



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Enfermería

Voces sobre >>>

El Cuidado

- ✕ Editorial
- ✕ Saberes ✓
- ✕ Reflexiones ✱
- ✕ Diálogos 👁️
- ✕ Controversias ✓
- ✕ Laboratorio de lenguas 🗣️
- ✕ Garabatos, letras y algo más
- ✕ Reseñas

“ISSN: 2745-2093 (En línea)”

Voces sobre 
El Cuidado


Editorial



CUADERNO VOCES SOBRE EL CUIDADO

- ✓ **Claudia Patricia Lopera Arrubla¹**
- ✓ **Yeraldin Zapata Zapata²**

La Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia en el marco de sus 70 años de vida institucional, y comprometida con la divulgación del saber y la apropiación social del conocimiento presenta el Cuaderno Voces Sobre el Cuidado, nuevo medio de difusión académico, propuesta que surge del trabajo de un grupo de docentes y estudiantes, bajo el liderazgo de la Jefe del Centro de Investigación.

El Cuaderno Voces Sobre el Cuidado es un proyecto académico que promueve espacios para la formación, el pensamiento crítico y, sobre todo, para la visibilización de productos de la investigación y del proceso enseñanza aprendizaje en los diferentes escenarios; expone saberes donde convergen distintos pensamientos que no siempre se publican en revistas de divulgación científica; su concepción editorial ofrece diversas posibilidades de presentar reflexiones, discusiones y propuestas relacionadas con la vida, la muerte, la salud, el bienestar y el cuidado, de acuerdo a las habilidades y fortalezas de cada autor, por lo que su construcción será una mezcla de trazos que den pie al diálogo y la interacción entre autores y lectores.

El objetivo de la publicación que hoy presentamos es difundir y visibilizar el conocimiento producto de las actividades académicas de estudiantes y profesores de pregrado y posgrado de nuestra Facultad, buscando el desarrollo progresivo de la capacidad de escritura y de lectura crítica como aporte al desarrollo de la enfermería como disciplina y como profesión; con el cual queremos incentivar la participación de quienes dan vida a los distintos estamentos de la unidad académica, pero en especial a estudiantes de pre y posgrado. Les invitamos a innovar, crear y creer en el potencial que tienen, unamos esas voces, contemos lo que hacemos y plasmemos lo que en el paso por la universidad hemos construido, en este, nuestro escenario del cuidado.

¹Decana Facultad de Enfermería

²Consejo Estudiantil Facultad de Enfermería

Voces sobre >>>
El Cuidado



Saberes

Artículos derivados de proyectos de investigación, artículos derivados de proyectos de gestión y artículos de revisión.

Proceso de adaptación laboral de migrantes profesionales de enfermería de Colombia a otros países

- ✓ Jennifer Mazo-Correa²
- ✓ Dayana Monsalve-Urán²
- ✓ Tatiana María Restrepo-Zapata²
- ✓ Kely Johana Saldarriaga-Moreno²
- ✓ Karen Daniela Villa-Pineda²

Resumen

Objetivo: Describir el proceso de adaptación laboral de los migrantes profesionales de Enfermería. **Metodología:** Investigación cualitativa realizada a través de entrevistas semiestructuradas, de manera personal y por medio electrónico. El muestreo utilizado fue a conveniencia, bajo la técnica de cadena o “bola de nieve”. **Resultados y discusión:** La migración de profesionales de enfermería ha estado influenciada por causas económicas, sociales, culturales y personales, a su vez conlleva atravesar procesos externos administrativos, académicos y políticos, como la homologación de títulos de pregrado y posgrado. Los profesionales de enfermería que migran, deben enfrentar o atravesar una “metamorfosis interna” una adaptación cultural –costumbres, idioma, cambios emocionales, afectivos- para cumplir su objetivo. **Conclusiones:** Los migrantes profesionales de enfermería se ven enfrentados a diversas situaciones que van desde la decisión de migrar hasta la adaptación en el país receptor, la homologación de títulos y sus requerimientos, inserción laboral, tramitar barreras -culturales, administrativas-, entre otras ; cada una, representa retos, en los cuales se adquieren aprendizajes significativos que contribuyen a su adaptación, alcance de metas y estabilidad ya sea económica, personal y social, entendiendo además que para todos son experiencias y vivencias completamente diferentes.

¹Ejercicio investigativo, producto del curso de pregrado seminario de investigación, tutoriado por la docente Berena Patricia Torres Marín.

²Estudiantes 6° semestre, Facultad de Enfermería-Universidad de Antioquia.

Introducción

La migración de profesionales de enfermería es un fenómeno relevante en el mundo y que ha aumentado en los últimos años por motivos económicos y sociales; “la mayoría de los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud comunican que hay escasez, mala distribución y mala utilización de las enfermeras” (CIE, 2005). Así, en los países con programas de formación en enfermería ha disminuido la presencia de estos profesionales, los cuales migran hacia países reconocidos como receptores, donde se observa un aumento de estos.

