http://2.bp.blogspot.com/-U07_0a-TqwE/UQb2hyM33dI/AAAAAAAABvo/sjxuMtMFAjI/s1600/ciencia_caridad.jpg

ORGANIZAR Y FORTALECER LA ORGANIZACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD PARA LA ACCIÓN Y MOVILIZACIÓN POR UN NUEVO MODELO DE SALUD

*Alfonso Franco**

Los más de catorce meses de la presencia del COVID -19 en nuestro país, con más de 4'471.622[1] colombianos (as) contagiados, generando la muerte de 111.731 hombres y mujeres, entre ellos, cerca de 350[2] trabajadores de la salud de todos los niveles de empleos: profesionales, técnicos, tecnólogos, y asistenciales asignados a las áreas médico-asistencial, administrativas y apoyo de la red de prestadores de servicios de salud públicos y privados, develaron la precariedad del modelo mercantilista de salud que en la década de los noventa los agentes del neoliberalismo le impusieron a los colombianos a través de la Ley 100 de 1993, durante sus 28 años de vigencia ha causado más víctimas que el conflicto social y armado en el país.

Los trabajadores de la salud sobrevivientes de los programas de ajuste institucional -*planes pilotos, programas de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestadores de servicios de salud,* restructuraciones, fusiones, y liquidación *de hospitales*-impulsados por los gobernantes de turno a partir de la promulgación de la Constitución de 1991para adecuar el sistema de salud a la lógica mercantilista del modelo neoliberal, que expulsó a más de 30 millares de trabajadores y trabajadoras de la salud a los cinturones de miseria de las grandes y pequeñas urbes; reemplazados por otros trabajadores, sin estabilidad, ni garantías laborales, salariales y prestacionales a través de las más variadas formas de tercerización y flexibilización laboral -***OPS, CPS, CTA- SAS, ETS***, ***contratos sindicales***, *entre*

• *Dirigente de la Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud y Seguridad Social Integral y Servicios Complememntarios de Colombia- ANTHOC y Líder social.*

1 *Reporte Instituto Nacional de Salud, julio 9 de 2021.*

2 *Base datos ANE- ANTHOC.*

La precarización laboral -el 80% de los trabajadores de la salud están tercerizados y solo el 20% de ellos, se hallan vinculados a las plantas de personal- limita las libertades y garantías sindicales, por ende, los derechos de asociación, negociación y contratación colectiva.

otros-, se aprestan a confrontar una nueva etapa de la privatización de la red pública hospitalaria tal como se avizoraba con el proyecto de Ley 010 de 2020 Senado y 245 de 2020 Cámara.

Igualmente, evidencio que la precarización laboral -*el 80% de los trabajadores de la salud están tercerizados y solo el 20% de ellos, se hallan vinculados a las plantas de personal*- limita las libertades y garantías sindicales, por ende, los derechos de asociación, negociación y contratación colectiva, ya que el grado de sindicalización en el sector es muy reducido. Según la Dirección de Talento Humano del Ministerio de Salud y Protección Social para el año 2018 el país contaba con **717.455**[3] trabajadores de la salud, de los cuales el 47% son profesionales y especialistas, en tanto, el 52% son Auxiliares, Técnicos y Tecnólogos, vinculados a hospitales o clínicas de naturaleza privada y pública, que constituyen el plato predilecto de los intermediarios laborales que se lucran con los principios cooperativos y sindicales. A su turno, el Ministerio del Trabajo, establece que para la misma época la ocupación relacionada con la actividad de salud correspondía a 453.465 en el sector privado, 44.447 en el sector público, 161.656 por cuenta propia, 10.898 son patrones o empleadores, 1.529 clasificados como otros, para un total **671.994**[4] personas ocupadas en actividades de salud. De los **46.567**[5] trabajadores del sector público vinculados a las plantas de personal de las Empresas Sociales del Estado, 15.042 se encuentran registrados en carrera administrativa y gozaba estabilidad laboral relativa, 2.662 son de libre nombramiento y remoción,

3 *Fuente: Dirección del Desarrollo Talento Humano Minsalud.*
4 *Fuente: GEIH - DANE. Cálculos SAMPL - DGPESF - Min Trabajo.*
5 *Fuente: información reportada por 928 empresas sociales del estado Minsalud.*

1.459 son de periodo fijo, 14.760 en provisionalidad, 5.031 vinculados a empleos temporales, 3.581 de Servicio Social Obligatorio y 3.993 en calidad de trabajadores oficiales.

