

RESPONSABILIDAD SOCIAL Y ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL LOGRO DEL DERECHO A LA SALUD

SOCIAL RESPONSIBILITY AND ROLE OF NURSING IN ACHIEVING THE RIGHT TO HEALTH



*Olga Stella Díaz Usme**

Resumen

El balance negativo que arroja la comparación entre el vertiginoso desarrollo del conocimiento y la tecnología y la persistencia e incremento de las condiciones de inequidad y vulnerabilidad, evidencia la necesidad de cuestionarnos acerca del compromiso que subyace a nuestro quehacer, máxime si el objetivo de éste se orienta a propender por el logro de condiciones que permitan el desarrollo de las potencialidades, capacidades y posibilidades de bienestar en los individuos y la comunidad. Interrogantes que a la luz del enfoque bio-psicosocial, cultural y espiritual, que sirve de norte a la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque, se tornan en compromiso de acción cotidiana y generan reflexiones que más que pretender respuestas, inquietan sobre la urgencia de construir caminos que viabilicen el logro del derecho a la salud, consoliden nuestra labor como garantes del mismo y sean consecuentes con la responsabilidad social que como enfermeros (as) y educadores nos compete.

Palabras Clave: Responsabilidad Social. Derecho a la Salud. Enfermería.

Abstract

The negative balance that throws the comparison between the vertiginous development of knowledge and technology, and the persistence and increase of the conditions of inequity and vulnerability, demonstrates the necessity to question ourselves for the commitment that underlies our undertaking, especially if the objective is oriented by the profit of a health state that allows the development of the potentialities and capacities of the present in the individuals and the community.

Questions that in the light of bio-psycho-social, cultural and spiritual approach, that serves as north light to the Faculty of Nursing of Universidad El Bosque, becomes a daily commitment of action and generates reflections more than to try to answer trouble on the necessity on ways that make viable profit of the right to health, to construct and to

Recibido: 28 de mayo de 2008

Aceptado: 25 de marzo de 2009

consolidate ways; in this sense of commitment derived from the social responsibility as nurses and as educators is concern of ours.

* Magíster en Educación, Pontificia Universidad Javeriana. Enfermera, Pontificia Universidad Javeriana. Psicóloga, Universidad Santo Tomás. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque. E-mail: olgadiazusme@gmail.com

Key words: Social Responsibility. Right to Health. Nursing

El año que acaba de terminar sirvió de marco a la conmemoración del 60° aniversario de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1), proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. Documento producto de una larga toma de conciencia y reflexión frente a las circunstancias que históricamente han puesto en entredicho la posibilidad de una vida digna para todos y todas y que en la actualidad se constituye en referente ético de principios universales y sirve como máxima en constituciones, leyes, pactos y acuerdos a nivel mundial.

En su primer párrafo anuncia: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. Sin embargo, los ideales de libertad, igualdad, dignidad y fraternidad proclamados a través de sus treinta artículos, se tornan en utopía frente a condiciones de vida de países como el nuestro, en el que, como lo señalan Núñez y Espinosa (2), aproximadamente un 30% de la población se encuentra en situación de pobreza permanente; otro 30% es pobre de manera transitoria o fluctuante y existe una alta vulnerabilidad a que hogares que en la actualidad son no-pobres caigan en pobreza en el futuro, o no encuentren las condiciones de superarla. Esta situación, junto a fenómenos como el desempleo, la informalidad, la violencia en sus múltiples manifestaciones, el incremento de enfermedades infecciosas y transmisibles, dentro de las que se destacan la Tuberculosis y el VIH y el desplazamiento forzado —que según Forero, E (3) supera los dos millones de personas—, además de las precarias condiciones de seguridad alimentaria y saneamiento ambiental predominantemente en zonas rurales y en la periferia urbana y una historia permanente de conflicto interno que interfiere con el ejercicio activo de los derechos, afectan el bienestar de cada miembro de la sociedad y la posibilidad de alcanzarlo, y nos ponen de cara ante una realidad que más que retórica requiere de acciones conjuntas, comprometidas y permanentes, en las que se articulen esfuerzos y se potencialicen recursos en pro de los ideales que desde ella se proclaman y de la sostenibilidad de la humanidad y el planeta.

Ante esta realidad vale la pena recordar la afirmación realizada por Martin Luther King premio Nobel de Paz en 1964: “Hemos aprendido a volar como los pájaros y a nadar como los peces, pero no hemos aprendido el sencillo arte de vivir juntos como hermanos” e interrogarnos acerca de ¿Cuál es el compromiso que asumimos desde el quehacer cotidiano en la búsqueda y concreción de estrategias que fomenten el bienestar de la comunidad y apunten al logro y garantía de sus derechos? ¿Estamos dispuestos a hacer de los derechos humanos algo más que un discurso que se renueva en conmemoraciones patrias, se trae a colación frente a hechos que laceran la humanidad, se incorpora a documentos y se relega a prácticas eventuales de filantropía? ¿Velamos como profesionales y educadores, en nuestro caso de enfermería, por el derecho a la vida y a salud en una sociedad en la que estas se encuentran en entredicho? ¿En nuestra calidad de gestores de comunidad formamos en el reconocimiento de los derechos? ¿En el acto cotidiano de brindar cuidado reconocemos y hacemos efectivos los derechos del paciente, hacemos del cuidado humanizado algo más que un slogan de calidad y una intención de buena fe? En este sentido la reflexión que se

presenta, desde la enfermería, enmarcado en los referentes que ofrece el modelo bio-psicosocial, espiritual y cultural, y permeado por el ejercicio docente, esboza una perspectiva del ejercicio de la profesión ligada a la garantía del derecho a la salud, al respeto a la vida y a la responsabilidad que cada uno de nosotros desde el desempeño como administrativo, docente y estudiante, está llamado a asumir como sujeto ético y social.

El Estado Colombiano, en su carácter de Estado Social de Derecho, reafirma a partir de la promulgación de la Constitución de 1991 Política de Colombia¹, los principios que propenden por la igualdad y el respeto. En el capítulo 2 del título II hace referencia explícita al derecho a la salud² y se compromete a velar por su cumplimiento y garantía en condiciones de equidad, así como también por la universalización de los derechos humanos fundamentales y de los llamados Derechos Económicos, Sociales y Culturales, DESC, o ‘Derechos humanos de segunda generación’, dentro de estos el Derecho a la Salud, el cual es considerado derecho fundamental sólo en circunstancias que ponen en peligro o en entredicho la vida y que para su reconocimiento, como tal, en la mayoría de los casos, requiere de la interposición de acciones de tutela o intermediación jurídica.

Se hace evidente, entonces, que el debate acerca del derecho a la salud, en nuestro país, se encuentra matizado por una serie de condiciones sociales, económicas, culturales, que requieren, en su resolución, fundamentalmente de voluntad política, formación ciudadana y compromiso de las diferentes administraciones, factores en los que como nación somos endebles. Entonces, a pesar de estar consagrado en múltiples tratados y acuerdos y refrendarse en una amplia legislación y normatividad internacional y nacional, éste se encuentra lejos de hacerse una realidad para ciudadano común. Así, dentro del régimen contributivo, subsidiado o como vinculado ve diluirse este derecho entre colas, autorizaciones, recibos y transcripciones: “pase la semana entrante”, “toca esperar que se reúna el comité científico”, “después de que la transcriban, tiene que llevarla para autorización y luego pedir la cita...”; contribuyendo a que éste se conciba como un híbrido servicio-derecho-favor, que pone en duda su exigibilidad, sujeta en la mayoría de los casos, como se menciona anteriormente, a acciones de tutela, que reconocen su amparo en virtud de su vínculo con el derecho a la vida y a la dignidad e integridad personal. Este mecanismo se ha convertido, en lo que respecta al derecho a la salud, como lo menciona Vélez A (4), en un instrumento con una doble finalidad: de una parte se constituye actualmente en la más efectiva herramienta de protección de derechos fundamentales y de otra, en proceso alterno para acceder a servicios de atención médica y medicamentos.

¹ Artículo 13: Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan

² Artículo 49: La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

A partir de lo mencionado, es evidente que en la concreción del derecho a la salud deben aunarse esfuerzos desde múltiples sectores de la sociedad: diseño e implementación de políticas que incorporen indicadores tanto de cobertura como de calidad y acceso, capacidad de evaluación, mejoramiento y continuidad en las estrategias implementadas, seguimiento a los encargados de la prestación del servicio, veedurías y control ciudadano, aseguramiento de la humanización del servicio, educación a usuarios en derechos y deberes en salud, acceso a información veraz y oportuna. Estas son, entre otras, formas de propender por la garantía del mismo. Acciones en las que enfermería desde una orientación y compromiso multidisciplinar, una clara consciencia social y procesos de formación del recurso humano en estos aspectos, tiene mucho que aportar.

Al analizar la situación de acceso al sistema de salud actual, se observa que si bien es cierto que se han logrado avances en cobertura, aún estamos lejos de alcanzar la meta de universalización propuesta. Se resalta el caso calculado, por el Fondo de Seguridad y Garantía FOSYGA (2008) en 2 millones de personas, con edades entre 19 y 24 años, soltero, sin ocupación o informales, que no cursan estudios regulares, no son discapacitados y no pertenecen a los estratos 1 y 2, que no tienen cubrimiento como beneficiarios en el régimen contributivo ni aplican como afiliados en el régimen subsidiado, ni son asimilados al sistema como vinculados. Se trata de un grupo altamente vulnerable si se tienen en cuenta las estadísticas por muerte violenta, el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente entre los hombres, la alta prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual, (ITS), la vulnerabilidad y padecimiento de enfermedades mentales entre ellas la depresión y los elevados índices de suicidio en este grupo poblacional, entre otras. En este sentido, es posible afirmar no sólo que las políticas y estrategias implementadas no han sido del todo efectivas, sino que, además, la brecha en la concreción de este derecho, antes que estrecharse se ha hecho más profunda. Es necesario interrogarse acerca del rol como garantes, de los profesionales de la salud al gestar iniciativas que velen por el reconocimiento de estos derechos en la población en general y especialmente en comunidades vulnerables y de riesgo.

A esta altura de la reflexión, es pertinente aportar elementos que clarifiquen las dimensiones constitucionales de este derecho y partir de la descripción que realiza Uprimny Y, R. (5) de las mismas, motivar al lector a vislumbrar acciones concretas que incidan positivamente en su garantía. El autor señala en primer lugar la dimensión asociada a la protección del cuerpo y la salud frente a factores externos que atenten contra la integridad física o psíquica. Esta situación que observamos día a día y en la que nos cabe la responsabilidad asociada a educar, brindar cuidado, orientación, señalar rutas de atención, canalizar acciones de protección frente a las víctimas del maltrato, la violencia y el desplazamiento; así como también visibilizar y sensibilizar a la comunidad en general acerca de las diferentes formas de maltrato y sus consecuencias, implementar estrategias de intervención a nivel individual y colectivo frente a una realidad que refleja, entre otras, un cúmulo de insatisfacción y conflicto social que se expresa mediante la intolerancia y que avanza consolidando la cultura de la violencia generalizada.

Un segundo componente, referido por el autor, hace alusión a los problemas de salud colectiva: recolección de basuras, tratamiento de aguas residuales, contaminación, riesgos

ambientales, programas de inmunización, zoonosis, campañas de detección y diagnóstico temprano, prevención y rehabilitación frente al consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, entre otras, actividades en las que la intervención de enfermería a nivel comunitario y de atención primaria tiene mucho que aportar y sobre las que el proceso de formación del profesional debe estar especialmente atento ya que incentiva no solo la sensibilidad social del educando, sino también su capacidad para diseñar y participar activamente en el desarrollo de iniciativas interdisciplinarias que conjuguen diversidad de saberes en pro de un objetivo común. Este aspecto se relaciona, como lo señala Tafur, Luís A (6) , con el derecho de la comunidad a participar en la formulación, gestión y control de las políticas de salud, consagrado en el artículo 153, numeral 7 de la ley 100 de 1993³ al hacer mención a los fundamentos del servicio público de salud y frente al que la acción fundamental de enfermería consiste en incentivar y consolidar la participación como factor que vela por la calidad del servicio y se constituye en ejercicio de ciudadanía activa y responsabilidad social.

Refiere Uprimny, ibidem., como un tercer aspecto, el reconocimiento de la autonomía y la capacidad de decisión individual, como dimensión asociada al derecho del paciente a ser reconocido como interlocutor válido en la planeación del cuidado de su salud, aspecto que se vincula , entre otras, a la obligatoriedad del consentimiento informado, la necesidad de garantizar la veracidad y suficiencia en la información que lo soporta y al reconocimiento de la responsabilidad del personal de salud de informar y educar al paciente y sus cuidadores acerca de los procedimientos e intervenciones a realizar así como de sus posibles efectos adversos. Informar, formar y educar son pilares en la garantía al derecho a la salud, acciones consagradas a enfermería que implican, además de compromiso, la posibilidad de cambio en los paradigmas culturales frente a la salud: estamos llamados a generar y consolidar espacios de educación en salud que posibiliten esta dimensión. En este sentido, Plata (7) al hacer alusión al énfasis en el área Comunitaria, ofrecido por la Facultad de Enfermería, de la Universidad El Bosque, señala que el proceso de formación se propone generar en los egresados capacidades para “trabajar con la comunidad dentro del rol activo de la enfermería que permita propiciar el crecimiento de la comunidad, para que ésta se convierta en verdadero promotor de cambio y no se vea como agente externo del mismo” (Pág. 14).

Uprimny, op cit., hace un llamado referido a la necesidad de identificar y valorar diferentes perspectivas sociales y culturales frente a la salud, aspecto que en enfermería se equipara al reconocimiento y respeto por los determinantes culturales, sociales y espirituales que intervienen en el cuidado de enfermería, dimensiones que sobresalen, en el marco del modelo que orienta nuestra facultad. Finalmente hace alusión al acceso a los servicios sanitarios, medicamentos y tratamiento médico, como dimensión de este derecho. De esta manera se evidencia que el derecho a la salud va más allá de este último significado, pues engloba aspectos estructurales y posibilita múltiples formas de acción para su garantía.

³ Ley 100. artículo 153, Numeral 7: Participación social. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.

Al respecto, en el marco de los Objetivos de Desarrollo para el Milenio planteados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se señala que estos derechos deben integrarse en las políticas, planes y programas de salud de los países de la región, para que, en convergencia con las medidas aplicadas en otros sectores, hagan posible el cumplimiento de los compromisos trazados para el 2015. Por su parte el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ha hecho un llamado a que en todos los niveles de formación los planes de estudios de enfermería contemplen aspectos relacionados con la garantía y el respeto de los derechos humanos y señala que la información disponible parece indicar que los programas que incluyen estos aspectos son escasos, a pesar de que tratados y declaraciones abogan por la educación del personal sanitario en materia de derechos humanos. Aún estamos en miras de responder cabalmente este imperativo, que se constituye en estrategia fundamental para la consolidación de comunidades saludables. Se evidencia una vez más que el compromiso de las instituciones de educación superior al respecto no solo radica en la transmisión de conocimientos e información acerca de la ética y la deontología sino en la formación de competencias que posibiliten a sus egresados actuar desde la responsabilidad, la reflexión, el respeto a los derechos y el compromiso social. Castrillon A, (8) afirma que el compromiso ético de los formadores de personal de salud es inmenso, ya que es sobre ellos que recae la responsabilidad de traducir planes y políticas en acciones colectivas y prácticas sociales, en defensa de la salud de la población, y en la búsqueda de un pacto social para la construcción de condiciones de bienestar y vida digna para todos. Al respecto, se identifica el esfuerzo realizado por esta facultad, al incorporar en el componente teórico la normatividad vigente en salud, aspecto que además espera ser fortalecido mediante acciones de formación continua.

Al respecto, Amnistía Internacional, en el documento “El Cuidado de los Derechos Humanos Oportunidades y Desafíos para el personal de Enfermería y Partería” (9), hace un llamado a la enfermería para que desempeñe un papel enérgico en la protección de los derechos de los pacientes. Esta organización considera que el personal de enfermería y partería puede contribuir en gran medida a la protección y promoción de los derechos humanos ejerciendo su profesión de forma ética, negándose a participar en abusos contra los derechos humanos y denunciando aquellos que no han sido controlados. Ahora bien, ya que ellos representan el vínculo entre el sistema de salud y la comunidad, recomienda que las asociaciones de enfermería y las enfermeras a título individual aumenten sus esfuerzos para proteger y promover los derechos humanos y fortalezcan la profesionalidad y la ética profesional. Es importante resaltar el amplio recorrido y oferta de programas de educación de la Universidad El Bosque en Bioética, el Seminario en Bioética, Ciencia y Tecnología para el que se programa su XIV versión, así como también el Doctorado en Bioética, reconocido internacionalmente como impronta y fortaleza en la formación de nuestros estudiantes. Se hace eco, de esta manera al llamado hecho por la UNESCO en 1987, el que se insta a la promoción de la educación en derechos humanos de los profesionales, especialmente aquellos a los que concierne la garantía de estos, como abogados, médicos, enfermeros, psicólogos odontólogos, periodistas y militares entre otros.

Es necesario reconocer, sin embargo, que los profesionales se ven sujetos a una serie de determinantes externos que limitan su capacidad de decisión y autonomía, restringen su desempeño al desarrollo de destrezas técnico-operativas del cuidado de enfermería y a

labores de tipo administrativo que en ocasiones hacen peligrar el sentido de nuestra labor, privilegiando competencias que si bien es cierto que capacitan al profesional para dar respuesta desde el conocimiento y la reflexión a situaciones de salud de los individuos y de la comunidad, no favorecen la participación en el diseño de políticas y programas, ni incentivan explícitamente prácticas asociadas a la garantía al derecho a la salud, aspectos frente a los que las agremiaciones de profesionales deben estar atentos al plantear directrices y regulaciones.

En este sentido el informe final del Proyecto Tuning (10) para América Latina, señala que los puntajes asignados por profesionales y académicos a competencias “que se refieren a la participación en el desarrollo de políticas de salud, en organismos colegiados, a la gestión de nuevos servicios y al uso de las tecnologías de información y comunicación” son bajos con relación a los otorgados a competencias asociadas al hacer, a pesar de que las primeras se consideran imprescindibles en para el desempeño en el ámbito internacional. De otra parte, las competencias asociadas a la garantía de los derechos se asocian al rol administrativo antes que al asistencial. La magnitud y relevancia del estudio invita a preguntarse acerca del compromiso como profesionales a nivel gremial e individual, de las instituciones de educación superior, de los proyectos curriculares que enmarcan los programas y de la labor docente, a quienes se hace un llamado a la reflexión, pues es innegable su función como guía, formador y modelo aún en el tiempos de la cibercultura.

Al establecer los estándares de calidad en programas académicos de pregrado en Ciencias de la Salud mediante Decreto 917 de 2001, el Ministerio de Educación señala como competencias a alcanzar durante el proceso de formación: “promoción de procesos educativos tendientes a mejorar las condiciones de vida y salud; promoción del auto cuidado en diferentes contextos sociales y en beneficio del individuo, la familia y la comunidad; cuidado integral de la salud; promoción de prácticas de vida saludables; investigación para el desarrollo y mejoramiento del campo de la enfermería; solución de problemas de la salud y la búsqueda de nuevos modelos de cuidado y atención; gerencia de servicios y proyectos de salud y los demás propios de la enfermería” y señala en el artículo 7 al hacer referencia a la proyección social, que los programas “deben contemplar estrategias que contribuyan a la formación y desarrollo en el estudiante de un compromiso social responsable. Para ello, debe hacer explícitos los proyectos y mecanismos que favorecen la interacción con las realidades en las cuales está inmerso”. Al respecto Plata, op cit., señala que las prácticas que realiza el estudiante durante su proceso de formación, en la Facultad de Enfermería de la Universidad el Bosque constituyen una oportunidad privilegiada para que se dé la articulación entre la academia y la realidad social. “Es así como se enfocan los esfuerzos para que los estudiantes conozcan la realidad que viven las comunidades en el sitio donde conviven y a la vez generen acciones para favorecer un ambiente propicio en el mejoramiento de la calidad de vida de estos grupos sociales” (Pág. 14).

De manera complementaria la Ley 266 de 1996 que reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia, en el artículo 17, señala la participación en el diseño e implementación de políticas de salud dirigidas a la población vulnerable, como competencia específica de esta profesión. De otra parte el artículo 23 señala que “El profesional de enfermería cumplirá las responsabilidades deontológicas profesionales inherentes al cargo que desempeñe en las

instituciones prestadoras de salud donde preste sus servicios, siempre y cuando éstas no impongan en sus estatutos obligaciones que violen cualquiera de las disposiciones deontológicas consagradas en la presente Ley”. En este sentido, antepone el compromiso ético el cuidado a cualquier otro derivado de la relación contractual, planteamiento que se complementa con lo enunciado en el Artículo 29.

No sobra resaltar que en el Artículo 26 señala: “El profesional de Enfermería participará con los demás profesionales de la salud en la creación de espacios para la reflexión ética sobre las situaciones cotidianas de la práctica y los problemas que inciden en las relaciones, en el ejercicio profesional en las instituciones de salud, de educación y en las organizaciones empresariales y gremiales”. Es así como en el marco del XV Congreso Nacional del Enfermería, organizado por la ANEC en el 2002, se hace un llamado a los profesionales de Enfermería a asumir su responsabilidad frente a la comunidad, orientando su labor al servicio de una fuerza social movilizadora, que permita visibilizar a la enfermería en todos los ámbitos del ejercicio profesional en procura del bienestar y la calidad de vida de la comunidad.

Así, se hace explícito que la formación del profesional de salud, en este caso de enfermería, debe proveer elementos a nivel del conocer, ser, saber hacer en contexto y convivir con el otro, que superen el requerimiento “científico–racional–positivista–técnico–operativo” y aporten a la formación de sujetos sociales que contribuyan al fortalecimiento de un proyecto social que promueva la garantía del derecho a la salud; profesionales de quienes se espera se consoliden en actores públicos, en ciudadanos y ciudadanas comprometidos desde su quehacer profesional, lo cual, como menciona Castrillon, op cit., implica garantías de seguridad social, contempla justicia, solidaridad e igualdad de oportunidades en los accesos al trabajo, al alimento nutritivo, a la vivienda digna, la educación integral y a servicios de salud promocionales y preventivos. Es claro que este objetivo más que asociado a la formación en destrezas técnicas y operativas hace referencia a la necesidad de generar capacidades para, como lo señala Carvallo (11), contribuir en la construcción de un sistema integral de seguridad social para toda la población, para que el país logre convertirse en la nación desarrollada, democrática, libre y soberana con la que todos soñamos; es decir, insta a la formación de profesionales socialmente responsables y comprometidos en su labor cotidiana independientemente del área o nivel de desempeño con el logro de la impostergable equidad en materia de salud.

A manera de síntesis final retomo, lo señalado por Casas M. E, (12) en la semblanza que hace del Doctor Héctor Abad Gómez, gestor del Año Social para los profesionales en salud, como estrategia para confrontar la formación teórica con la realidad cotidiana y hacer del derecho a la salud una realidad en poblaciones vulnerables, quien afirmaba “lo público pertenece al mundo de la política, la salud pública es política y los trabajadores de la salud deben asumir posturas ideológicas para que orienten su quehacer contra la injusticia y la desigualdad social y se constituyan en defensores de los derechos humanos dentro de ellos el derecho a la salud en el contexto o de la ética social”. Nuestro país se ha caracterizado por inequidad en lo social, la falta de garantías sobre el derecho a la salud, declive de los valores de solidaridad, equidad, justicia y universalidad como principios ante las exigencias del mercado y la rentabilidad se hace necesario abogar por la construcción de políticas públicas que rescaten el derecho a la salud y a una formación profesional de alto nivel, que

permita a la enfermería seguir participando en las decisiones del sector salud; reto que cada uno de nosotros aborda cotidianamente, muchas veces de manera no deliberada, por lo cual la invitación que deja esta reflexión es a hacer de la defensa del derecho a la salud un componente fundamental de las acciones de cuidado de enfermería y la impronta central de nuestra labor docente. Para ello el material de la Defensoría del Pueblo, que se relaciona como bibliografía completaría gracias a su claridad y precisión es de gran utilidad y sirve como entrada a una temática en la que el conocimiento y la información documentada juegan un papel decisivo.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. Diciembre de 1948. Disponible en línea:
<http://www.un.org/es/documents/udhr/>
2. Núñez, J, Espinosa S. La Vulnerabilidad Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad (MERPD). Departamento Nacional de Planeación 2005. Consulta vía Internet:
http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/MP_En_Que_Vamos/Dets_pobreza_y_vulnerabilidad_DOC.pdf
3. Forero E. El desplazamiento Interno forzado en Colombia. Documento preparado para el Encuentro 'Conflict and Peace in Colombia: Consequences and perspectives for the Future', organizado en Washington (USA) por Kellogg Institute, Woodrow Wilson International Center for Scholars y Fundación Ideas para la Paz. Septiembre 2003. Consulta vía Internet en
http://www.ideaspaz.org/eventos/download/edgar_forero.pdf
4. Vélez, A, A, Realpe, D. C, Gonzaga – Valencia, J. et ál. Acción de Tutela, Acceso y Protección del Derecho a la Salud en Manizales, Colombia. Rev. Salud Pública. 2007 abr. /jun.; 9 (2). Citado 11 Julio 2008, p.297–307. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000200013&lng=es&nrm=iso
5. Uprimny Y, R. El derecho a la salud, en la jurisprudencia constitucional colombiana. En: La Salud Pública Hoy: Enfoques y Dilemas Contemporáneos en Salud Pública. Memorias Cátedra Manuel Ancizar I–2002. Universidad Nacional de Colombia.
6. Plata de Silva, R. Evolución Histórica de la Facultad de Enfermería Desarrollo y Proyección. En Revista Colombiana de Enfermería. Bogotá, Agosto de 2006; 1 (1).
7. Tafur. Luís A. Controversia a la reforma de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de enero de 2007. Revista Colombia Médica. 2007; 38 (2).
8. Castrillón A, María C. Formación de personal para la Equidad en Salud Pública. En: SITUA – Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana – UNSAAC. Consulta vía Internet en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/situa/2003_n21/pdf/formacion_personal.pdf
Octubre 14 de 2007

9. Amnistía Internacional. Informe Amnistía Internacional. El cuidado de los derechos humanos Oportunidades y desafíos para el personal de enfermería y partería. Amnistía Internacional (EDAI). 2006 Disponible en <http://www.amnesty.org/es/library/info/ACT75/003/2006>
10. Proyecto Tuning Informe Final: Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina 2004–2007. Universidad de Deusto – Universidad de Groningen.
11. Carvallo S Beatriz. 70 años en la defensa del derecho a la salud y del fortalecimiento, dignificación y autonomía de la Profesión [Editorial]. Revista Asociación Nacional de Enfermeras ANEC. 2006; p. 64
12. Casas, D. Maria E. Nota Editorial. Revista Asociación Nacional de Enfermeras ANEC. 2006; p. 64.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

1. Defensoría del Pueblo. Dirección Nacional de Atención y Trámite de Quejas. ‘¡Si hay Derecho!’. Cartilla el Derecho a la Salud. 2008. Bogotá. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/cartillasalud_febrero2008.pdf
2. Defensoría del Pueblo. DERECHOS DE LOS USUARIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: Todo lo que usted debe saber si va al servicio de urgencias. Responsable Equipo Investigativo del Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo. Mejía V. Darío., Gualteros, R, Martha., Orjuela G Alexandra., González L, Lida, Betancourt Jairo., Pardo Ariza H. 2006. Bogotá. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/der_servicio_urgencias.pdf
3. Defensoría del Pueblo. Todo lo que Usted debe saber sobre Acceso efectivo a los medicamentos por prescripción médica. Responsable Equipo Investigativo del Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo. Gualteros, R, Martha., Orjuela G Alexandra., González L, Lida, Betancourt Jairo., Pardo Ariza H. 2008. Bogotá. Disponible en: <http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/medicamentos.pdf>
4. Defensoría del Pueblo y Profamilia. Guía para la formación en Derechos Sexuales y Reproductivos Para población en situación de desplazamiento con énfasis en violencia intrafamiliar y violencia sexual. Bogotá; 2007. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/guia_formacion.pdf
5. Defensoría del Pueblo. EL DERECHO A LA SALUD en la constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales. Parra. V., Oscar. 2003. Bogotá. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/pdf/publicaciones/derecho_a_la_salud.pdf