Esta situación se vio reflejada en la literatura hasta el 2014, pero a pesar de la falta de publicación, la migración por parte de enfermería sigue en avance, como aparece registrado en informes de prensa y comunicados de la OPS, además de la falta de apoyo para el reconocimiento y empoderamiento de la profesión, generando desventajas frente a otras profesiones y ubicándolos en un puesto de menor reconocimiento social para aquellos que se esfuerzan por ser verdaderos enfermeros y enfermeras.

Muchos profesionales optan por buscar mejores condiciones laborales y académicas fuera de su país nativo, por eso nos hacemos la siguiente pregunta: ¿Cómo es el proceso de adaptación laboral y cultural de los migrantes profesionales de Enfermería?

Respondiendo a la pregunta, se encontró que la migración de profesionales de enfermería ha estado influenciada por causas tanto económicas, sociales, culturales y personales, en las cuales se resalta la inconformidad del contexto laboral y cultural de su país de origen, la violencia, el deseo de superación y la adquisición de conocimiento y experiencias. Además, la adaptación laboral involucró atravesar por procesos externos administrativos, académicos y políticos,

buscando reconocimiento como profesionales en el exterior a la vez que lidiaban con el obstáculo de la discriminación.

Lo que se busca obtener mediante este proyecto, es información sobre el fenómeno de la migración de profesionales de enfermería, comprender las razones que genera la migración, dar a conocer la información en la academia, y a las agremiaciones, entes u organizaciones de la salud a nivel nacional e internacional que contribuyen a la implementación de medidas de mejoramiento y análisis de políticas públicas o leyes en temas de migración.

Metodología

Desde un enfoque cualitativo se han recogido relatos y vivencias que interpretan y describen fenómenos sociales que parten del conocimiento cotidiano. La investigación cualitativa “busca examinar la realidad tal como otros la experimentan, a partir de la interpretación de sus propios significados, sentimientos, creencias y valores” (Martínez, 2011, p 17).

Los participantes seleccionados para esta investigación fueron exclusivamente profesionales de enfermería, mayores de edad, que hablan español y que han migrado de su país de origen- Colombia-; además que se encuentren laborando en el país receptor como profesionales de enfermería y que lleven un (1) año o más trabajando de forma continua. El muestreo utilizado fue por conveniencia, contactados por docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia u otros; también se aplicó la técnica de “cadena o bola de nieve”.

La recolección de los datos se realizó a través de

entrevistas semiestructuradas, con preguntas abiertas, permitiendo que los entrevistados se expresaran de manera libre. Se realizó de forma personal con participantes residentes en Medellín, y por medio electrónico vía Skype, Hangouts y WhatsApp para aquellos que residen en el exterior, con previo contacto y consentimiento para grabación de la entrevista, con una duración de cuarenta y cinco (45) minutos.

Resultados y discusión

Perfil sociodemográfico

Los profesionales de enfermería que decidieron participar voluntariamente de esta investigación nacieron en Colombia y comenzaron su educación en el país, las edades oscilan entre 28 y 60 años de edad.

Se entrevistaron un total de catorce profesionales de enfermería, de los cuales trece egresaron de universidades públicas como La Universidad de Antioquia, Universidad Nacional, y uno de ellos egresó de la Universidad CES, luego de terminar su pregrado realizaron sus posgrados y maestrías en instituciones públicas y privadas.

Esto es importante ya que algunas formas culturales se forman en las universidades y con un círculo social con intereses compartidos.

Motivos de migración

La decisión de migrar que toman los profesionales de la salud, específicamente los enfermeros, si bien pueden tener sus raíces en situaciones personales, también obedece a fenómenos sociales, económicos o culturales que inciden directa o indirectamente en el motivo de migrar. Arango (2014) señala que el rápido incremento de la población migrante en España se produjo a causa del crecimiento de la economía entre 1995 y 2007, lo cual trajo consigo

beneficios en “los sectores más proclives al empleo de mano de obra inmigrante: construcción, servicio doméstico, cuidado de personas dependientes (p. 165).

En el contexto de los motivos personales se encontró que fueron ajenos al ámbito laboral; se basaron en decisiones personales o familiares, deseo de superación y querer nuevos desafíos no solo como ciudadanos, sino también como profesionales, aventurarse a un entorno diferente en busca de adquisición de nuevos conocimientos y experiencias, contando con la oportunidad de no tener impedimentos de tipo familiar, personal o social para migrar. Así lo expresaron algunos participantes:

“...yo también tenía esa visión desde antes, que me gustaba salir de Colombia, quería viajar, descubrir, siempre he sido como muy inquieto, entonces nada, con ese propósito lo hice...entonces quería cómo dar otro paso más y me vine para acá hace 5 años ya....”HJ12

“En todos esos viajes y eventos conocí a mi actual esposo, eso y es mi vida privada, él vivía allá y yo dije me voy...”MRE13

El contexto social, económico y cultural también influye en las causas del éxodo del país de origen. Infortunadamente Latinoamérica ha sufrido las consecuencias de la violencia, y Colombia no ha sido ajena a ella, ya que desde hace más de cincuenta años lleva consigo esa impronta negativa que ha desdibujado la historia del país; es así como estos hechos han originado el desplazamiento de millones de personas y la “huida” de profesionales de enfermería buscando “seguridad” en el exterior.

Dentro del ámbito social también se encuentra la situación laboral de los profesionales de enfermería relacionada con baja remuneración, condiciones de trabajo con jornadas superiores a las ocho (8) horas, horarios movibles que no

permiten estudiar o tener rutinas familiares, entre otros, como razón para buscar oportunidades en el extranjero.

Se evidenció que los profesionales de enfermería encontraron más afinidad con el ejercicio profesional en el país receptor; referente al cuidado directo de enfermería que muchas veces es delegado en países como Colombia, y con las condiciones que ofrecían de estabilidad, mejor salario y otras como comodidad y sentido de satisfacción personal.

“Entonces yo dije, eso allá está muy bueno... Yo vi en el Instituto de Neurología las dinámicas de las enfermeras que son muy empoderadas, o sea, me encantó...Lo que más me gustó fue el sistema de salud y la contratación de enfermería. Las enfermeras aquí son empoderadas, porque yo me daba cuenta que las enfermeras acá le hacíamos todo al paciente.” MPM10

En este mismo contexto, también se encontró que la búsqueda de posibilidades de acceder a la educación superior posgradual fue un móvil primario para la migración y posteriormente se dio la integración laboral, teniendo en cuenta que “hasta el 20% de quienes terminan los estudios en el extranjero no regresan a sus países de origen”. (Rama, 2014, p. 222).

“Hubo un momento donde fue difícil para todas, que estábamos como estancadas y yo quería como un poquito más con mi posgrado y eso, y mi jefe me dijo: vaya experimente en otro país y luego vuelva, acá están las puertas abiertas, y me fui y no volví.” MAC5

El trabajo de enfermería en el extranjero

Búsqueda

La búsqueda laboral en el exterior se ha

convertido en “una respuesta de los trabajadores de los países pobres ante sus problemas de empleo, buscando los países con mejores niveles de vida. Al ser los problemas de empleo universales la emigración no es una solución duradera” (Valle Baeza, 2014), sin embargo, los profesionales de enfermería colombianos a pesar de las adversidades de la alta migración han demostrado tener capacidades de adaptación en los países receptores.

Mediante los diversos relatos de búsqueda laboral los migrantes profesionales de enfermería entrevistados explican que, depende del país y de la época en que emigraron “*fue muy fácil para mí conseguir trabajo, en estos momentos no, en estos momentos ya está muy difícil por tanta migración.*” MMC7

Cuando se decide probar la suerte en un país diferente las dificultades de reconocimiento de las certificaciones afectan el tipo de empleo y los niveles de salario. “Los profesionales de perfil superior pueden acceder más fácil a las homologaciones, en cambio se imponen limitaciones para aquellos de menores certificaciones o experiencias no acceden a los mercados profesionales sino a una amplia variedad de trabajos asociados de inferior valoración”. (Rama, 2014, p. 223)

Esta es la situación que deben afrontar muchos enfermeros migrantes, dado que los países receptores se muestran evasivos a reconocer los estudios y desvalorizan los conocimientos y competencias.

“... Como sabían que yo tenía experiencia en urgencias me dieron esa oportunidad, cuando se dieron cuenta que yo si realmente sabía, porque ellos piensan que uno se saca el registro en un paquete de chitos [se refiere a una bolsa de golosinas]”. MLA14

Inserción laboral

Después de incansables procesos de homologación y búsqueda de una digna aceptación de los profesionales de enfermería que se aventuraron a migrar, ellos debieron enfrentar un proceso de adaptación laboral y cultural, dicha diligencia se hizo para algunos muy compleja ya que tuvieron que enfrentar situaciones inesperadas y discriminatorias en sus procesos, como fue el racismo y descalificación ya que uno de los participantes refiere “...A nosotros como que no nos creen realmente que tenemos un estudio y que nos hemos graduado de algo en otro país, o sea si hay un poquito de racismo, y cuando ellos se dieron cuenta que yo realmente si tenía experiencia y que yo si era enfermera entonces ...empezaron a confiar en mí” MLA14.

La discriminación en los lugares de destino dificulta el ejercicio profesional de los migrantes y los obliga a aceptar trabajos inferiores a su nivel educativo:

“Emigran como profesionales, pero su incorporación en los mercados laborales centrales tiende a ser en los niveles técnicos o en trabajos profesionales inferiores dentro de las empresas, muchas veces por la incapacidad de firmar y ejercer libremente en el marco de una amplia complejización y diferenciación de los mercados laborales de profesionales” (Pellegrino, 2005, p. 219)

Llegar como profesional a un lugar desconocido es un proceso agobiante si no se cuenta con las actitudes y aptitudes necesarias para afrontarlo, es el caso de quienes ingresan a un nuevo equipo de trabajo, en el que deben acondicionarse y “superar” las pruebas que les imponen por el hecho de ser nuevos o migrantes.

“La gente aquí como que te mide el aceite [te ponen a prueba] primero como a ver qué tal eres,

pero en general bien” MMC7.

“A veces a los colombianos no nos entienden, pero como somos conocidos por Pablo Escobar...” MGE4.

Enfermería en Colombia y los países receptores

Diversas asociaciones y organizaciones científicas o de carácter social y gremial han identificado algunas situaciones que dificultan el ejercicio profesional en Colombia, una de ellas es la “subutilización del recurso profesional de enfermería por la asignación progresiva de funciones de orden administrativo especialmente en las áreas asistenciales con la consecuente reducción del tiempo real para brindar cuidado directo de enfermería a los pacientes”. (Consejo Técnico Nacional de Enfermería, 2019, p.16). Dicha situación se ve reflejada en el siguiente relato en el que uno de los participantes ratifica lo anterior y lo compara con el ejercicio profesional en otros países.

“A nosotros nos educan más en la parte administrativa, en manejar todo eso, aquí no, aquí la enfermera tiene que estar más con el paciente, y aquí la enfermera es la que se encarga de inyectología, las auxiliares no hacen inyectología, las auxiliares no ponen sondas, no ponen vías, o sea, toda esa parte lo hacemos nosotros”. MGE6

Las diferencias no son de gran magnitud, sin embargo encontramos desigualdad en las tareas que son asignadas en Colombia, por ejemplo, pasar una sonda; “es un poquito diferente a la de Colombia, lo que tú puedes hacer como enfermera es muy restringido, por ejemplo una sonda vesical a hombre no todas las enfermeras la ponen que por el trauma uretral.” MLA14.

Una de las diferencias principales a nivel clínico se ubica en la jerarquía de los profesionales de enfermería, ya que en varios países cambia radicalmente tal y como lo demuestran el siguiente testimonio:

“Aquí la enfermería tiene varios niveles, aquí en nivel 1, aquí la enfermería como que va incrementando a medida de los años, usted es nivel 1 y va avanzando a medida que tiene más experiencia, hay nivel 1 año 1, nivel 1 año 2, 3, 4, 5, 6, creo que es hasta el año 9, entonces cada año va ganando más.”. MLA14

Condiciones laborales

Dentro del contexto que conlleva hablar de condiciones laborales para los profesionales de enfermería que migraron se logró destacar que en la mayoría de países la carga horaria por semana es inferior a la colombiana, esto teniendo en cuenta que la mayoría de participantes comenzaron su trabajo profesional en Colombia.

Los siguientes son algunos horarios que se manejan en diferentes países dentro y fuera de Latino América:

“Tengo un horario de 40 horas semanales, a veces me extendo más por el volumen de trabajo en el hospital...” MGE4.

“Las condiciones laborales son muy parecidas, pero con un poquito de diferencia, muy pequeña, mejor aquí, no es mucho, en cuanto por ejemplo las horas que se trabajan; yo trabajo 37,5 horas a la semana” HJI2.

Por otra parte, existen diferencias en cuanto a las vacaciones, turnos extras y las noches debido a que siempre se presenta un incremento en el pago, algunos países para mejorar el mencionado funcionamiento ponen en práctica la realización de “staffs” o “boleteo”, los cuales se reconocen por tener contratos cortos (por horas), lo cual le

permite a los profesionales de enfermería trabajar en diferentes instituciones de salud, y obtener más ingresos aparte de su trabajo “oficial”, por ejemplo:

“...Aparte de mi contrato yo puedo pertenecer a un ‘staff’, un ‘bank staff’, como un personal extra, y muchas veces cuando en las plantas hacen falta enfermeros, uno puede contratar un día o una noche por medio de ese extra y eso te lo pagan con un 30 o 40% más de lo que te pagan por un día normal, entonces una noche es mucho mejor, ese tipo de cosas se pueden hacer aquí” HJI2.

En cuanto a los horarios por día se presentaron muy pocas variaciones, en la mayoría de países se manejan las 8 horas como el básico, en uno de los países se presenta diferencias en el máximo de horas al día ya que “la enfermera no debería trabajar más de 10 horas al día... entonces ahí trabajaría 14 horas y media de largo, pues, de largo son 14 horas y media pero normalmente usted dice pues “ay, mierda”... pero normalmente se dice que no se debería de laborar sino 10 horas entonces uno no hace tantos largos en su institución porque no es legal, solamente si hay una licencia y eso es un motivo de fuerza mayor” MMC7.

Contratación y remuneración

Los trabajadores contribuyen al desarrollo económico y social a nivel mundial, por ende, el tipo de contratación es un aspecto que puede beneficiar o no el bienestar físico, social, mental y familiar, ya que puede brindar las garantías para mantener una calidad de vida.

No obstante, algunos profesionales de enfermería comienzan con contratos que no cumplen con ciertas expectativas para su estabilidad; “Cuando nosotros terminamos la carrera había contrataciones de una noche o

cubrir incapacidades; también estaban los centros de salud que eran de PYP (consulta externa), donde se trabajaba 8 horas, 12 horas... No había estabilidad laboral, a ti no te garantizaban un contrato de 3, 6 meses”. HDC1.

“Resulta revelador el hecho de que uno de cada ocho de estos profesionales ejerce en un país distinto al país en que nació o se formó” (OMS, 2020).

Como se mencionó, los profesionales de enfermería no encuentran una protección contra el desempleo ni condiciones justas de trabajo; se hizo más notorio frente a la pandemia que enfrenta el mundo, donde “el personal de enfermería ha estado en primera línea de la lucha: nunca antes se había puesto más claramente de relieve su valía” (OMS, 2020). Lo justo para los enfermeros y enfermeras es que sus contratos cuenten con las exigencias que como profesión requieren y necesitan.

Entre los distintos continentes existen diferencias salariales, incluso, dentro de sus países o estados, esto debido a múltiples factores como: labor a desempeñar, estudios realizados, servicios, experiencia laboral; en Estados Unidos, los estados de la mitad hacia el norte pagan muchísimo más... porque tiene cuatro estaciones y lo consideran más difícil de trabajar con el invierno. MGE4. No obstante, no todos los países contribuyen a la profesión con una buena remuneración; algunos, pagan el mismo valor, un poco menos o más de lo que gana un enfermero o enfermera en Colombia. La remuneración para el personal de enfermería a nivel mundial “debería fijarse a niveles que correspondan a sus necesidades socioeconómicas, calificaciones, responsabilidades, funciones y experiencia, teniendo en cuenta los riesgos inherentes a la profesión, con capacidad de atraer y retener al personal” (OIT, 2007, p. 15).

Experiencia laboral

La experiencia laboral es considerada como un

elemento muy importante en lo que se refiere a la preparación profesional y en un mejor desempeño laboral en general (González, 2018, pág. 16), si bien es relevante en el momento de emigrar e iniciar una nueva vida, según las entrevistas, algunos de los enfermeros colombianos, tienen mejores habilidades, técnicas y conocimientos en comparación a los profesionales del país receptor, por ende, su experiencia laboral es una ventaja al momento de iniciar un trabajo, no sólo por su aporte técnico e integral de cuidado, también porque “desde la perspectiva del desarrollo es importante tener en cuenta el hecho de que el trabajador migrante aporta a la economía que lo acoge, no solo su trabajo, sino su experiencia y conocimiento de otra cultura, la cual enriquece la local” (OTI, 2014, pág. 20).

La experiencia facilita la obtención de un empleo en el país receptor, ya que pueden ejercer en varios servicios, o los convierten en personal capacitado y apto para desempeñar labores específicas puesto que “son personas que cuentan con una experiencia laboral y de vida, que les permite insertarse laboralmente con menos dificultad” (OTI, 2014, pág. 45), sobre todo cuando su experiencia es de servicios como cuidados intensivos y hemodiálisis, ya que, como lo relata un participante “eso me abrió aquí las puertas y pues enfermeras en diálisis no hay tantas, entonces a partir de eso fue muy fácil conseguir trabajo para mí,” MMC7.

Si bien, la experiencia laboral es un referente o un historial sobre el desempeño del profesional, es un componente muy excluyente al momento de describir las verdaderas funciones y capacidades que tiene dicha persona o profesión, pues más allá de trabajar para una institución o un servicio en específico, los profesionales de enfermería “cuidan, curan, educan, lideran, defienden y son fundamentales para prestar cuidados seguros, accesibles y asequibles” (Affara et ál, 2020, pág. 4).

Adaptación cultural y barreras

La migración es un proceso que va generando muchos cambios en aquellos que han decidido buscar un mejor ingreso o una nueva experiencia en su vida tanto personal como laboral. Para que sea efectiva, el personal de enfermería debe pasar por algunas fases administrativas, académicas y políticas para ser reconocido como profesional en el país receptor, además de todo este proceso externo, tienen que atravesar por una metamorfosis cultural, implicando un cambio en su actitud, comportamiento, lenguaje, y emocional.

“Pues a ver, de todas maneras, llegar a un país donde la cultura es diferente, y el idioma es diferente es muy difícil... usted deja totalmente su identidad, usted cuando llega, usted aquí no es nadie, usted dejó su idioma, dejó su cultura, usted dejó su comida, entonces es difícil adaptarse” MLA14

La adaptación cultural implica auto-evaluar nuevamente las decisiones que hasta el momento consideraban exitosas, ya que en el país receptor las comodidades pueden ser distintas y su inicio en el ámbito laboral, debe partir en otra área diferente al de la salud; “nosotros no comenzamos a trabajar como enfermeros, nos tocó hacer todos los trabajos que no son calificados en este mundo, yo limpiaba baños, yo hice de todo pero creo que alimentó mi autoestima...” MLA14.

Ahora, debemos ser conscientes de que la diversidad y adaptación cultural tiene grandes retos, obstáculos o barreras como:

Respecto al idioma, su falta de manejo o aprendizaje puede dificultar y retrasar los propósitos u objetivos planteados, sobre todo el incremento de la edad, ya que dificulta su aprehensión ... “Pues no es lo mismo empezar un idioma a los 9-10 años que a los 37, es un choque” MGE4. Además, se debe aprender la terminología o dialecto del país receptor, puesto que determina la aceptación o rechazo de los migrantes entre los colegas, jefes y pacientes; ”...en general bien, la

gente te acoge, de pronto lo diferente es con terminologías porque los medicamentos aquí se llaman de otra manera, los instrumentos... por ejemplo un macrogotero allá le dicen bajada” MMC7.

Otra de las barreras es la homologación de títulos y trámites que debe realizar el profesional de enfermería para el desempeño legal de su labor en el lugar donde se establecerá.

Toda adaptación genera cambios, por ende, el compromiso para entender, comprender y moldearse en la nueva cultura será el mayor reto y logro; en estas situaciones en las cuales teoristas como Madeleine Leininger aportan mucho a la profesión, pues "desde su teoría de la transculturalidad los enfermeros deben enfocarse en el estudio y el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimiento científico y humanístico que permiten una práctica de la actividad sanitaria” (Pérez, 2009), está será una pieza clave para realizar una adaptación efectiva, no sólo buscando el beneficio de la comunidad o población, también el de cada profesional. el exterior a la vez que lidiaban con el obstáculo de la discriminación.

Lo que se busca obtener mediante este proyecto, es información sobre el fenómeno de la migración de profesionales de enfermería, comprender las razones que genera la migración, dar a conocer la información en la academia, y a las agremiaciones, entes u organizaciones de la salud a nivel nacional e internacional que contribuyen a la implementación de medidas de mejoramiento y análisis de políticas públicas o leyes en temas de migración.

Conclusiones

La migración de los profesionales de enfermería en Colombia obedece a múltiples factores que se convirtieron en determinantes para buscar un futuro en el exterior, entre ellos están los motivos personales como aprendizaje de un nuevo idioma, reconocimiento profesional, mejores condiciones laborales, incluso seguridad por la pandemia.

Establecidos en el país receptor, la inserción o adaptación laboral fue un proceso, para muchos, largo, con dificultades y aprendizajes; algunos enfrentaron situaciones como la discriminación, ejercer trabajos inferiores a su nivel educativo, entre otros. Otra condición que difiere, dependiendo de los estándares de vida de cada país, son las condiciones laborales y salariales, no obstante, muchos participantes se sentían a gusto con su remuneración ya que, es coherente con su desempeño, estudios y experiencia.

Migrar implica un choque cultural en el cual el dominio del idioma es un medio fácil y rápido de integrarse al país receptor; si bien el idioma representa una gran barrera para muchos migrantes, es también la llave que abre la puerta a muchas oportunidades. Adaptarse a una nueva cultura puede generar emociones contradictorias, pero son estas situaciones las que van forjando en las personas un carácter de superación donde ninguna dificultad o barrera va ser un impedimento al momento de buscar éxito.

Bibliografía

Arango, J. Nuevos patrones migratorios en el contexto de la crisis económica. El caso de España. (2014). En Universidad Nacional Autónoma de México. Crisis económica y migración: ¿Impactos temporales o estructurales? (pp.160 – 194). Instituto de Investigaciones Económicas

Bello, C. (2008). La violencia en Colombia: Análisis histórico del homicidio en la segunda mitad del Siglo XX. Scielo. Recuperado el 20 de mayo 2020 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-31082008000100005#num2

Consejo Internacional de Enfermeras (2005). Permanencia Transferencia y Migración. Revista Enfermería. (41), 29-30.

Consejo técnico nacional de enfermería (2019). Propuesta PLAN NACIONAL DE ENFERMERÍA 2020-2030. Fortalecimiento de la profesión de Enfermería en Colombia. Bogotá. Recuperado de:

<http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/46d8f9d7-b61c-4b9b-a171-Plan+de+Enfermer%C3%ADa.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mVBzrKO>

Oficina Internacional del Trabajo. (2007). Convenio 149 sobre el personal de enfermería: Reconocer su aporte; considerar sus necesidades. Organización Internacional del Trabajo. Recuperado el 20 de mayo 2020 de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/sector/documents/publication/wcms_508337.pdf

Organización Internacional del Trabajo (2017). La migración laboral en la agenda de las

organizaciones sindicales y empleadores. Chile. Recuperado de: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_592350.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2020). La OMS y sus asociados hacen un llamamiento urgente para que se invierta en el personal de enfermería. Recuperado el 20 de mayo 2020 de <https://www.who.int/es/news-room/detail/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>

Valle, A. Desempleo, precarización, crisis y migración. En Universidad Nacional Autónoma de México. Crisis económica y migración: ¿Impactos temporales o estructurales? (pp.113 – 136). Instituto de Investigaciones Económicas