Solo el 5% por ciento de los trabajadores sanitarios del país ejercitan de manera positiva el derecho de asociación afiliándose a los sindicatos, a su vez, éstos atomizados y fragmentados en sindicatos de rama de industria o actividad económica de carácter nacionales o regionales, gremiales y más de dos centenares de sindicatos de base, afiliados a las siete centrales obreras existentes en el país **-CUT, CGT, CTC, UTC, CTU-USCTRAB, CNT, CSPC-**, por lo que urge trabajar de manera táctica, pero persistente en la unidad de acción y orgánica de los trabajadores de la salud a través de un sindicato de rama de industria que aglutine al conjunto de los trabajadores, que les permita contar con la correlación de fuerzas necesarias para confrontar las lesivas políticas gubernamentales para mejorar sus condiciones laborales, salariales y prestacionales con plenos derechos de asociación.

No obstante, en las diferentes acciones de masas implementadas durante la pandemia, así como en el marco de los paros nacionales convocados por las Centrales Obreras y el Comando Nacional de Paro, el personal sanitario agrupados en los sindicatos existentes a través de las más variadas expresiones lograron alzar su voz de manera virtual y presencialmente a través de procesos de unidad de acción con sectores académicos, usuarios, pacientes y sindicatos, llamando la atención de la población de la fragilidad de las entidades hospitalarias, los grandes negocios de los grupos financieros y económicos que manejan el aseguramiento privado en salud por intermedio de las EPS, las precarias condiciones laborales, salariales y prestacionales del personal sanitario, logrando el respaldo de la población y

en particular de los jóvenes que resisten en las calles y puntos de resistencia las medidas gubernamentales para favorecer la voracidad y mezquindad de los partidos políticos de la coalición gobernante, empresarios, grupos económicos y financieros que representa el gobierno de **IVÁN DUQUE MÁRQUEZ**.

La movilización y la protesta social del último periodo reprimidas violentamente por el régimen *-fuerza pública y civiles armados-*, que logró el retiro de la reforma tributaria, la reforma a la salud, la salida de dos ministros, y debe ser el escenario propicio para alcanzar las transformaciones sociales, económicas y políticas que necesita el pueblo colombiano para alcanzar una paz estable y duradera, con plena paz y justicia social.

Desde el inicio de las masivas movilizaciones, el pasado 28 de abril, la respuesta gubernamental fue una fuerte represión policial que ha dejado lesionados, desaparecidos y asesinados, y el retraso para dar soluciones a la problemática que originó el estallido social. No negocia el Pliego Nacional, ni el Pliego de Emergencia y menos aún cumple los acuerdos alcanzados. Ni si quiera firmó un preacuerdo de garantías para la protesta que se había acordado el 24 de mayo. Como parte de la burla, los representantes del Gobierno en le mesa de diálogo aseguraban que lo exigido en el pliego de emergencia ya hacía parte del Plan Nacional de Desarrollo.

Vamos por un nuevo modelo de salud

Los sectores académicos, agremiaciones médicas, profesionales de las diferentes disciplinas de la salud, sindicatos, usuarios y organizaciones sociales discuten y construyeron una propuesta de Reforma Estructural al Sistema de salud, que empezaron a difundir a través del decálogo que contiene las bases de la reforma en desarrollo de la Ley Estatutaria de Salud 1751/2015, con el objetivo de generar un debate público.

1. Generalidades del Nuevo Sistema de Salud y Seguridad Social, **2. Gobierno del Nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud por parte del Estado; Rectoría del mismo por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (Artículo 20 LES, Política Pública de Salud)**, **3. Dignidad de los Médicos, Profesionales y Trabajadores de la Salud: Garantías Laborales Justas, Dignas y Estables (Artículo 18-LES), 4. La Política de Formación, Capacitación y Actualización del Recurso Humano en Salud**, **5. Financiación del Sistema de Salud**, **6. Red de Hospitales Públicos**, **7. Sistema Público de Información en Salud, 8. Política Farmacéutica e Innovaciones Tecnológicas en Salud (Artículo 23 LES)**, **9. Sistema Integrado de Inspección, Vigilancia**, **10. Derogatoria de toda normatividad contraria a la Ley Estatutaria de Salud.**

Posteriormente se presentará a la sociedad colombiana el primer borrador del articulado del proyecto de ley para que sea discutido ampliamente como un aporte a la construcción de una de las reformas más importantes que requiere Colombia en materia de derechos humanos, sociales, económicos y culturales, en el contexto de una transición política y democrática que reclama cambios profundos para garantizar los derechos fundamentales, encabezados por el derecho a la vida como valor supremo.

