-cuidado>. Consultado octubre 2 de 2019.

de la enfermedad y rehabilitación, **dando gran importancia a la atención biomédica de la misma; lo que hace que la reglamentación de los servicios giren en torno a procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos y de rehabilitación; así como también a los insumos objeto de prescripción, dejando de lado la reglamentación de otros aspectos tales como la prestación de servicios en el área de salud mental y en general del cuidado de enfermería, que bien podemos categorizar de manera amplia como “Cuidado integral de enfermería”⁸.**

En el 2013 la Ley 1616 de Salud Mental, definió en el artículo 5 la atención integral e integrada en salud mental⁹, así como una lista de nuevas atenciones en el artículo 13¹⁰, ahora, 6 años después, la reglamentación y articulación a los modelos de atención en salud no deja ver la realidad de la atención integral ni los nuevos servicios que prometió la Ley, pese a ser un país en posconflicto y ante las evidencias que reflejó

⁸ Relación y proceso cuyo objetivo es la promoción y el mantenimiento de la vida, más allá de la enfermedad, en los entornos y ámbitos en que la persona, familias, grupos o comunidades se desarrollan. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también al profesional de enfermería como transmisor de él, a su vez este proceso contempla a la persona en su unicidad, no como la suma de partes fraccionables, en tanto el cuidado es una estructura multidimensional, de soporte a la vida, tanto en su naturaleza biológica, como social, cultural, histórica. Conviene reconocer el cuidado en toda expresión de la vida humana y su carácter omnipresente.”. Propuesta artículo 2° del presente proyecto de Ley, numeral 2.2.

⁹ La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.”.

¹⁰ Modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental. La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

1. Atención Ambulatoria.
2. Atención Domiciliaria.
3. Atención Prehospitalaria.
4. Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia.
5. Centro de Salud Mental Comunitario.
6. Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias.
7. Hospital de Día para Adultos.
8. Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes.
9. Rehabilitación Basada en Comunidad.
10. Unidades de Salud Mental.
11. Urgencia de Psiquiatría.

la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Situación que en términos de cuidado es muy grave, teniendo en cuenta que la enfermedad mental, fenómeno de la puerta giratoria, agota recursos del sistema, sin beneficio de las familias ni de las personas que lo requieren. La sintomatología mental amplía los efectos adversos tanto de la fragmentación en la atención como en el esquema de intervención puramente farmacológico, puesto que su etiología es múltiple y requiere dispositivos que vinculen y articulen a tejidos capaces de contener su sufrimiento.

Se resalta la ineficiencia de que aún en el siglo XXI siga predominando el modelo médico para la atención de la salud de las personas, ya que este modelo viene en crisis desde los 60; que impide que se implemente toda la estrategia de atención primaria en salud, la cual permite la mayor autonomía a profesionales de enfermería. El modelo médico, dentro de sus vicios perpetúa que sean los laboratorios los que determinen los diagnósticos y las “medicinas”, y contemplan solo la sintomatología del paciente, al contrario de las y los profesionales de enfermería que leen dentro de esa sintomatología, qué es lo que del entorno o de sí mismo está enfermando a una persona. Entiéndase por modelo médico:

(...) conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (...) E. Meléndez, 1988).

Este modelo médico reproduce la división social¹¹ y sexual¹² del trabajo, que conlleva a la asignación de menor valor-trabajo a aquellos que se vinculan con las actividades de lo hogareño como históricamente ha ocurrido con el trabajo de cuidado, en este caso ejercido por profesionales de enfermería. Esto se refleja en las lógicas de los dispositivos del Sistema de Salud de Colombia como, por ejemplo, la facturación, nos hemos preguntado por qué la facturación en salud solo cuenta consultas, procedimientos e intervenciones, por qué no

¹¹ Señala el trabajo remunerado como aquel que se realiza fuera de los hogares, y la definición de estos últimos como unidades de consumo, no unidades productoras.

¹² La división sexual del trabajo se caracteriza, por un lado, por la asignación prioritaria de los hombres a la esfera productiva, y de las mujeres a la esfera reproductiva; y, por el otro, por el acaparamiento por parte de los hombres de las funciones con un alto valor social agregado (políticas, religiosas, militares, etcétera). (Kergoat 2003, p. 847).

mide intervenciones de cuidado habitualmente realizadas por profesionales de enfermería. *Desde enfermería invitamos a revisar el origen, criterios y funcionamiento de estos y muchos otros dispositivos que invisibilizan la provisión de cuidados y que contribuye a su bajo valor-trabajo.*

Al revisar la Resolución 5851 de 2018 sobre los códigos únicos de procedimientos en salud (CUPS) la cual se actualiza conforme a los términos de la Resolución 3804 de 2016, se observa una total invisibilización del cuidado prestado por las y los profesionales de enfermería (Tabla N°. 2).

Tabla N°. 2. Total de códigos CUPS por profesiones.

Códigos únicos de procedimientos en salud – CUPS			
Procedimientos Clasificados	Códigos sobre Honorarios Profesionales	Códigos para todas las profesiones	Códigos específicos para Enfermería
9.761	219	60	8

Fuente: Elaboración propia a partir de la Resolución 5851 de 2018.

Finalmente, resultado de lo anterior es la **baja inversión en innovación y desarrollo** en este campo. Hoy observamos enfermeras y enfermeros que prestan servicios de cuidado con condiciones de carga física y emocional enorme, no existen o no se compran dispositivos y tecnologías de apoyo al cuidado, **es el cuerpo de las mujeres y algunos hombres quienes asumen** “cargar pacientes, fijar alertas sobre cuidados especiales, inventar dispositivos artesanales para la prestación de cuidados (*quién no ha visto los tarros de botella adaptados para la aplicación de inhaladores a niños/as*)” (enfermera entrevistada 2019). Esto atravesado por una profunda desigualdad de grupos sociales, pues la situación cambia si visitamos algunas clínicas privadas de alto reconocimiento.

Sin que haya correcciones y suficiente regulación legal y social sobre el cuidado integral de enfermería, se continuará con el caos de servicios de salud sobresaturados, sin suficientes enfermeros/as, infraestructura, mobiliario e insumos para brindar cuidado y en un escenario de concurrencia con cuidadores no remunerados que también cuidan en condiciones de desgaste emocional, físico, insatisfacción y frustración y con mayor carga de enfermedad para ellos y ellas, por la sobrecarga y las condiciones de vulnerabilidad económica y social que afrontan (*ver numeral 1.3.4. Situación de salud de profesionales de enfermería*). Esto favorecerá la continuidad de escenarios en los que la relación de cuidado y la participación de la persona cuidada

resulta débil, con la consiguiente prestación de cuidado vertical no consensuado, de baja calidad y por ende poco eficaz en el proceso salud-enfermedad.

Queremos superar la visión fragmentada de la garantía del derecho a la salud subsumido a partes inconexas (consultas, procedimientos, intervenciones, insumos), para evidenciar su carácter sistémico, donde el cuidado es el intersticio de la prestación de los servicios de salud, **es el todo más allá de las partes; requerimos nombrar y facturar el Cuidado Integral de Enfermería que incluye intervenciones de cuidado directo específico disciplinar, el cuidado derivado de las valoraciones del equipo interdisciplinario y la gestión y gerencia de los cuidados a cargo del profesional de enfermería.** En este sentido, uno de los elementos claves, son los registros de cuidado de enfermería, tanto clínicos, comunitarios, y de otros contextos, entornos, dimensiones donde este se ejerce. Sin embargo, para ello se requiere un lenguaje en dichos registros que incluya el lenguaje de la enfermería.

Y es que, a pesar de la evidencia sobre la contribución de la enfermería a la calidad de la atención en salud, gran parte de lo que “hacemos” las enfermeras sigue siendo esencialmente invisible. Clark y Lang, en un artículo de 1992 sobre la clasificación de las intervenciones enfermeras, planteaban: **“Si no podemos nombrarlo -refiriéndose a lo que hacemos los enfermeros- no podemos controlarlo, enseñarlo, financiarlo, investigarlo o ponerlo en una política pública”.** ¿Cómo podemos entonces continuar mejorando nuestros diagnósticos, intervenciones y resultados para que las personas a quienes brindamos nuestros cuidados reciban atención de calidad y las intervenciones de las enfermeras sean identificables y medibles? De acuerdo con múltiples investigadores, Una forma, muy importante por su alto impacto, es **usando un lenguaje estandarizado para describir el cuidado que se brinda y para poder aprovechar los sistemas de información clínica y de otros entornos, contextos y dimensiones.**

Las enfermeras de todo el mundo han estado trabajando en el desarrollo del lenguaje de enfermería (Baernholdt & Lang, 2003; Lang & Clark, 1997). El lenguaje enfermero estandarizado “le da nombre” a los elementos que componen el cuidado de enfermería y facilita la comunicación entre las enfermeras y entre las enfermeras y otros miembros del equipo de salud. La implementación de un lenguaje de enfermería estandarizado es fundamental para que el trabajo de las enfermeras sea visible para

los profesionales de la salud, para los usuarios de servicios de salud, para los pagadores y para los reguladores de la atención en salud, así como para los responsables de las políticas sanitarias y públicas. El trabajo de las enfermeras debe incluirse en los sistemas de información clínica. El lenguaje de enfermería describe el cuidado brindado por las enfermeras en una variedad de entornos. Permite la comparación de datos de enfermería en diferentes poblaciones, entornos, áreas geográficas y tiempo. Demuestra o proyecta tendencias en la realización de intervenciones de enfermería y en la asignación de recursos a los pacientes, de acuerdo con sus necesidades, según los diagnósticos de enfermería. Estimula la investigación de enfermería y proporciona datos sobre la práctica para influir en las políticas y también permite acceder fácilmente al conocimiento basado en la evidencia disponible en bases de datos nacionales e internacionales.

El uso del lenguaje estandarizado para los diagnósticos, las intervenciones y los resultados de enfermería permite relacionar el cuidado de enfermería con los diagnósticos e intervenciones médicas paralelas, y que se evalúe su impacto en relación con los resultados del paciente.

La velocidad con la que se genera el conocimiento científico de enfermería, así como la forma en la que se utiliza para mejorar la calidad de la atención en salud podría acelerarse enormemente al vincular la evidencia sistematizada con los sistemas de información clínica y de otros contextos, entornos y dimensiones, con lo que podemos hacer infinidad de estudios de investigación para mejorar cada vez más la evidencia para brindar un cuidado de enfermería de la mejor calidad. Los sistemas de información son el vehículo para facilitar esta vinculación. Incorporar el lenguaje de enfermería dentro de las estructuras informáticas es esencial para hacer visible el trabajo de las enfermeras y articular la evidencia sobre la calidad y el valor de la enfermería en el cuidado de pacientes, grupos y poblaciones.

Desde esta misma perspectiva, el lenguaje estandarizado y el proceso de enfermería se constituyen en un recurso común de comunicación entre países. Compartimos nuestro propio lenguaje y metodología de trabajo, y es por ello que es indispensable que lo enseñemos tanto en el nivel de pregrado como en el de posgrado, pues se constituye en una manifestación explícita de nuestro hacer disciplinar. Existe la necesidad de promover la interacción entre la docencia y la práctica; entre los grupos de investigación y la práctica clínica y comunitaria y entre centros e instituciones de diferentes niveles de complejidad y ámbitos de atención, entre la docencia, la

asistencia y la gestión de política pública, y qué mejor manera de hacerlo que a través del proceso de atención de enfermería y de nuestro lenguaje estandarizado.

Por último, relacionar impactos de la atención de enfermería y lenguaje estandarizado comenta Román Ochoa (2017) en su tesis doctoral: *“el proceso de enfermería afecta directamente la continuidad de la atención, que a su vez es una dimensión importante de la calidad de la atención y está directamente relacionada con la mejora de la seguridad del paciente, conduciendo a un mayor grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. La atención de enfermería tiene una relación directa con la satisfacción del paciente y, por lo tanto, se ha convertido en un factor predictivo de la calidad de la misma”*¹³.

Así, las actuales condiciones de falta de regulación del cuidado de enfermería en el Sistema Salud en mención en este acápite, no solo van en contravía de la seguridad de las personas, familias, grupos y comunidades, sujetas de cuidado, sino también en detrimento de la cantidad y calidad de cuidado. Además de vulnerar la autonomía profesional de enfermería¹⁴. En este sentido, es claro que **mientras persistan las actuales condiciones del cuidado de enfermería se estará en una flagrante y sistemática violación del derecho fundamental a la salud tanto de quienes cuidan como de quienes son sujeto de cuidado.**

1.3. Las condiciones laborales de enfermeras/os en el trabajo de cuidado

La Comisión Mundial sobre el futuro del trabajo creada en el año 2017 por la OIT constituyó seis grupos temáticos dirigidos a analizar cuestiones para que el futuro del trabajo ofrezca seguridad, igualdad y prosperidad. El grupo No 2¹⁵ está dirigido a ofrecer análisis y

¹³ Román, M. (2017). Lineamientos Educativos para Fortalecer la Identidad Profesional desde un Programa de Pregrado en Enfermería. Consultado en <http://hdl.handle.net/11634/4294>.

¹⁴ Ley 1751 de 2015, artículo 17 “Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente. La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u, organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias”.

¹⁵ OIT. Comisión Mundial Sobre el futuro del trabajo. Nota Informativa preparada para la segunda reunión de la Co-

perspectivas tendientes a poner fin a la persistente desigualdad laboral de las mujeres en todo el mundo.

Este grupo encontró que las trabajadoras que se dedican a la prestación de cuidados remunerada representan casi una quinta parte del conjunto de las mujeres empleadas, que en general se caracterizan por la baja remuneración y las deficientes condiciones de trabajo, aspectos que contribuyen directamente a la desigualdad de género en el mercado de trabajo. De otra parte, factores como la elevada rotación, la falta de calificaciones, la fragmentación del proceso de trabajo, su vulnerabilidad a la violencia en el lugar de trabajo, y el elevado número de personas a cargo afectan la calidad de los cuidados y el bienestar de las personas.

De otra parte, la disponibilidad, la calidad y la rentabilidad de la provisión de estos servicios afectan a la oferta de mano de obra, especialmente la femenina. En consecuencia, se considera que el trabajo de prestación de cuidados es un factor clave para conseguir la igualdad en el mundo del trabajo. De acuerdo con el informe de la OIT 2018 “*Care Work and Care Jobs for the Future of Decent Work*”, el sector de atención de salud y de trabajo social cuenta con 92 millones de trabajadores remunerados, siendo la enfermería y la partería el grupo profesional más numeroso en la participación en atención de salud en el mundo.

La OIT sitúa varias ocupaciones como trabajos del cuidado clasificándolos como trabajo remunerado (enfermeras, médicos, maestros) o no remunerado (trabajadores domésticos, cuidadores familiares o amigos en la atención de los niños, los ancianos, las personas en situación de discapacidad, entre otros), señalando que el trabajo no remunerado ejerce significativo impacto en las economías del mundo y debe ser visibilizado, y que a su vez el trabajo remunerado decente debe incrementarse en los próximos 30 años para poder cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el ODS 3 que tiene como finalidad: “*garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todos en todas las edades*”¹⁶.

misión Mundial sobre el Futuro del Trabajo 15-17 de febrero de 2018. Boletín #3 Grupo No 2: Poner fin a la persistente desigualdad laboral de las mujeres en todo el mundo. Tomado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---cabinet/documents/publication/wcms_618368.pdf.

¹⁶ Los objetivos e indicadores que acompañan este objetivo son diversos y abarcan la mortalidad materna e infantil, la salud sexual y reproductiva, epidemias que incluyen el SIDA, enfermedades transmisibles y no transmisibles, riesgos para la salud y muertes causadas por la conta-

La OIT asegura en este informe que invertir en la economía del cuidado con políticas transformadoras y su puesta en práctica, es urgente y perfectamente posible y factible; se considera esencial para la existencia sana y prospera de los seres humanos y un camino cierto para contribuir a eliminar las desigualdades sociales y de género.

En Colombia para el año de 2016 el Ministerio de Salud y Protección Social con base en estimaciones obtenidas a través de estudios, calculó la población de enfermeras en 58.470 personas. Sin embargo, gracias al desarrollo de un sistema de información específico para el recurso humano en salud¹⁷ más adelante en el año 2018 se pudo cuantificar la población de enfermeras con grado universitario en 74.000 enfermeras inscritas en el Registro Único de Talento Humano en Salud (Rethus). Esta cifra, sin embargo, es absoluta no contiene desagregaciones: fallecimientos, pensión, desertión, etc.

No obstante el aparente vasto número, esta profesión comparte las condiciones del cuidado de prestación remunerada: es un trabajo feminizado, subordinado y mal remunerado al punto que con frecuencia quien la ejerce, se ve forzada en menoscabo de la calidad de los cuidados que oferta, a multiplicar el ejercicio de su actividad para compensar el bajo ingreso, aumentando el número de trabajos (más de un trabajo), intensificando la labor por turnos dentro de las mismas 24 horas, o mediante contratación por horas adicionales, cuestión que implica un desequilibrio entre la vida familiar y laboral y evidencia la ausencia de políticas de Estado garantistas para el pleno ejercicio de cuidados especializados en salud y de acceso efectivo al derecho fundamental a la salud por parte de la población.

1.3.1. Escasez de enfermeras

Colombia es un país con insuficiente recurso profesional de enfermería. Aunque el número de enfermeras con registro profesional pasó de 6,3 por cada 10.000 habitantes en 2006, a 10,8 por cada 10.000 habitantes en 2018, actualmente, sólo 8,5 de esas 10,8 desempeñan actividad de prestación directa; es decir menos de un profesional por cada 1000 habitantes. De otra parte, aunque el número de personas que se gradúa cada año aumentó en un 54% entre 2006 y 2017, anualmente se gradúa menos de una profesional (aproximadamente 0,88)

minación ambiental, el tabaquismo y los accidentes de tráfico.

¹⁷ Sistema de Información de la Protección Social: Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (Rethus).

por cada 10.000 habitantes¹⁸. La escasez de enfermeras/os tiene incidencia en el incremento en la morbilidad y muertes maternas, extiende innecesariamente el promedio de días de estancia hospitalaria y genera incidencia en las tasas de infección y paro cardiorrespiratorio entre otras causas. Al contrario, su constante presencia en el cuidado directo intramural o comunitario asegura coberturas, bienestar y supervivencia.

1.3.2. Situación de contratación, salario y condiciones de trabajo

Los profesionales de enfermería junto a los demás trabajadores de la salud han recibido de manera frontal el impacto directo de los procesos de ajuste estructural impuesto a las instituciones hospitalarias públicas como a las privadas, originados como consecuencia de la implementación del modelo de Ley 100. Sin embargo, al tratarse de un grupo de trabajadoras y trabajadores numeroso, subordinado, feminizado y con poca capacidad de pensamiento crítico y de formación y activismo sindical que se mantiene hasta el presente, ha sido objeto en forma radical de políticas de deslaborización, flexibilización laboral, atomización de sus funciones y deslaborización.

Un estudio sobre condiciones de trabajo en Cartagena señala citando a Avendaño 1997, que “El cumplimiento de diferentes funciones aleja a la enfermera cada vez más del cuidado al paciente y conlleva un deterioro de la identidad profesional, agravado por la falta de participación gremial y sindical (hasta el presente menos del 1%), de solidaridad y de integración del conocimiento ético, político, cultural, científico y legal, para el ejercicio de la profesión”¹⁹. En este mismo estudio se encontró, que de 187 personas que diligenciaron la encuesta, el 44% tenía contrato flexible o a través de cooperativas de trabajo asociado con predominio de pago por honorarios (Ibíd.).

La situación señalada no ha cambiado sustancialmente, ya que en un estudio posterior realizado en una población de 552 trabajadoras/es del 2°, 3° y 4° nivel de atención en la ciudad de Medellín²⁰, se determinó que las mejores condiciones de trabajo y de organización se dan en las enfermeras que laboran en contrato

a término indefinido y en empresas de carácter privado. Esto refiere a aquellas profesionales con mayor antigüedad laboral (mayor a 10 años), mayor salario (2.5 a 2.9 millones), lo cual no significa en sí un gran reconocimiento económico. En contraste, el contrato flexible o con intermediación laboral predominó en enfermeras con menor antigüedad laboral de 3 a 11 meses, representó el 28%, en instituciones públicas con un rango salarial para un 29% de la muestra de 2 a 2.4 millones.

De otra parte, en el estudio se pudo cuantificar en mayor detalle la situación de los profesionales de enfermería, se encontró que el 87% de la fuerza laboral profesional de enfermería está constituida por mujeres, más del 55% la conforman personas entre 25 y 38 años en mayoría solteras y en un 43% son cabeza de familia de estrato socioeconómico 3. Los porcentajes de participación en la educación de posgrado son relativamente bajos: un 18.3% tenían especialización y tan solo un 1,4% maestría.

El 44.5% laboraban en servicios de hospitalización y el 62% de la muestra realizaba funciones combinadas administrativas y asistenciales, lo cual va en detrimento de la oportunidad de concentrarse en la realización de actividades de cuidado directo. Esta última condición que se agrava si se tiene en cuenta que el estudio reportó que tan solo un 28% ejercía en jornada diurna, respecto de un 70% con alta rotación en jornada laboral cambiante diurna y nocturna. Del total de la muestra el 76% informó haber trabajado horas de más no reconocidas en su jornada laboral.

Desde el punto de vista de la percepción a partir de la experiencia del ejercicio actual de la profesión varias enfermeras(os)²¹ expusieron la permanencia de contratación inestable, tendencia a la contratación por horas o en la calidad de contrato ocasional el cual comporta largas temporadas de desempleo sin aportes a salud y pensión. El incumplimiento en los pagos acumula meses, no existe una escala de ingresos que reconozca la experiencia y la formación académica, este profesional es sometido a presión constante y la actividad asistencial enfrenta constantes riesgos.

En las estadísticas analizadas del Observatorio Laboral para la Educación OLE se muestra que:

- Las y los graduados 2001, medido en 2016, tenían un promedio de ingreso salarial de aproximadamente 2.740.000 (2.739.879,5)

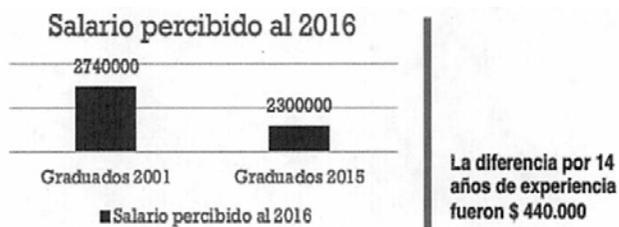
¹⁸ <https://www.oceinfo.org.co/difusion/boletin-oce/204-escasez-mundial-de-profesionales-de-enfermeria>.

¹⁹ Cogollo-Milanes Z., Gómez Bustamante E. Condiciones laborales en enfermeras en Cartagena, Colombia. *Revista Avances en Enfermería-Vol. XXVIII N°. 1*, enero-junio 2010: 31-38.

²⁰ Zapata-Herrera M., Zapata-Gómez NE. Condiciones de trabajo de las enfermeras y las formas de contratación en Medellín, Colombia. *Revista Univ. Salud.* 2015; 17(2): 212-223.

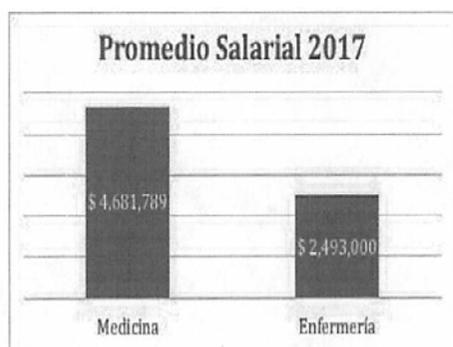
²¹ Tomado de <https://www.oceinfo.org.co/difusion/boletin-oce/214-cual-es-la-situacion-salarial-de-las-enfermeras-en-colombia>.

- Las y los graduados en 2015, medidos en 2016, aproximadamente 2.300.000 (2.295.095).



Fuente Observatorio Laboral de la Educación. Colombia.

De acuerdo al Observatorio del Talento Humano en Salud en relación a los indicadores para el seguimiento del talento humano en salud por perfil de formación se identifica un promedio salarial para el año 2017 del profesional de medicina que casi duplica el de enfermería-



Fuente Observatorio del Talento Humano en Salud. Colombia.

1.3.3. Situación de salud de profesionales de enfermería

La situación laboral experimentada por los profesionales de enfermería, produce impactos en la salud física y mental de estos cuidadores de las y los profesionales de cuidado, particularmente enfermeras/os.

Un estudio realizado en la facultad de enfermería en la ciudad de Cartagena sobre estrés laboral del profesional de enfermería²², evidenció que este personal es particularmente afectado por el estrés derivado de su trabajo, a causa de la exposición a largas jornadas, relacionamiento con pacientes que requieren altas demandas emocionales. De otro lado, se considera que por sí misma la profesión es potencialmente estresante. Cerca del 27% de la muestra informó desgaste laboral e insatisfacción asociada a contratación a término fijo.

Entre los factores asociados mencionaron la cercanía a la muerte de los pacientes especialmente con aquellos con quienes desarrollaron un vínculo emocional, los conflictos en la relación médico enfermera y el

tener que tomar decisiones en ausencia de este, las tensiones en las relaciones derivadas de las relaciones de dependencia con otros colegas y la sobrecarga laboral que obstaculiza o limita el ejercicio pleno de su actividad.

Otros investigadores también lo corroboran. Nespeira y Vásquez²³, afirman que los trabajadores más vulnerables al estrés laboral son el personal de enfermería y consideran que las condiciones del trabajo influyen directamente. “Algunos factores que han sido relacionados con el estrés en este ámbito son la escasez de personal, la sobrecarga laboral, el trabajo a turnos, la falta de especificidad de funciones y tareas, con el consiguiente conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía, los rápidos cambios tecnológicos y la elevada presión temporal ante la toma de decisiones, muy habitual esta última en los servicios de urgencias” (pág. 173).

Las autoras enfatizan “que las emociones influyen notoriamente en el proceso curativo del paciente, ya que estas se consideran componentes esenciales en la salud de la persona” Estas transacciones emocionales “calidez y comprensión” que involucra al profesional de enfermería exige, dicen las investigadoras, Inteligencia emocional para afrontar con mayor solvencia las exigencias que el trabajo plantea, como lo afirman en los resultados de su investigación” donde variables como la claridad y reparación emocional se encuentran ligadas de manera significativa con el sentimiento de realización en el trabajo”. (pág. 176).

Dada la alta subjetividad que rodea el concepto de estrés, se mantienen los esfuerzos para conquistar una categoría más clara y para el año 2000 la OMS, determina el Síndrome de Burnout como un riesgo laboral, concepto que define con claridad las tres características y las formas de valoración. Maslach y Jackson²⁴ lo definen como un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, que puede ocurrir entre individuos cuyas tareas diarias se circunscriben al servicio de personas. En la actualidad, Maslach define al burnout como una respuesta prolongada al estrés en el trabajo, un síndrome psicológico que nace de la tensión crónica producto de la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo.

²³ Nespeira Campuzano T., Vásquez Campo M., *Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias Hospitalarias RSS. Enfermería Clínica*, 2017-05-01, Volumen 27, Número 3, Páginas 172-178, Copyright © 2017 Elsevier España, S.L.U.

²⁴ Tomado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492017000100059.

²² Castillo Ávila I., Torres Llanos N., Ahumada Gómez A., Cárdenas Tapias K., Licon Castro S. Estrés Laboral en Enfermería. Factores Asociados. *Revista Científica Salud Uninorte*, Vol. 30, N° 1 (2014). Pág. 1-12.

Es un estudio realizado en la universidad de Granada-Ceuta-España²⁵ que busca medir el nivel de Burnout y los factores de riesgo en atención Primaria, se encontró que el burnout en su nivel más alto está presente en profesionales que presentan alto nivel de CE y D, y bajo nivel de RP. (Pág. 82). Una parte importante de los profesionales de enfermería de AP padecen niveles medios o altos de CE y D, así como baja RP, estando así en alto riesgo de sufrir burnout. Según lo encontrado en la literatura, variables como edad, tipo de contrato, sueldo, satisfacción laboral, ansiedad y depresión pueden ser factores relacionados potencialmente con el desarrollo del síndrome, y deberían ser considerados en la prevención del síndrome en estos profesionales, pudiendo así contribuir a una mejora en la calidad asistencial del sistema de salud y sus beneficiarios.” Pág. 83.

Es obvio que, ambientes de trabajo duros y hostiles dificultan el desempeño laboral, desencadenando un estado de frustración que no hace sino empeorar, disminuyendo su calidad de vida y llegando a abandonar el trabajo e incluso a tener ideas suicidas. De ahí la importancia de intervenciones que ayuden al personal a afrontar situaciones que desemboquen en el padecimiento del burnout” (pág. 84.) Este síndrome, además de afectar a los profesionales que lo padecen, influye en la calidad de los cuidados, los resultados de salud, los pacientes y la propia institución sanitaria. Pág. 84

En el hospital público Zacatecas, México²⁶, en una investigación sobre calidad de vida profesional y trastornos musculoesqueléticos en profesionales de Enfermería, se encontró que si bien es cierto que cualquier ocupación expone al trabajador a la presencia de este tipo de trastornos, el desempeño laboral en enfermería conlleva un riesgo especial. En el ambiente hospitalario este profesional tiene exigencias importantes para el aparato locomotor y simultáneamente está expuesto a más de una carga de trabajo, por lo que el uso de una correcta mecánica corporal y un buen nivel de capacidad física son aspectos indispensables. En relación a lo anterior, existen reportes que señalan al dolor lumbar como uno de los trastornos musculoesqueléticos más importantes entre las enfermeras, con una prevalencia mayor al 87% y una incidencia de

47% por año. El dolor en la región del hombro también se ha descrito en la literatura por su alta prevalencia, más del 40% entre estos profesionales pág. 338. El sexo que predominó fue el femenino (74,8%). Con relación al estado civil en su mayoría eran casadas (os) con un 43,9%; un 45,8% habían cursado la Licenciatura en Enfermería y tenían en promedio 10,47 años (DE = 8,07) trabajando en la institución de salud. La mayoría se desempeñaba en el área de hospitalización (43,9%).

Se concluye que, para enfrentar el estrés en las organizaciones de salud es necesario abarcar los niveles individual, grupal y organizacional. Capacitar al personal asistencial en atención en crisis, manejo de demandas emocionales, ofreciéndoles condiciones de trabajo que partan de los diseños de los puestos, claridad del rol, ajustes en los turnos de trabajo, políticas de recompensas en función del cumplimiento de indicadores, sistema de control de los riesgos psicosociales. Por lo tanto, se hace necesario investigar más sobre el estrés como enfermedad laboral, para diseñar estrategias que disminuyan los síntomas de estrés a los que están expuestos, mejorando la salud y el bienestar integral de los profesionales de la salud teniendo en cuenta, el entorno organizacional propio del sector de la salud. (Pág. 50)

1.3.4. Problemática de emigración e inmigración de enfermeras(os)

En el año 2011, la OPS²⁷ realizó un estudio sobre migración de enfermeras en la región. La caracterización sobre la migración de enfermeras en Colombia (ver cuadro 4.1), muestra un comportamiento menor de cerca del 83% respecto de otros países como Chile, Ecuador y Perú que presentan una migración regularizada. La población que migra al extranjero es principalmente femenina, casada, de edad entre 32 y 51 años que migra por motivos familiares y en un 30.4% cuenta con formación de posgrado. Esto evidencia que Colombia está perdiendo de manera regular trabajadoras que cuentan con experiencia, formación avanzada y en más del 80% se trató de personas que contaban con trabajo (ver gráfica 6.17), dejando ver que el país no cuenta con políticas de retención de enfermeras e incentivos que ofrezcan alternativas laborales y salariales y de crecimiento profesional. Igualmente, condiciones adecuadas para brindar cuidado y estimulen la permanencia en el país. Se encuentra que un 17% podrían haber migrado por encontrarse en situación de desempleo.

²⁵ Gómez Urquiza J., Monsalve Reyes C., San Luis Costas C., Fernández Castillo R., Aguayo Estremera R., Canadas de la Fuente G. *Factores de riesgo y niveles de Burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática.*

²⁶ Rodarte Cuevas L., Araujo Espinoza R., Trejo Ortiza P., González Tovar J. *Calidad de vida profesional y trastornos musculoesqueléticos en profesionales de enfermería.*

²⁷ Serie RH para la Salud. *Migración de enfermeras en AL.* OPS Washington 2011.

Cuadro 4.1: Panorama regional

Magnitud	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	Paraguay	Perú	Uruguay	Venezuela
Migración regularizada	80%			100%	82,6%	100%		91,6%	100%	
Género	Femenino	Femenino		Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
Edad,%	32-51, 95%	< 30, 68%		< 41, 69,6%	32-51, 60,95%	< 42, 75%		22-41, 81%	≥ 42, 75%	22-41, 50%
Estado civil,%	Casada, 57,9%			Casada, 62,5%	Casada, 73,9%	Casada, 65%		Soltera, 83,7%		Casada, 71,4%
Tiempo de permanencia (años)	≥ 5, 90%			≥ 5, 63,3%	≥ 7, 65,2%	≥ 7, 75%		≥ 7, 74,3%	> 7, 75%	> 3, 100%
Título acreditado	100%			100%	73,9%	65%			100%	
Seguro de salud	Sí, 79%			Sí, 73,3%	Sí, 95,6%	Sí, 85%		Sí, 83,3%		
Inserción laboral	< 1 año, 89%	Difícil, 40%		Difícil, 50%	< 1 año, 60,8%	< 1 año, 65%	Difícil, 50%	Difícil 4,5%	< 1 año, 100%	< 1 año, 71,4%
Satisfacción laboral	Con satisfacción, 100%			Con satisfacción, 87%	Con satisfacción, 86,9%	Con satisfacción, 80%	Con satisfacción, 65%	Con satisfacción, 95,8%	Con satisfacción, 100%	Con satisfacción, 85,7%
Salario	US\$ 400 a US\$ 800, 73,7%	No percibe salario, 14%		> US\$ 1000, 45%	> US\$ 1000, 82,6%	> US\$ 1000, 20%	< US\$ 1000, 100%	> US\$ 1000, 100%		> US\$ 1000, 14,3%
NSE logrado	Buena, 55%			Buena, 62,7%	Buena, 78,2%	Buena, 50%		Buena, 90,1%	Buena, 67,5%	
Discriminación	Sí, 32%			Sí, 21%	Sí, 26%	Sí, 55%		Sí, 20,7%		
Razones migración	Familiar, 73,7%	Familiar, 31%		Familiar, 20%	Familiar, 43,4%			Familiar, 84,5%		Familiar, 21,4%
Con estudios de postgrado	42%			54,2%	30,4%	45%			67,5%	

(Cuadro 5.2)

Gráfico 6.17: Trabajo remunerado como enfermera antes de migrar



Los datos sobre magnitud de la emigración 182 casos (Cuadro 5.2), tienen procedencia en información de fuente secundaria de tipo gremial, debido a que en el periodo del estudio el Ministerio de Relaciones Exteriores no contaba con información sobre, pero teniendo en cuenta que la información disponible para el periodo del informe es posible contrastarlos con información (registros) sobre migración profesional.

A través de una encuesta complementaria realizada, se encontró que los principales motivos de migración son de índole familiar y la búsqueda de oportunidades para su desarrollo personal y profesional, familiar, y una proyección hacia el futuro para continuar su formación profesional en el país donde se radica. El lugar de destino

principal de los migrantes latinoamericanos es Estados Unidos, Canadá, Australia y España (Cuadro 6.2).

Cuadro 5.2: Magnitud de la emigración internacional de enfermeras en América del Sur

	Emigrantes	Porcentaje
Argentina	s/i	0,0
Bolivia	s/i	0,0
Brasil	s/i	0,0
Chile	11	0,1
Colombia	182	1,2
Ecuador	99	0,7
Paraguay	400	2,6
Perú	14 424	95,1
Uruguay	45	0,3
Venezuela	s/i	0,0
Totales	15 161	100,0

Cuadro 6.2: Número y porcentaje de migrantes por país de destino

País de destino	Número de migrantes	Porcentaje
Estados Unidos	151	83,1%
Canadá	24	13,1%
Australia	2	1,0%
España	2	1,0%
Inglaterra	1	0,6%
Italia	1	0,6%
Dinamarca	1	0,6%
Total	182	100%

Fuente: Migración registrada en la Unidad de Registro de ANEC entre septiembre de 2002 y agosto de 2006.

Cuadro 5.5: Remesas y su relación con el PIB

Remesas	PIB (Porcentaje)
Brasil	0,6
Colombia	3,9
Ecuador	5,7
Perú	1,4
Paraguay	3,7
Bolivia	1,6
Argentina	0,2
Uruguay	0,3
Chile	0,0
Venezuela	0,0

Fuente: Banco Central de cada país; Banco Mundial. Indicadores de desarrollo mundial - 2004

El informe resalta, que las enfermeras inmigrantes reconocen enviar mensualmente remesas al país de origen, en un monto que oscila de US\$ 150 a más de US\$ 400, como aporte al ingreso familiar para cubrir gastos de salud, educación o adquisición de bienes de capital.

(Revisar si existe información disponible más reciente sobre emigración de enfermeras a otros países. Es probable que exista información estadística de la cancillería obtenida a partir de proceso de apostilla).

Para el año 2011 no se encontraba disponible información estadística de enfermeras inmigrantes a Colombia. Es posible que con el fenómeno de migración venezolana podamos acceder a información de este tipo.

1.3.5. Ratificación del Convenio OIT 149

En las legislaturas 2017-2018 y 2018-2019, respectivamente, en el Senado de la República tuvo trámite el Proyecto de Ley número 017 de 2017 Senado, de autoría de la entonces Ministra de Relaciones Exteriores María Ángela Holguín Cuéllar y de la entonces Ministra de Trabajo Griselda Janeth Restrepo Gallego. Asimismo, todo el trámite legislativo del proyecto, hasta su posterior archivo por trámite de legislatura en virtud del artículo 190 de la Ley 5ª de 1992, consta en la *Gaceta del Congreso* números 603 de 2017; 948 de 2017, 1196 de 2017 y 625 de 2018 del Senado.

Teniendo en cuenta que tal como consta de forma textual en la *Gaceta del Congreso* número 625 de 2018 del Senado, esta ha sido una iniciativa legislativa que se ha archivado en varias ocasiones en el Congreso. A saber, “el Gobierno nacional ha puesto en consideración del Congreso de la República en tres oportunidades proyectos de Ley similares encaminados a aprobar el citado Convenio (2001, 2002 y 2014).” Tal como se enunció, el proyecto se hundió al final de la legislatura 2018-2019, lo cual redundó en un cuarto intento fallido de que este importante

Convenio sea ratificado en beneficio del personal de enfermería en Colombia.

A continuación, se exponen los aspectos más relevantes del fallido Proyecto de Ley número 17 de 2017 Senado. El objeto de este proyecto de Ley era, tal como se ha venido enunciando, “la aprobación del Convenio sobre el empleo y condiciones de trabajo y de vida del personal de enfermería, firmado en la 63ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, celebrada en el mes de junio del año 1977”. Colombia hizo parte de tal Conferencia; no obstante, la ratificación de este Convenio no ha sucedido. Lo anterior es importante toda vez, al no haber sido ratificado vía Ley de la República, las disposiciones del Convenio NO son aplicables dentro del ordenamiento jurídico colombiano.

Lo anterior es muy grave en un sentido específico: no ha existido voluntad política en el Congreso de la República para ratificar este Convenio. Así pues, los criterios orientadores del Convenio en mención, los cuales buscan mejorar una serie de defectos estructurales de los ordenamientos jurídicos en relación con el personal de enfermería:

- i. Remuneración adecuada
- ii. Horas de trabajo
- iii. Descanso y vacaciones
- iv. Protección de la salud
- v. Seguridad social
- vi. Oportunidades de formación inicial y continuada,
- vii. Organización del trabajo
- viii. Oportunidades para hacer carrera
- ix. Participación del personal de enfermería en la determinación de sus condiciones de trabajo y de vida en su conjunto.

Por tal motivo, el presente proyecto de Ley tiene como fundamento esencial el espíritu normativo del Convenio 149 de la Organización Internacional del Trabajo. Dada la falta de voluntad política descrita, se pretende entonces articular de la mejor manera el enorme valor instrumental y jurídico de este importante Convenio para mejorar las condiciones de la profesión de enfermería en Colombia.

1.4. Las personas sujetas del cuidado

La situación que se ha venido describiendo en relación con la crisis del cuidado que se vive en Colombia cobra mayores dimensiones cuando se considera el perfil demográfico de la población actual, y las proyecciones futuras. A continuación, se exponen algunas de las cifras asociadas a la población mayor y la población

en situación con discapacidad, dos de los grupos en donde más se concentran los servicios y necesidades de cuidado.

1.4.1. Personas mayores

La OIT (2018) estima que en el 2030 las personas sujetas de los servicios de cuidado ascenderán a 2300 millones, de los cuales 100 millones serán personas mayores, lo al exigirá duplicar la inversión en la economía del cuidado.

Las cifras nacionales son igualmente preocupantes. El censo del 2018 realizado por el DANE reveló que, por primera vez en la historia, ese año existen más personas mayores de 65 años, que niños y niñas menores de 5 años.

De las personas que cuidan a personas mayores, el 83,9% son mujeres con 49 años de edad en promedio. (SABE 2015). En 2016, la jefatura femenina en los hogares de cabeceras son el 37,6 % y en los hogares de centros poblados y rural disperso son el 24,3% (DANE, ECV); y los hogares unipersonales son el 15%. Lo que señala que la carga de cuidado recaerá sobre dichas mujeres si no se dan arreglos institucionales. En ausencia de otras posibilidades, un porcentaje de las personas sujetas de cuidado quedan sin recibir este tipo de cuidado por las múltiples dificultades que se les presentan a las familias.

Esto repercute en los índices de institucionalización de la población adulta mayor. La falta de tiempo de las familias y el desconocimiento del tipo de cuidado que debe ser brindado es la principal razón para su institucionalización (44,3%), en especial por el difícil manejo de enfermedades frecuentes en este momento vital. Otra razón para la institucionalización son los conflictos familiares (22,1%) causados por “el manejo de los dineros, por los tiempos en que se distribuye el cuidado entre los miembros de la familia o por la negativa de cuidar a los familiares a cargo” (Arango et. al. 2018, página exacta). El 13,6% de las personas mayores institucionalizadas “llegan por abandono de sus familiares y las mismas personas mayores buscan su institucionalización.” (Arango et. al. 2018, 226).

El panorama descrito resulta más preocupante aun considerando que la oferta de cuidado crece mucho más lento que la demanda, particularmente en forma de pequeñas unidades de negocio en el caso de hogares gerontológicos (Arango et. al. 2018, 226). Esto implica que aquellas personas mayores que requieren cuidado, pero que no tienen la posibilidad de pagar por servicios de cuidado o por su institucionalización, y cuyas familias no pueden prestarles este tipo de apoyo, se ven privadas de su derecho al tipo de protección social que necesitan (añadiendo

a esto que el 68,1% de las personas mayores de 59 años de edad son de estratos 1 y 2, y el 47,4% pertenecen al régimen subsidiado (Sala Situacional de Envejecimiento 2018).

Según los estudios de la Misión Colombia Envejece de la Fundación Saldarriaga Concha²⁸, entre 1985 y 2050:

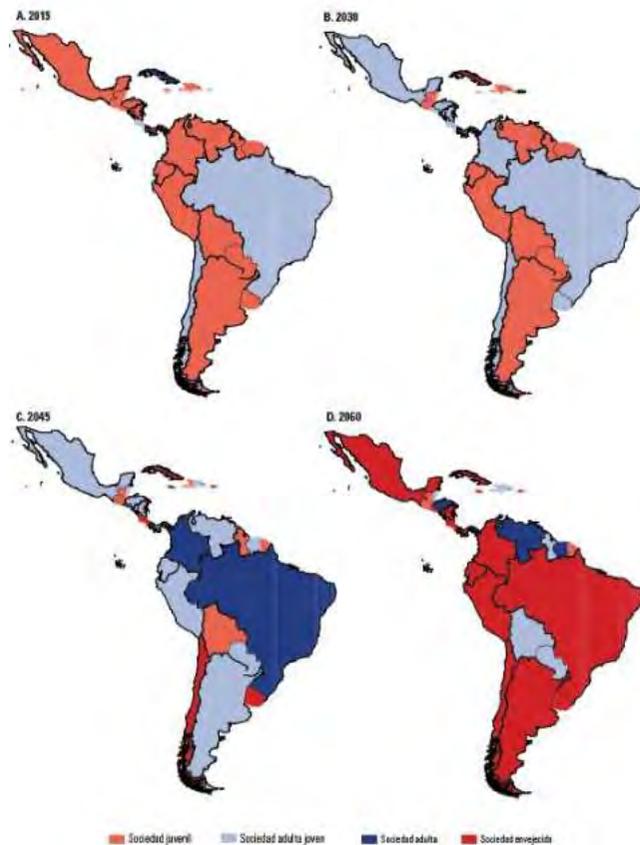
- “la población de 60 años o más será la que más aumente en términos absolutos”.
- “Su tamaño aumenta en casi 7 veces, mientras que la población de 15-59 años no llega a duplicarse y la menor de 15 años permanece estable. La población de 0 a 14 años empieza a decrecer a partir del 2001 y la que está en edad productiva presentaría tasas de crecimiento cercanas a 0 entre el 2020 y el 2046, año en el que empieza a tener una tasa de crecimiento negativa. Para el 2050, la tasa de crecimiento poblacional será negativa para los grupos de 0 a 14 años y de 15 a 59, y positiva solo en la población de 60 años o más (0.9 %). Esta dinámica diferencial por grupo de edad hace que aproximadamente a partir del año 2040 el tamaño absoluto de la población de 60 años o más supere al de la población menor de 15 años”.

Sin arreglos institucionales y normativos que garanticen servicios de cuidado para la población, en el futuro, la disminución de la población que ejerce los servicios de cuidado (remunerado y no remunerado), y la ausencia de lazos familiares y redes de apoyo constituirá un serio problema para la población mayor. Según un estudio realizado en los últimos años (ENDS 2015), el 46,4% de los hombres entre 13 y 49 años manifiestan nunca haber estado unidos, mientras que esta misma condición para ese mismo grupo de edad en las mujeres es de 35,6 %. Esta población podrá llegar a edades avanzadas sin red de apoyo familiar, por lo cual requerirá mayores servicios de cuidado remunerados que a la fecha no están disponibles.

Lo cierto es que según estimaciones de la CEPAL la población colombiana envejece sin que proyecten arreglos institucionales que ya han sido tomados por otros países como Uruguay según se mencionó anteriormente, entre ellos, la regulación de las condiciones que garanticen **un cuidado integral de la salud desde el profesional de enfermería:**

²⁸ Tomado de <https://www.saldarriagaconcha.org/censo-2018-ratifica-proyecciones-de-la-mision-colombia-envejece/>.

Mapa N° 1. América Latina y el Caribe: transformación de la estructura de la población 2015-2060.



Fuente: Información de Naciones Unidas, “World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables” presentado por CEPAL (2018). *Los efectos y desafíos de la transformación demográfica en América latina y el Caribe*. Disponible en: https://www.cepal.org/es/enfoques/efectos-desafios-la-transformacion-demografica-america-latina-caribe?utm_source=civicrm&utm_medium=email&utm_campaign=20190107_boletin_envejecimiento_16

1.4.2. Personas con discapacidad

En el censo 2018 son 3’065.361 personas, de una población total enumerada en Colombia (hasta el 2 de noviembre de dicho año), tasada en 42’786.766, es decir, son el 7,1 por ciento de los colombianos²⁹. Más de la mitad de los colombianos con alguna discapacidad son mujeres (54,1%) que la mayoría de personas con alguna dificultad en su funcionamiento humano están en la edad más productiva. El 58,5% está entre los 15 y los 64 años de edad y de nuevo,

²⁹ El Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) ha identificado 1.342.222 personas en condición de discapacidad en Colombia, cifra muy inferior a lo encontrado en el censo 2018. Sin embargo, en la medida en que el RLCPD es voluntario y requiere, además de conocer la existencia del programa, la realización del trámite de inscripción (<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Dis-capacidad/Paginas/registro-localizacion.aspx>), no resulta sorprendente que exista un subregistro en este.

la población discapacitada mayoritaria en esa franja son mujeres (31,4 vs. 27,1% hombres).

De acuerdo con el Censo 2018, el 26,7% dijo que trabajó por lo menos una hora en una actividad que le generó algún ingreso; un 25,4% realizó oficios en el hogar; 16,4% estaba incapacitado de manera permanente para trabajar; 8,7% vivía de una jubilación, pensión o alguna renta. Un 8,2% manifestó que estaba en otra situación distinta a las anteriores; 7,7% ocupaba parte de su tiempo en algún estudio; 3,5 % buscó trabajo; 2,6% no trabajaba en ese momento, pero había tenido un empleo o negocio por el que recibía algún ingreso, y 0,8 % trabajó o ayudó en algún negocio, pero sin pago. Solo 29,1% (3 de cada 10) personas en condición de discapacidad ha recibido alguna vez un ingreso por su trabajo³⁰.

Según el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), el 64% de las personas con discapacidad no tienen ningún ingreso, y el 22% reciben menos de 500.000 pesos mensuales. El 80% pertenecen a estratos 1 y 2 (48% estrato 1 y 32% estrato 2). En cuanto a las situaciones de discapacidad: el 36,9% de ciudadanos/as tienen dificultad para mover el cuerpo; 18,7% no puede ver de cerca, de lejos o a su alrededor; 11,3% tiene problemas para oír la voz o los sonidos, y a un 10,9% no le es fácil entender, aprender o tomar decisiones por sí mismo; en el restante porcentaje (22,2%), las personas están afectadas en su desempeño diario por imposibilidades que van desde no poder hablar ni conversar hasta no lograr comer, bañarse o vestirse solo.

Personas con dificultades para realizar actividades cotidianas

En cuanto a las personas que reportaron dificultades para realizar sus labores cotidianas el DANE encontró que el 7,5% de las mujeres y el 6,8% de los hombres manifestaron tener alguna dificultad³¹.

La Sala Situacional sobre Discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social, en 2017 refiere lo siguiente en relación a la población con discapacidad:³²

- Incapacitado permanente para trabajar sin pensión 410.565 (30,6%)

³⁰ <https://www.eltiempo.com/economia/sectores/censo-de-poblacion-los-discapacitados-en-colombia-son-el-7-1-y-pocos-tienen-empleo-fijo-369348>

³¹ Tomado de <https://www.saldarriagaconcha.org/censo-2018-ratifica-proyecciones-de-la-mision-colombia-envejece/>

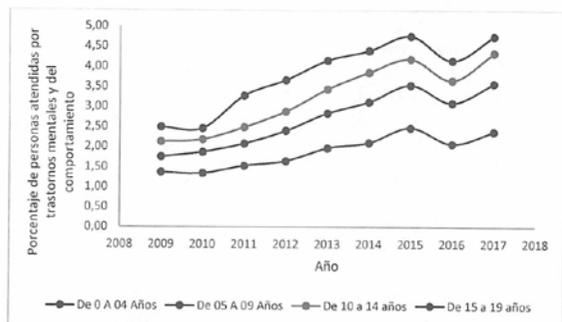
³² Tomado de [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca digital/RIDE/DE/PES/presentacion-sala-situacional-discapacidad-2017pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca%20digital/RIDE/DE/PES/presentacion-sala-situacional-discapacidad-2017pdf)

- Realizando oficios del hogar 232.908 (17,4%)
- Trabajando 162.498 (12,1%)
- Estudiando 134.426 (10,0%)
- Buscando trabajo 55.013 (4,1%)
- Incapacitado permanente para trabajar con pensión 45.438 (3,4%)
- Realizando actividades de autoconsumo 32.878 (2,4%)
- Pensionado-jubilado 22.513 (1,7%)
- Recibiendo renta 6.114 (0,5%)
- Otra actividad 228.084 (17,0%)
- Total general 1.342.222 (100,0%)

Trastornos mentales en personas de 0 a 19 años

En materia de salud mental, la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, amplió su espectro y mostró no solo eventos sino problemas de salud mental y también amplió los rangos de edades que otras encuestas (Estudio Nacional de Salud Mental 2003) miraron; de manera que nos permitieron ver población adolescente, infantil y adulto mayor; momentos de vida donde claramente su vulnerabilidad se expresa en sintomatología de carácter mental. En el caso de personas de 0 a 19 años se observa una tendencia ascendente a la presencia de este tipo de trastornos (gráfica No. 1).

Gráfico No. 1. Porcentaje de personas de 0 a 19 años atendidas por trastornos mentales y del comportamiento en Colombia. 2009 a 2017.

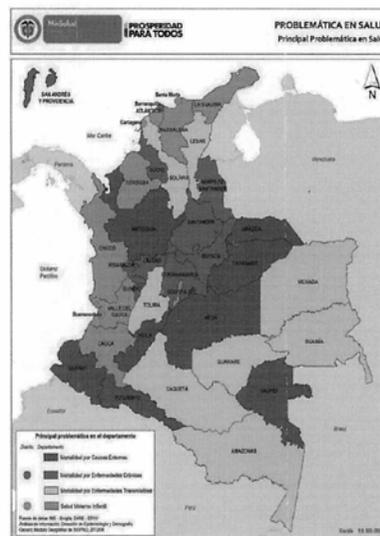


Fuente: Minsalud (2018). Boletín de salud mental niños, niñas y adolescentes. (Elaboración a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), consulta septiembre 2018). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-4-salud-mental-nna-2017.pdf>

Para finalizar, y teniendo en cuenta que la carga de enfermedad y de garantía de cuidado, no se limita a las poblaciones antes expuestas, se resalta que Colombia enfrenta actualmente un perfil demográfico y epidemiológico que revela tres naciones en una: por un lado las poblaciones jóvenes y en edad reproductiva con mortalidad materno-perinatal, por otro lado el aumento de la

población envejecida y con ello de la mortalidad por enfermedades crónicas, y en general toda la población con mortalidad por causas externas asociadas al conflicto armado, la delincuencia y accidentes (mapa No. 2).

Mapa No. 2. Principal causa de mortalidad según tipo y departamento. Colombia 2014.



Fuente: MSPS (2016). Política de Atención Integral en Salud. Pág. 12. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Lo anterior vincula las nociones de ruralidad y urbano, en el año 2016 la jefatura femenina en los hogares de cabeceras son el 37,6% y en los hogares de centros poblados y rural disperso son el 24,3% (DANE, ECV); y los hogares unipersonales son el 15%. Lo que señala que la carga de cuidado recaerá sobre dichas mujeres rurales si no se dan arreglos institucionales.

2. ¿Por qué hay una crisis del cuidado?

2.1. Limitada comprensión y ejercicio del cuidado de enfermería

Las enfermeras han ocupado históricamente un papel dependiente en la organización y división del trabajo en salud, dado que el modelo de atención predominante es medicalizado, jerárquico, biológico, centrado en el individuo y la enfermedad. Como consecuencia la actividad de cuidado ha priorizado las intervenciones como habilidades asistenciales con base en el tratamiento médico.

Sin embargo, el campo de actuación de enfermería comprende una amplia gama de aspectos involucrados con la indivisibilidad de los sujetos y la adquisición y desarrollo de conocimientos complejos y renovados. La enfermera atiende necesidades humanas básicas que pueden variar en circunstancias y situaciones concretas, y le conllevan cierto grado de implicación emocional con las personas atendidas, proveyendo bienestar y seguridad a

personas en situación desventajosa en escenarios complejos y diversos. Afirma OIT que el trabajo de cuidado por su naturaleza relacional diferente a otras actividades económicas es “menos rutinario que otros trabajos y por lo tanto menos propenso a la automatización y a la tercerización, aunque la tecnología (y las decisiones de política de atención) puede contribuir a fragmentar el proceso de cuidado y dividirlo en rutina y tareas no rutinarias”. De otra parte, con base en la formación, los conocimientos y competencias la enfermera es una trabajadora de cuidado especializado.

Es así como durante el proceso de esta atención de salud la enfermera debe realizar el análisis psicosocial de la persona, tomar medidas que faciliten su estabilización corporal y emocional, su cuidado físico y mental en diferentes escenarios y durante períodos variables de tiempo, que incluye la valoración, formulación, implementación y evaluación de un plan de manejo por enfermería por sistemas, así como la prestación de diferentes intervenciones farmacológicas y de cuidado definidas por disciplinas como medicina, terapia, nutrición, etc.

Requerimos reconocer su carácter social en tanto aprendido y que produce prácticas sociales que sostienen la vida, exige valorar el conocimiento científico y los saberes tradicionales, igualmente válidos que soportan dichos cuidados. Así, la crisis de estos cuidados no solo surge de su invisibilización, sino que esta a su vez es el resultado de la naturalización de los mismos, restando su valor-trabajo.

Así las cosas, el Sistema de Salud viene proponiendo las condiciones del ejercicio de enfermería creando un currículo ajeno a los programas que patenta el Ministerio de educación y logra legitimar a un profesional que ejerce un “cuidado espantoso”, deshumanizado que ejerce un poder alienante y coercitivo sobre los usuarios, que privilegia la custodia de equipos y edificios sobre el cuidado de las personas, que ataca el prestigio y el espíritu de la profesión y que se presta a un engranaje perverso que no logra mejorar el nivel de salud de las poblaciones.

Requerimos superar la visión fragmentada de la garantía del derecho a la salud subsumido a partes inconexas (consultas, procedimientos, intervenciones, insumos), para evidenciar su carácter sistémico, donde el cuidado es el intersticio de la prestación de los servicios de salud, **es el todo más allá de las partes; requerimos nombrar y facturar el Cuidado Integral de Enfermería.**

2.2. Discriminación de género e interseccional

Las profesiones del cuidado son altamente feminizadas, en particular la enfermería, que en Colombia está compuesta en un 89% por mujeres. Esto hace que estas profesiones estén marcadas por las desigualdades de género: segmentación de género (ejemplo), malas condiciones laborales y salariales como las que ya se expusieron, brechas salariales entre enfermeras y enfermeros y en relación con otras profesiones de la salud, castigos salariales y altos índices de violencia y acoso (OIT 2018, 160). Y cuando se asume por hombres, su estigmatización y cuestionamiento por su sexualidad e identidad de género.

Pero el problema no se reduce a que las ocupaciones del cuidado sean realizadas en su gran mayoría por mujeres. Como se señala en el informe más reciente de la OIT: “Muchas de las ocupaciones del cuidado son vistas como una extensión de los roles de cuidado que las mujeres ejercen al interior de sus propios hogares” (OIT 2018, 160). Desde sus inicios, la enfermería se definió a partir de posturas esencialistas, que han fomentado esta visión problemática, tomemos, por ejemplo, las declaraciones de la gran pionera de la enfermería, Florence Nightingale:

‘Para ser una buena enfermera uno debe ser una buena mujer, y en esto todos debemos estar de acuerdo. Aquello que hace a una buena mujer, es lo mejor de su naturaleza: ser silenciosa, gentil, paciente, y contenida’.³³

Como resultado de esta comprensión del cuidado como inherente a las habilidades y predisposiciones ‘naturales’ de las mujeres, se asume que las ocupaciones y profesiones del cuidado “requieren pocas habilidades, lo que justifica los bajos salarios, bajo status y falta de reconocimiento social” (OIT 2018,160), pues no requieren mayor entrenamiento y por ende tienen bajo valor-trabajo. Esto se ve claramente reflejado:

A nivel social: en la eliminación de la enfermería de los servicios y rutas (ejemplo: salas de parto, rutas de mantenimiento de la salud), la diferencia salarial con medicina, las brechas salariales entre enfermeras y enfermeros, la menor proporción de enfermeras/os en posiciones de poder, la no contratación de enfermeras/os en algunos centros de salud.

En el cuidado ejercido en su gran mayoría por mujeres, se subestima la importancia de contar con condiciones apropiadas para el establecimiento de una relación de cuidado y

³³ Tomado de <https://www.open.edu/openlearn/health-sports-psychology/health/health-studies/florence-nightingale-on-what-makes-good-nurse>

para la prestación de un cuidado cálido y efectivo que genere satisfacción a la persona que cuida como a quien es cuidada.

En los equipos de salud, educación y construcción de políticas: donde hay subordinación, subestimación, silenciamiento. Enfermeras/os no pueden trabajar al máximo nivel de su potencial.

En el entorno académico: la formación reproduce estereotipos de género y a manera de currículo oculto de género mantiene lógicas de interacción de enfermeras/os con otras profesiones y con las personas sujeto de cuidado, altamente jerarquizadas y que silencian y desempoderan a las y los enfermeras/os. Igualmente, se subvaloran las dimensiones emocionales y/o mental del trabajo de cuidado y entonces se normaliza su sobrecarga física y emocional y se omite la formación en salud mental. En síntesis, la academia forma cuidadores para perpetuar y no para innovar el cuidado actual.

A nivel individual: se reproducen la autoimagen, entrega y devoción, asumir muy altas cargas de trabajo que afectan la salud mental, y el mantenimiento de doble o triple jornada por el trabajo de cuidado no remunerado.

A estas desigualdades por razones de género en relación al cuidado, se intersectan otras como las de clase y racismo, tanto en quienes cuidan como en las personas sujetas de cuidado, profundizándolas (Sepúlveda Carmona 2013 en Esquivel y Kaufmann 2016, 14); por ejemplo, se evidencia relación entre la necesidad de cuidados no remunerados y el incremento de los conflictos y la violencia intrafamiliar por su asignación desigual (Arango 2010; Pineda Duque 2011, en Arango *et. al.* 2018, 224).

La conjunción de todos estos factores desemboca en el escenario actual de crisis del cuidado, en donde lo que existe es un pseudo-cuidado ‘Espantos de Salud’.

2.3. Baja representatividad en los niveles decisorios de las profesionales de enfermería

El Centro de Equidad de Género (GEH por sus siglas en inglés), codirigido por la OMS y la organización de la Mujer para la Salud Global, bajo la sombrilla de la Red Mundial de Trabajadores/as en Salud, en el documento de “Servicios entregados por mujeres y liderados por hombres: un análisis de equidad de género la salud global y el trabajo social”³⁴, señala la existencia de las siguientes discriminaciones de género:

- Segregación vertical:
 - “Las mujeres corresponden al 70% de la fuerza de trabajo global en salud, pero solo ocupan el 25% de los roles de dirección. Las brechas en el liderazgo están soportadas en estereotipos, discriminación, inequidad de poder y privilegios masculinos. Las desventajas de las mujeres se interceptan con otras identidades como la etnia/racismo y la clase social /clacismo. Así, la salud global se debilita por la pérdida del talento femenino, sus ideas y conocimientos”. (GEH 2018, 2).
 - “Solo el 20% de las organizaciones de salud global tiene paridad de género entre sus juntas directivas, y solo el 25% en sus niveles superiores. Los sistemas de salud serán más fuertes cuando las mujeres que dispensan servicios de salud tengan igual participación en el diseño de planes, políticas y sistemas nacionales de salud”. (GEH 2018, 3).
- Segregación horizontal:
 - “Vinculación de las mujeres a trabajos considerados femeninos (ejemplo, la enfermería), con el consiguiente status y pago devaluado”. (GEH 2018, 3).

Este mismo informe del GEH, señala que las brechas en el pago por razones de género son del 26%, más alto que el promedio de otros sectores. Estas brechas no se explican por factores observables como la educación, sino por la segregación ocupacional de las mujeres a trabajos con bajo estatus y remuneración. Asimismo, la mayoría de las mujeres que trabajan en cuidado de la salud y trabajo social son no remuneradas y excluidas de los datos de medición de brechas de género. Finalmente resalta la ausencia de estos temas en las negociaciones laborales colectivas.

La investigación, “Invertir en el poder del liderazgo en enfermería ¿qué requerirá?” realizada por la Red internacional Intra –Health en el marco de la campaña de Nursing Now, reconoce los siguientes factores que contribuyen a la segregación de las posiciones de enfermería y liderazgo:

- **Creencias de género, estereotipos e ideologías.**
- Sesgo de género y discriminación patronal e institucional.
- Intersección de género y otros ejes de exclusión.
- **Profesional y Trabajo familiar.**
- Acoso sexual.
- Percepción de la acción afirmativa.

³⁴ Tomado de <https://www.who.int/hrh/resources/health-observer24/en/>

- Limitación en la enfermería.
- **Toma de decisiones y percepción de la suavidad de la enfermería.**
- Obstáculos a los facilitadores del liderazgo.
- **Redes formales e informales.**

El mismo informe realiza las siguientes recomendaciones para eliminar la segregación de posiciones de enfermería y liderazgo:

- **Mecanismos culturales.**
- **Sanciones por violar las expectativas de masculinidad y feminidad.**
- Discriminación patronal y/o institucional.
- Procesos internos.
- **Tensiones entre el mercado laboral y el compromiso familiar.**
- Factores económicos.
- **Acceso a redes informales.**

3. La importancia del cuidado

Visibilizar el cuidado y objetivizar la evaluación de la calidad del mismo es importante puesto que representa el reconocimiento a una labor milenaria que ha aportado a la vida desde siempre y se ha desarrollado pasando de ser un oficio a una disciplina que aporta a la conservación de la vida, al bienestar humano, al mantenimiento de la salud, a la prevención y recuperación de la enfermedad y a la rehabilitación. Al no generar condiciones apropiadas para brindar un cuidado eficaz, se pone en riesgo la salud, el bienestar y la vida, se favorece el desarrollo de enfermedades, se retarda la recuperación de las personas que requieren cuidados y se aumentan las secuelas producto de las mismas.

El cuidado es la medida terapéutica que garantiza la integralidad en la prestación de servicios de salud, en este sentido, la subvaloración del cuidado se traduce en mayor carga de enfermedad, aumento en las estancias hospitalarias, incapacidades y en años de vida saludables perdidos, entre otros. Las preguntas que surgen y están por medirse con indicadores del sector salud y otros de la economía en general son:

- ¿Cuánto le cuesta al Estado y a la sociedad la falta de valoración del cuidado?
- ¿Cuánto le cuesta al Estado y a la sociedad que las enfermeras y enfermeros no puedan trabajar a su máximo potencial?
- ¿Cómo se afecta la seguridad del paciente por la jerarquización y asimetría de poder dentro de los equipos de salud, que conlleva fallas en la comunicación entre enfermeras/os - médicos/as - profesionales de otras disciplinas?

- ¿Cómo se suplirá el claro déficit de cuidado que afrontan las poblaciones sujetas/os de cuidado señaladas en el numeral 1.4.?

Y si a esto se suman situaciones que afronta el país como:

Efectos en un país tratando de construir paz. Es claro que ahora es cuando más requiere Colombia respuestas integrales de cuidado en salud mental y física, especialmente en zonas rurales y rurales dispersas históricamente desatendidas.

Migración venezolana e interna por conflicto armado. La población que arriba de Venezuela requiere de atenciones en salud que en su país no pudieron ser garantizadas, en este sentido, se requiere de arreglos institucionales del Sistema de Salud donde el personal de enfermería es clave.

Así, mejorar las condiciones políticas, económicas, sociales, culturales y académicas para el ejercicio del cuidado integral de enfermería, no es solo de interés gremial sino de la sociedad en su conjunto, como lo demuestra la campaña Nursing Now lanzada por la OMS y que apunta precisamente a que se modifiquen dichas condiciones para el pleno ejercicio del cuidado de enfermería.

4. Normatividad aplicable en Colombia: Aproximación al marco legal del personal de enfermería y la crisis del cuidado

De acuerdo a la Ley 1751 de 2015, por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, el artículo 17 señala *“Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente. La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u, organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias”*. Con relación a lo subrayado, el presente proyecto de ley se constituye en una medida afirmativa para la plena garantía de lo allí normado y la corrección de las fallas actuales en contra del ejercicio autónomo de la profesión de enfermería que además pone en riesgo la

seguridad de las personas cuidadas como lo señala el mismo artículo.

i. Contexto normativo en Colombia

A continuación, se presentan unas compilaciones de normas, las cuales tienen como papel preponderante según su aplicación en el sistema de salud:

NORMA	OBJETO	TÍTULO
LEY 266 DE 1996	Reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería	Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.
LEY 911 DE 2004	Ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia	Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.
LEY 1164 DE 2007	Talento humano en salud	Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.

De la misma manera, se presentan las cinco agremiaciones existentes en materia de enfermería y las competencias que se le asignan en la Ley 266 de 1996 en materia de lineamientos, regulación, etc.

Organizaciones	Competencias
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC)	<ul style="list-style-type: none"> • Es el organismo autorizado para realizar la inscripción y el registro único nacional, de quien ejerce la profesión de enfermería en Colombia. Posteriormente adoptado por la Organización Colegial de Enfermería. • Establecerá los criterios para fijar los sistemas tarifarios y los honorarios del profesional de enfermería en el ejercicio libre de su profesión.
Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN)	<ul style="list-style-type: none"> • Organismo autorizado para realizar la acreditación de los programas universitarios de enfermería de pregrado y posgrado, ofrecidos por las instituciones de educación superior en Colombia. • Establecerá la organización y los mecanismos para el cumplimiento del propósito del sistema de acreditación de los programas educativos, en concordancia con las disposiciones legales vigentes. • El ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia se ejercerá dentro de los criterios y normas de calidad y atención y de educación que establezca la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC, y la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN

Organizaciones	Competencias
Consejo Técnico Nacional de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Dar lineamientos para el desarrollo de la investigación en enfermería. • Proponer las políticas y disposiciones para la formación, actualización, distribución y empleo del recurso humano de enfermería. • Definir criterios para establecer estándares y normas de calidad para brindar cuidado de enfermería. • Definir los planes mínimos de dotación de los servicios de salud con relación al personal de enfermería. • Elaborar planes proyectivos para la atención de enfermería en concordancia con los cambios socioeconómicos, técnicos, científicos y el sistema de seguridad social en salud. • Establecer criterios para asegurar condiciones laborales adecuadas, bienestar y seguridad en el ejercicio profesional.
Organización Colegial de Enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer y fortalecer relaciones con organizaciones profesionales, sociales, gremiales u otras que contribuyan al ejercicio del derecho fundamental a la salud y dinamicen el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. • Promover el intercambio científico entre sus miembros y de estos con los centros y autoridades científicas nacionales e internacionales. • Contribuir al mejoramiento continuo de la idoneidad y calidad del cuidado de enfermería y la aplicación de los principios éticos de la profesión, aspectos que se coordinarán con los Consejos Técnicos y Tribunales Éticos, en el ámbito nacional y departamental. • Certificar y actualizar el ejercicio profesional de enfermería y otro recurso humano de enfermería, en coordinación con ACOFAEN e instituciones formadoras y entes territoriales. • Velar porque la profesión de enfermería se ejerza acorde con las normas éticas y legales, en especial la Ley 266 de 1996, la 911 de 2004 y todas aquellas normas que favorezcan el desarrollo de la profesión; propendiendo por el trabajo articulado con otras organizaciones de carácter regional, nacional, internacional.
Tribunal Nacional Ético de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a los profesionales de enfermería sobre los principios y las normas que rigen el ejercicio idóneo profesional. • Promover el estudio de la ética, bioética y legislación en enfermería. • Crear jurisprudencia con los casos más frecuentes de conductas que riñen con la ética y la deontología de enfermería. • Conocer los procesos disciplinarios éticos-profesionales que se presenten en la práctica de quienes ejercen la enfermería en Colombia.

Organizaciones	Competencias
	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar estudios sobre aspectos de ética y bioética que fortalezcan la práctica de enfermería. • Abrir las investigaciones de oficio, o solicitadas por las personas naturales o jurídicas, debido a faltas en el ejercicio de enfermería. Las pruebas recaudadas y los resultados de las investigaciones adelantadas por este Tribunal, tendrán el valor probatorio asignado por la ley, ante las autoridades competentes. • Establecer el procedimiento para que las personas naturales y jurídicas eleven sus quejas y solicitudes de investigación y sanción. • Establecer los procedimientos, recursos y fallos necesarios para la investigación y juzgamiento.

ii. Contexto internacional

A continuación, se describen de forma general las distintas formas de organización del personal de enfermería alrededor del mundo y la importancia de las mismas dentro del contexto del presente proyecto de ley.

Consejo Internacional de Enfermería (CIE)

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) en representación de los más de 20 millones de enfermeras en todo el mundo. Fundado en 1899 el CIE es la primera organización internacional y de mayor alcance para los profesionales de la salud. Dirigido por enfermeras y liderando a las enfermeras en el ámbito internacional, el CIE trabaja para garantizar cuidados de enfermería de calidad para todos, así como políticas de salud sólidas a nivel global, el avance de los conocimientos de enfermería y la presencia en todo el mundo de una profesión de enfermería respetada y una fuerza laboral de enfermería competente y satisfecha.

Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN)

Representa a las profesionales de enfermería en la región de América latina y el Caribe, de las organizaciones afiliadas, a través de la participación conjunta de los organismos miembros; teniendo definidas las directrices, objetivos y metas para la defensa del bienestar laboral, social, político y cultural de sus asociadas que impacte en el derecho a la salud y seguridad social a la población de los países de la región.

Dentro de sus objetivos se encuentran:

1. Estimular el desarrollo y el fortalecimiento de las organizaciones de enfermería.

2. Reunir esfuerzos para el desenvolvimiento técnico, científico y político de la enfermería en la región.
3. Promover acciones y estrategias que impulsen la reglamentación del ejercicio profesional.
4. Promocionar parámetros y directrices para la formación y calificación de los profesionales de enfermería.
5. Fomentar el intercambio de experiencias entre las organizaciones relacionadas al asociacionismo, la solidaridad y la divulgación científica, social y cultural de la federación.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)

Los principales objetivos de la Fundación de la NANDA son:

- Promover el desarrollo, refinamiento y uso de los diagnósticos de enfermería estandarizados en la atención al paciente.
- Conceder subvenciones monetarias para el desarrollo, validación y el perfeccionamiento de los diagnósticos de enfermería.
- Promover el estudio de la relación de los diagnósticos de enfermería a las intervenciones y la atención al paciente resultados.
- Promover el uso de los diagnósticos de enfermería en todas las ramas del campo de la enfermería, incluyendo la práctica, la administración y la educación.

Es una fuerza global para el desarrollo y uso de la enfermería de una terminología normalizada para garantizar la seguridad del paciente a través de la atención basada en la evidencia, mejorando así la atención de la salud de todas las personas.

5. Enfermería en Latinoamérica

A continuación, se expone como otros países de Latinoamérica, han regulado y mejorado las condiciones que garantizan un cuidado integral de la salud desde el profesional de enfermería para las personas sujeto de cuidado en diferentes entornos, ámbitos, desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación o servicios paliativos, superando discriminaciones de género e interseccionales.

I. ARGENTINA

En Argentina, la enfermería se encuentra configurada en tres categorías de personal: licenciados en enfermería, enfermeros y auxiliares de enfermería. Su diversidad está relacionada con el proceso de construcción

histórico de la profesión la cual fue delineando los distintos enfoques y contenidos de la formación académica y las prácticas sanitarias resultantes. De los datos consolidados por el Observatorio Nacional de Políticas de Recursos Humanos de Salud surge que el total del personal de enfermería en el país asciende a 84.200, teniendo en cuenta las tres categorías enunciadas.

El total del personal de enfermería del sector público en Argentina, es de 65.806, los licenciados/as en enfermería representan el 7% (4.801), los enfermeros/as el 30% (19.598) y los auxiliares en enfermería el 63% (41.407). Todas las provincias tienen un alto porcentaje de auxiliares de enfermería encontrándose un rango entre 92,53% y 35,20 %.

La Subsecretaría de Salud será la autoridad de aplicación de la presente ley, y en tal carácter deberá: a) Llevar la matrícula de los profesionales y auxiliares de la enfermería comprendidos en la presente ley; b) Ejercer el poder disciplinario sobre los matriculados; c) Vigilar y controlar que la enfermería, tanto en su nivel profesional como en el auxiliar, no sea ejercida por personas carentes de títulos, diplomas o certificados habilitantes, o no se encuentren matriculados; d) Ejercer todas las demás funciones y atribuciones que la presente ley le otorga.

El Ministerio de Salud, en su calidad de autoridad de aplicación, podrá ser asistido por una Comisión permanente de asesoramiento y colaboración sobre el ejercicio de la enfermería, de carácter honorario, la que se integrará con los matriculados que designen los centros de formación y las asociaciones gremiales y profesionales que los representan, de conformidad con lo que se establezca por vía reglamentaria.

La Ley número 24.044 y el Decreto reglamentario en su Capítulo III, de los Derechos y Obligaciones (artículo 9) establecen principios éticos para el ejercicio profesional. Menciona así, la Ley número 24.044, la objeción de conciencia ante actos que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas y señala taxativamente la responsabilidad frente al ejercicio de acuerdo a la ley y la formación recibida.

II. BOLIVIA

La enfermería representa aproximadamente el 65% del total de la fuerza laboral en la estructura del sistema de salud. La fuerza laboral de enfermería está conformada por 2.894 enfermeras que ocupan puestos en diversas instituciones y un total de 5.820 afiliadas al

Colegio de Enfermeras. La fuerza laboral está también compuesta por auxiliares de enfermería y enfermeras; en estas últimas podríamos decir que el desarrollo y avance de la educación se ha reflejado en la formación posgraduación hasta el grado de doctorado contando con programas diversos. Se cuenta con quince (15) carreras de enfermería dentro del Sistema Universitario Boliviano.

En el ámbito de la actividad laboral, el trabajo que desarrollan las enfermeras es en el ámbito hospitalario prioritariamente, siendo también la práctica de la docencia y la salud pública otro ámbito de ejercicio. Sin embargo, no existe una instancia a nivel de Ministerio de Salud con competencia directa en materia de enfermería. El Ministerio de Salud es la autoridad responsable de la aplicación del Decreto Supremo No. 15.463 del 12 de mayo de 1978, Reglamento del Ejercicio de la Enfermería.

III. BRASIL

La enfermería en Brasil representa cerca del 60% del total los recursos humanos en salud. El ejercicio de la enfermería en Brasil se encuentra regulado por la Ley No. 7.498 del 25 de junio de 1986, Ley de Ejercicio Profesional de la Enfermería y su Decreto Reglamentario No. 94.406 de 1987.

Establecido por la Ley No. 5.905, de 12 de julio de 1973 y afilado al CIE, COFEN tiene como función normar y fiscalizar el ejercicio de las profesiones de enfermera y técnicos auxiliares de enfermería y velar por la calidad de los servicios y el cumplimiento de la Ley de Ejercicio Profesional de la Enfermería. Junto con los consejos regionales de enfermería configuran el denominado Sistema COFEN-CORENS. Por Resolución COFEN No. 311 de 2007 se emite el nuevo Código de Ética de los Profesionales de Enfermería vigente en el país, el cual determina los derechos y deberes de los profesionales de enfermería y sus relaciones con las personas, la familia y la comunidad.

La Asociación Brasileña de Enfermería (Associação Brasileira de Enfermagem ABEn) es una antigua entidad fundada en 1926 que nuclea a los enfermeros y representa a la profesión en instancias políticas superiores y tiene afiliación al FEPPEN.

Conforme a su estatuto la Asociación Brasileña de Enfermería admite asociados en tres categorías:

- I Asociados efectivos: enfermero (a) y obstetra
- II Asociados especiales: técnicos (as) de enfermería y auxiliares de enfermería

III Asociados temporales: estudiantes de pregrado y técnico de enfermería.

IV. CHILE

La regulación de la enfermería en Chile se ha abordado desde la formación, el ejercicio y las relaciones laborales desde los orígenes de la profesión a través del código sanitario y laboral, leyes, reglamentos y normas administrativas de diversa jerarquía y aplicabilidad, conforme el ámbito de regulación en la coexistencia de los sectores públicos y privados.

Los aspectos que considera la educación en enfermería son los planes de estudio y sus perfiles formativos, la certificación, la titulación y la acreditación que se regulan a través de la Ley General de Educación número 20.370 del 2009 y del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de Educación Superior Ley 20.129 del 2006, con el objetivo de tener un sistema educativo caracterizado por la equidad y calidad de sus servicios.

A partir de la reforma del Código Sanitario efectuada en diciembre de 1997, por primera vez las enfermeras en Chile son explícitamente reconocidas. El artículo 113 dispone que los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a la promoción, manutención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y el tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente.

Desde su creación por Ley No. 11.161 del 20 de febrero de 1953, el Colegio de Enfermeras de Chile velaba por el desarrollo, prestigio y prerrogativas de la profesión y por su regular y correcto ejercicio. Todos los profesionales que ejercían estaban obligados a inscribirse en el Colegio, el que tenía dentro de sus atribuciones dictar y fiscalizar las normas de ética del ejercicio profesional. Sin embargo, desde la sanción del Decreto Ley 3.621 en 1981 se suprimen los colegios profesionales como Corporaciones de derecho público pasando a ser Instituciones gremiales de derecho privado.

V. CUBA

La enfermería cubana ha estado influenciada por el desarrollo histórico y social del país. Sin embargo, su mayor expresión de avance ha sido en los últimos 50 años, etapa en la que se ha perfeccionado el Sistema Nacional de Salud (SNS) sustentado en su carácter único, estatal, gratuito y accesible, con proyección social que se materializa en la participación comunitaria, la intersectorialidad y la colaboración

internacional. Es además un sistema integrado y coordinado que garantiza la atención continua a toda la población, para lo cual cuenta con una red de servicios organizada por niveles de atención: primario, secundario y terciario.

La Ley 41 de la Salud Pública, de 13 de julio de 1983, en su capítulo I, establece que la organización de la salud pública y la prestación de los servicios que le corresponda, los realiza el Estado a través del Ministerio de Salud Pública y otras instituciones, así como de las Direcciones de salud de los Órganos locales del Poder popular, en sus respectivas esferas de competencia, conforme la legislación vigente.

La Dirección Nacional de Enfermería del Ministerio de Salud Pública es la entidad dependiente del Ministerio de Salud que establece las políticas en materia de ejercicio profesional y formación de recursos humanos.

La carrera de enfermería se rige actualmente por la Resolución Ministerial número 210/07 del Ministerio de Educación Superior y el Reglamento para el Trabajo Docente y Metodológico en la Educación Superior, donde se establece la formación de los profesionales de nivel superior.

La Sociedad Cubana de Enfermería (SOCUENF) es una sociedad científica, no gubernamental dependiente del Consejo Nacional de Sociedades Científicas del Ministerio de Salud Pública de Cuba, que agrupa al personal de enfermería técnico y universitario, cuyo propósito fundamental es elevar el nivel científico, técnico de sus afiliados en función de la salud de la población.

VI. ECUADOR

La enfermería como profesión universitaria moderna se establece en Ecuador en 1945. La Ley número 57 de 1998 y su Decreto reglamentario número 492 amparan y garantizan el ejercicio profesional de quienes hayan obtenido el título de enfermera o enfermero, conferido por las universidades del país legalmente constituidas y de quienes habiéndolo obtenido en el exterior lo revalidaron de conformidad con la ley.

Conforme a las normas regulatorias del ejercicio profesional, la autoridad sanitaria está a cargo de la investigación y sanción de la práctica ilegal, negligencia, impericia, imprudencia e inobservancia en el ejercicio de las profesiones de la salud, sin perjuicio de la acción de la justicia ordinaria. Está también a cargo del registro de títulos.

La ley y reglamento de ejercicio de la enfermería no hacen referencia a los aspectos éticos del ejercicio profesional. Según el

Decreto número 492 de 1998, a los fines legales de la protección profesional cualquier persona podrá denunciar ante la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros, la violación de los mandatos establecidos en la Ley de Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador y el presente reglamento.

VII. GUATEMALA

El Decreto del Congreso número 07-2007 del 20 de febrero de 2007 emite la Ley de Regulación del Ejercicio de la Enfermería en todo el territorio nacional. Dicha norma ha sido reglamentada por el Acuerdo Gubernativo número 56-2008 del 1° de febrero de 2008 que tiene como objetivo desarrollar los preceptos normativos contenidos en la ley.

Adscrito al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, constituye la instancia máxima de enfermería en todo el territorio nacional y se rige por su propio reglamento (Resolución número SP-M-153-80). Conforme el artículo 7° del Acuerdo reglamentario, el Consejo asesora al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en asuntos de su competencia, cumple y vela por la ejecución de sus disposiciones y tiene la facultad de convocar a los representantes de enfermería de los sectores público y privado. Es responsable de conocer, analizar y resolver todos los asuntos de enfermería en servicio, investigación y docencia y supervisa la legalización de las escuelas de auxiliares de enfermería.

El Decreto número 90-97, Código de Salud, artículo 9° inc. F, dispone que los colegios profesionales están a cargo de la regulación del ejercicio profesional. Sólo pueden ejercer las profesiones relacionadas a la salud quienes posean el título correspondiente o la incorporación respectiva de la Universidad de San Carlos y sean colegiados activos. El Ministerio de Salud lleva el registro de profesionales.

VIII. MÉXICO

El personal de enfermería representa más del 50% del total de personal de salud. Hasta abril del año 2010 se tenían registradas en el Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) un total de 201.801 enfermeras para brindar atención a más de cien (100) millones de mexicanos.

La Comisión Permanente de Enfermería (CPE) es el órgano rector en enfermería, quien desde su posición formal en la Secretaría de Salud define los lineamientos que regulan a la profesión. Es la instancia que representa a la enfermería a nivel nacional e internacional y

hace efectiva la coordinación interinstitucional y el trabajo integrado y vinculado a los propósitos educativos y asistenciales. La CPE logra el consenso necesario para la definición de directrices que inciden en la excelencia de los servicios y el fortalecimiento profesional. Su misión es ser un grupo académico asesor a nivel nacional que apoya a las instituciones del sector salud y al papel normativo de la Secretaría de Salud en lo que a enfermería se refiere. Coordina los trabajos que son de la competencia de las diferentes instancias que tienen la atribución de regular la profesión con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de los servicios y favorecer el desarrollo de la profesión.

Las disposiciones legales mexicanas respecto al ejercicio de la enfermería se encuentran en gran medida en las normas generales que regulan el ejercicio de todas las profesiones reguladas.

IX. PERÚ

La fuerza de trabajo de enfermería en el país está constituida por tres niveles de personal: la licenciada, la técnica y la auxiliar de enfermería. La licenciada en enfermería se forma en cinco años, la técnica en enfermería se forma en tres años en los Institutos superiores tecnológicos, y la auxiliar de enfermería en seis meses en los Centros de educación técnico productiva. El personal ejerce en todos los niveles del sistema de servicios de salud, apreciándose mayor concentración de las enfermeras en la capital y en las grandes ciudades. La dotación de personal especialmente profesional es insuficiente y las condiciones laborales insatisfactorias.

El ejercicio de la profesión de enfermería incluye todas aquellas áreas previstas en la Ley número 27.669 del trabajo de la enfermera(o). Ellas son las áreas docente, asistencial, administrativa y de investigación, desarrolladas en el ámbito público y privado. Para poder ejercer legalmente la profesión se requiere contar con el registro correspondiente en el CEP y tener la condición de hábil.

Para ejercer la profesión de enfermería es obligatorio colegiarse. Los profesionales de enfermería al incorporarse al Colegio juran cumplir y observar las normas éticas y morales que regulan el ejercicio profesional contenidas en el Código de Ética y deontología el cual obliga a todas las enfermeras peruanas colegiadas al cumplimiento de las disposiciones contenidas en el mismo, sea cual fuere la modalidad de su ejercicio profesional y a las enfermeras extranjeras que por convenios o

tratados internacionales ejerzan ocasionalmente en el país.

X. VENEZUELA

El proceso de regulación de la profesión de enfermería en Venezuela ha ocupado el interés y el trabajo persistente de varias generaciones de enfermeras y enfermeros, de servicio, docencia y organizaciones profesionales quienes promovieron la aprobación de la Ley del ejercicio profesional de la enfermería (*Gaceta Oficial* número 38.263) el 1° de septiembre de 2005 por la Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela.

Con el concurso de los Ministerios de Sanidad y Educación y el apoyo del Colegio de Profesionales de Enfermería de Venezuela y de la Asociación Venezolana de Educación en Enfermería (ASOVESE), en 1989 se creó la Comisión Técnica Interinstitucional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Enfermería en Venezuela (Resolución número 531 del 2 de junio de 1989), cuyos esfuerzos y acciones conjuntas lograron la profesionalización de más del 95% del personal de enfermería, el fortalecimiento de los posgrados y la investigación. La comisión cesó en sus funciones en la segunda mitad de la década de los años 90.

La Federación de Colegios de Profesionales de la Enfermería elaboró y aprobó en 1990 el denominado Código deontológico de enfermería. Dicha norma contiene un catálogo de derechos y obligaciones e incluye otras cuestiones como las relativas al secreto profesional, los documentos de la enfermería, otorgamiento de certificados, honorarios profesionales, docencia en enfermería y deberes gremiales entre otras cuestiones.

III. PROPOSICIÓN

En virtud de lo anterior, solicito a la Secretaría General del Senado dar inicio al trámite legislativo respectivo del presente proyecto de ley: *“Por el cual se regulan las condiciones que garanticen un cuidado integral desde la profesión de enfermería y la plena implementación de la Ley 266 de 1996”*.

Cordialmente,

Cordialmente,

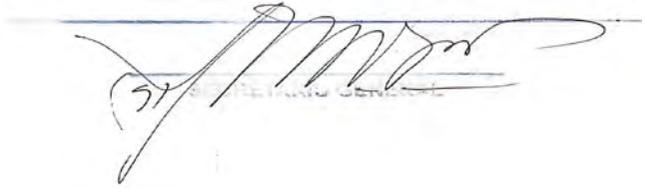


JUAN LUIS CASTRO CÓRDOBA
Senador de la República

SENADO DE LA REPÚBLICA

Secretaría General (Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)

El día _____ del mes _____ del año _____
se radicó en este despacho el proyecto de ley
Nº. _____ Acto Legislativo Nº. _____, con todos y
cada uno de los requisitos constitucionales y legales
por _____



SENADO DE LA REPÚBLICA

SECRETARÍA GENERAL

Tramitación Leyes

Bogotá, D. C., 20 de noviembre de 2019

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de ley número 258 de 2019 Senado, *“por el cual se regulan las condiciones que garanticen un cuidado integral desde la profesión de enfermería y la plena implementación de la Ley 266 de 1996”*, me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por el honorable Senador Juan Luis Castro Córdoba. La materia de que trata el mencionado Proyecto de ley es competencia de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

El Secretario General,

Gregorio Eljach Pacheco.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., 20 de noviembre de 2018

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado proyecto de ley a la Comisión Séptima Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la *Gaceta del Congreso*.

Cúmplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Lidio Arturo García Turbay.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Gregorio Eljach Pacheco.