Zubieta, E., Sosa, F., & Beramendi, M. (2011). Adaptación Cultural, actitudes hacia el multiculturalismo y ansiedad intergrupala en población militar. Universidad de Valencia. Recuperado el 20 de mayo 2020 de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N102-4.pdf>

Las comunidades en la priorización y gestión de sus problemáticas en salud: Medellín – Colombia 2014 – 2019

- ✓ David Arnovis Hernández Carmona¹
- ✓ Lina Marcela Orozco Dávila²
- ✓ Mónica Ospina Toro³
- ✓ Johana Marín A⁴

Resumen

Objetivo: Evidenciar el rol de las comunidades locales en el ejercicio de la gobernanza en la ciudad de Medellín, en temas relacionados con la salud y sus determinantes sociales, desarrollados en la Gestión Territorial de la Salud basada en Comunidad (GTSbC) en la ciudad de Medellín entre 2014 y 2019, a propósito de diferentes vigencias de contratos interadministrativos desarrollados entre la Secretaría de Salud de Medellín y la Universidad de Antioquia. Metodología: cualitativa, con enfoque participativo y dialógico. Se reconocen los aportes metodológicos de la Investigación Acción Participación, por su mismo origen comunitario y por estar centradas sus acciones en la comunidad. Siete momentos se contemplan dentro de la GTSbC. Resultados: Se identificaron las principales problemáticas en salud y sus determinantes sociales, relacionadas con la convivencia y la salud mental, y la sexualidad y los derechos sexuales reproductivos. Este proceso de identificación y análisis de la realidad social permitió el reconocimiento colectivo de sus necesidades, contribuyó en la priorización de las necesidades más apremiantes y en la identificación de los activos para la salud, claves para avanzar en la gestión. Discusión: Estudios en México, Cuba y Colombia evidenciaron que la gobernanza local se favoreció con los ejercicios de movilización social e involucramiento de las comunidades en la planeación del territorio. Conclusiones: La GTSbC y la articulación con los activos para la salud, permitió la apropiación por parte de las comunidades de Medellín de su realidad social, de la salud y de la importancia de ser gestores del cambio.

¹Historiador, Magíster en Salud Colectiva. Docente e investigador de la Facultad Nacional de Salud Pública, hernandez.davide@gmail.com arnovis.hernandez@udea.edu.co

²Antropóloga, Magíster en Salud Colectiva, lina.orozcod@udea.edu.co

³Trabajadora Social. Universidad de Antioquia, monicaospinotoro@gmail.com

⁴Psicóloga. Universidad Pontificia Bolivariana, johana.marin@upb.edu.co

Introducción

En la ciudad de Medellín – Colombia entre 2014 - 2019 se construyó e implementó un modelo de Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad (GTSbC), liderado por las comunidades de las comunas y corregimientos de la ciudad, por la Secretaría de Salud de Medellín y por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (Martínez et ál., 2020). Esta iniciativa tuvo sus orígenes en la comuna 1 Popular, de la mano de algunas lideresas y líderes del territorio, con el apalancamiento del programa de Planeación Local y Presupuesto Participativo de la Alcaldía de Medellín (Gutiérrez et ál., 2016 Gutiérrez et ál., 2016).

El modelo de GTSbC tiene como objetivo fortalecer la gobernanza local, la participación y movilización social en salud, la planeación participativa en salud y el desarrollo e implementación de acciones territoriales para favorecer la salud y la vida, con el apoyo de las comunidades y demás activos para la salud (Cofiño et ál, 2016; Botello et ál 2013). Este modelo de GTSbC se enmarca dentro de la promoción de la salud, la acción comunitaria e intersectorial, el diálogo y la gobernanza local (Carta de Ottawa para la promoción de la salud, 1986). En este sentido, la salud es considerada un factor de desarrollo económico, político y social; que además está relacionada con la biología, con la forma de vida de los pueblos, de la cultura, de la organización social y política, del poder, del medio ambiente, entre otros. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008).

En este escenario, la GTSbC enfatiza en la capacidad de agencia que deben tener las personas y las comunidades (Guiddens, 2006) para analizar su contexto, su situación de salud, identificar sus necesidades y potencialidades territoriales; generar diálogo y concertación sobre los temas claves con todos los involucrados, y lo más importante, crear relaciones horizontales, de

confianza, que promuevan acciones intersectoriales y articuladas en favor de la salud y la vida. La acción comunicativa (Habermas, 2010), dialógica, de intercambio de ideas, opiniones, puntos de vista, es la oportunidad para ampliar la comprensión del mundo de la vida (Granda, Investigación y salud pública: una mirada hacia el futuro, 2009) y para fortalecer el entramado social y comunitario, las relaciones entre las personas y los colectivos, las alianzas y redes, en beneficio de toda la comunidad (Granda, 2009).