Garantías para la salud rural

Las comunidades rurales han carecido de servicios públicos, protección social y de salud suficientes para satisfacer sus necesidades. Los pocos que lograron conseguir fueron fruto de sus esfuerzos y luchas. En el caso de los servicios médicos, desde finales de los años noventa del siglo XX, los negociantes que se tomaron el Sistema General de Seguridad Social en Salud los cerraron y desmontaron, y se han negado a reabrirlos y a construir otros nuevos. Ello porque, según sus cálculos económicos, esos servicios son costosos y "financieramente insostenibles". Por eso someten a las comunidades a insufribles barreras para acceder a los cuidados que necesitan, y les impiden desarrollar iniciativas propias, tradicionales y ancestrales, de prevención y curación de sus enfermedades.

Es necesario un nuevo sistema público único de salud, con una visión intercultural y de buen vivir, para desarrollar acciones integrales que ayuden a cuidar la salud y la vida humana y no humana en los territorios. El sistema deberá ser de acceso universal, gratuito, equitativo, con un enfoque preventivo basado en la Atención Primaria Integral de Salud (APIS).

A pesar de que la Ley Estatutaria 1751 del 2015 declaró la salud un derecho humano fundamental, no tienen garantías de su goce efectivo. Tampoco las hay para implementar el Plan Nacional de Salud Rural acordado en el punto 1 del Acuerdo Final de Paz del 2016, que prometió entregar infraestructura, equipamiento, nuevas tecnologías y personal de salud, así como un nuevo modelo de atención integral con enfoque diferencial y de género. A pesar de que la salud forma parte integral de los planes de desarrollo con enfoque territorial (PDET) y de los planes de desarrollo sostenible y de vida de las comunidades, el Estado tampoco les provee los recursos para hacerlos realidad.

Por ello es necesario un nuevo sistema público único de salud, con una visión intercultural y de buen vivir, para desarrollar acciones integrales que ayuden a cuidar la salud y la vida humana y no humana en los territorios. El sistema deberá ser de acceso universal, gratuito, equitativo, con un enfoque preventivo basado en la Atención Primaria Integral de Salud (APIS). La APIS será organizada con equipos transdisciplinarios de salud y gestionada por territorios de salud siguiendo la lógica de territorialización por veredas, núcleos de veredas, zonas de reserva campesina, resguardos y territorios colectivos, entre otros. Reconocerá, incluirá e implementará los sistemas indígenas, campesinos y afros de salud propios e interculturales.

Para afectar los determinantes sociales de la salud, a las comunidades rurales se les garantizará cobertura pública universal de educación y pensión; programas de protección social a las familias, especialmente de los niños; inversión pública suficiente en programas de mejoramiento de vivienda, construcción de acueductos

comunitarios, saneamiento básico y acceso a alimentación adecuada. Así mismo, se les garantizarán los recursos, el apoyo técnico y la construcción de las capacidades necesarias para proteger y potabilizar el agua y armonizarse con la naturaleza; desarrollar dinámicas productivas agroecológicas para identificar, cultivar, acopiar, procesar y usar las plantas medicinales de que disponen; y favorecer la soberanía alimentaria recogiendo las enseñanzas de las “dietas de la resistencia” que construyeron las comunidades desde los cercos militares que les hicieron padecer y que los forzaron a identificar y aprovechar sus alimentos propios.

Finalmente, es preciso reseñar la importancia de la unidad de los trabajadores, los campesinos, indígenas, estudiantiles, plataformas y procesos, para confrontar las políticas gubernamentales y la lucha por plenos y efectivos derechos humanos, económicos, sociales, políticos y culturales para el conjunto de la población colombiana, por eso la protesta social no se detiene, por el contrario, se mantiene y se fortalece de manera persistente.

Referencias bibliográficas

ANE - ANTHOC. (2021). *Base datos ANE- ANTHOC.*

COVID-19 en Colombia. Reporte. (9 de Julio de 2021). Obtenido de Instituto Nacional de Salud: https://www.ins.gov.co/Noticias/paginas/coronavirus.aspx

Mercado laboral (empleo y desempleo) Históricos. (2021). Obtenido de DANE. Información para todos: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo/geih-historicos

Política Nacional de Talento Humano en Salud. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. (10 de Julio de 2018). Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf