



ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA, ANEC



Pronunciamento de las organizaciones de Enfermería sobre el borrador de Resolución para la implementación del Plan Nacional de Salud Rural.

Sin duda en las zonas rurales del país, es donde se presenta una mayor inequidad en la salud, así como en sus ejes transversales, que afectan la Salud de nuestros pobladores en estas regiones, muchas de ellas, muy alejadas de cualquier centro de atención o en condiciones de agua potable, medio ambiente e incluso sin un trabajo digno y acceso a ningún servicio básico.

Es una realidad que las condiciones de vida de las personas que habitan allí son complejas e inequitativas si se comparan con quienes habitamos los centros urbanos. Basta ver las diferencias marcadas. Los niveles de cobertura de acueducto y alcantarillado son la mitad o mucho menos de los que se tienen en las zonas urbanas y algo semejante ocurre con la educación media y el suministro de energía. La pobreza extrema es el doble de la cifra nacional.

Desde esta perspectiva, la implementación del Plan Nacional de Salud Rural, no subsana esta problemática, por el contrario la agudiza significativamente, por las siguientes razones:

1.- Implementa sin ningún estudio real de impacto poblacional, geográfico o epidemiológico, el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población, modelo que al igual que El modelo integral de atención en Salud – MIAS, destruye la red primaria en salud, que es la base para tener una Salud pública, que permita acercar al Estado a estas poblaciones, como una obligación fundamental, como lo establece efectivamente el Artículo 5 de la ley Estatutaria en Salud – ley 1751 de 2015.

Lo que pretende el Gobierno, es todo lo contrario, implementar un modelo de salud rural, que deje a la población sin un acceso real y sin centros de atención primarios, sin atacar los ejes transversales que son salud y que deben ser una obligación del Estado proveer a sus habitantes en todo el territorio Nacional.

2.- Con esta implementación de la Salud rural, la salud pública concebida como el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población rural por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual, se deja en manos de terceros y no de los entes Nacionales o territoriales, como es la obligación del Estado, como estado concebido en el fundamento del Estado Social de Derecho, porque no importa la cobertura en afiliación, sino se garantiza la oportunidad, la calidad, la transparencia y la universalidad en los servicios y así mismo subsanar los grandes problemas de agua potable, nutrición, vestuario, trabajo dignos, oportunidades en la Educación, acceso a la salud sin ninguna restricción o barrera.



ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA, ANEC



El plan Nacional que pretende implementar el Gobierno Nacional, bajo los acuerdos de paz, no es otra cosa que lo que está establecido en la ley 1122 de 2007, en sus artículo 32 y 33, dejando la salud pública en manos de terceros y su voracidad de mercado y ganancias y posteriormente en la ley 1438 de 2011, con sus resultados desastrosos en las zonas rurales del país.

3.- Claramente, lo que se pretende es privatizar la Salud Rural en Colombia, como lo establece el artículo 235 PND “ infraestructura pública administrada por terceros ”, es decir le quita la obligación que tiene el Estado, de prestar los servicios de Salud y sus ejes transversales, a través de sus entidades públicas, destruyendo y acabando los pocos centros de Salud, hospitales de 1 nivel, la construcción de acueductos, colegios, proveer mediante políticas públicas, acceso a la alimentación y la nutrición de las poblaciones vulnerables, proteger mediante acciones públicas el medio ambiente. Con lo que se pretende es dejar todo en manos de los privados y del mercado sujeto a las ganancias, cuando todos sabemos que por el tipo de población, en muchos casos dispersos, esto no son núcleos de rentabilidad financiera, sino de rentabilidad social.

Los experimentos que se han hecho con particulares, bajo el paraguas de la ley 1122 de 2007 y 1438 de 2011, han fracasado, llevando a la población rural y dispersa a una mayor agonía en los servicios de Salud y sus ejes transversos.

De manera que si se quiere implantar una política pública de salud rural, esta debe estar al 100 % en la conducción, ejecución, de la administración, y la armonización de la prestación de los servicios de salud, en manos y responsabilidades del Estado fortaleciendo el primer nivel de atención.

En el marco de la Salud pública, que tiene entre sus objetivos, fortalecer la capacidad institucional de planificación y gestión; desarrollar las características y condiciones del recurso humano en salud, y elaborar procesos permanentes de investigación dirigida a mejorar las condiciones de salud individuales y colectivas.

4. El proyecto debilita las plazas del servicio social obligatorio al implementar la tercerización en la prestación de la atención en salud.

Si no es así, será una reforma más de las muchas en un sistema que ya no soporta más remiendos, sino que debe ser estructural y dando alcance a la ley Estatutaria en salud- ley 1751 de 2015, con la derogación total de la ley 100 de 1993 y sus leyes reformativas.

Atentamente;

Gilma Rico González.
Presidenta Nacional
ANEC

Cecilia Vargas G.
Presidenta
OCE