Fortalecer la voz del sujeto, del individuo y de su libertad (Touraine, 1994) es una tarea prioritaria dentro de la GTSbC para promover el debate argumentado, el respeto por las ideas, el disenso y la posibilidad de llegar a acuerdos, enmarcado en el respeto de los derechos humanos, de la diversidad y los saberes acumulados tanto de las personas, de los colectivos, como de la ciencia y la técnica. Todo este acumulado clave en la comprensión de la vida – salud – enfermedad – recuperación – cuidados – muerte, en un territorio concreto, y en la búsqueda de soluciones innovadoras a los retos más apremiantes.

Dentro de la GTSbC la comunidad se entiende como un grupo de personas y de actores (miembros de la comunidad, representantes de ONGs, minorías, entre otros) que se reúnen con motivo de fortalecer alianzas y redes colaborativas para impactar la salud y los determinantes sociales (OMS, 2008) en un territorio concreto (cuadra, manzana, barrio, sector, comuna, corregimiento, zona...)

En este escenario, las acciones emprendidas desde lo territorial apalancan el ejercicio de gobernanza, entendida como el conjunto de acciones intersectoriales que realizan las lideresas, los líderes y la comunidad para

promover su salud, derivado de procesos de concertación, diálogo, construcción de acuerdos y creación de alianzas que logran la movilización social alrededor de los problemas priorizados por la comunidad y que contribuye a la toma de mejores decisiones en salud en los territorios (Bascolo, 2010; Territorios Sostenibles, 2020). Según la Comisión para la Gobernanza Global (S.F), la gobernanza es la sumatoria de las diferentes maneras por las cuales las instituciones públicas o privadas e individuos manejan o administran sus asuntos comunes, por lo que viene siendo un proceso mediante el cual interactúan intereses conflictivos o diversos, que pueden conducir a una acción cooperativa y de compromisos, que se da de forma continua (Hufty, Bascolo, & Bazzani, Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación, 2006). Este proceso incluye los regímenes dotados de poderes ejecutorios y las instituciones oficiales, así como los acuerdos no formales, mediante los cuales el pueblo y las instituciones perciben sus intereses o llegan a un acuerdo (Hufty et ál., 2006; Hufty, 2010).

La gobernanza requiere entonces para su dinamismo una alta dosis de participación, sin la cual no se podrían llegar a acuerdos de gestión e intervención. La participación en Colombia ha empezado a abrirse camino desde la constitución de 1991 (Congreso de la República de Colombia, 1991). Es una práctica que ha permitido incidir en decisiones de carácter público, tramitar situaciones de interés común para la sociedad con mayor legitimidad (Delgado et ál., 2007). En los años ochenta, la participación en el ámbito de la salud estuvo vinculada a procesos de atención primaria para acceder a espacios y servicios en los territorios. Peter Oakley referencia una definición operativa en este contexto que concibe la «participación como el proceso activo por el que se establece una relación de colaboración entre el gobierno y la población en la planificación, implementación y utilización de los servicios de

salud, con el objetivo de conseguir una mayor autonomía local y control sobre la infraestructura y tecnología de la atención primaria de salud» (Oakey, 1989).

Actualmente, el concepto de participación se nutre de enfoques que buscan resignificar, como en el caso de Carmona (2017) el término “participar”, relacionándolo directamente con el ejercicio de la ciudadanía entendida como el “Proceso por medio del cual el individuo y las organizaciones acceden progresivamente a capacidades y oportunidades para realizar sus intereses frente a los otros y frente a las instituciones del Estado, en procura de producir nuevos ordenamientos y distintas lógicas y relaciones de poder” (Carmona, 2017). En este sentido, la práctica de la participación trasciende el marco institucional que motiva y regula la participación de acuerdo a prioridades o intereses específicos y dota de poder a los sujetos que logran por medio de procesos autónomos, articularse entre sí a través de grupos, organizaciones y redes; esto les permite diseñar sus propios procesos y lograr convocar actores que trasciendan el ámbito gubernamental para ejecutar acciones de movilización social en sus territorios. (Bifulco, 2013)

Con respecto a la movilización social, esta se concibe como una herramienta que conlleva un cambio social que aboga por el bien común, enmarcada por procesos de mediano y largo plazo, y donde la participación tiene un papel fundamental (Mosaiko, 2012). La movilización social debe estar dirigida al cambio social, al bien común, a responder por los intereses colectivos; es decir, un grupo de personas que de acuerdo a un asunto en común produce un cambio en su comunidad y puede ser de carácter social, económico, político o científico. Debe responder a intereses comunitarios (Mosaiko, 2012)

Metodología

Metodología cualitativa, con enfoque participativo y dialógico (Martínez Salgado, 2012). Por su mismo origen comunitario, la GTSbC reconoce los principios metodológicos de la Investigación Acción Participación (Fals Borda, 2018); además, porque la comunidad ha participado activamente en la construcción de todo el modelo, de cada momento, de las metodologías, de los instrumentos de recolección de información, de análisis, lo que ha posibilitado enriquecer las miradas e integrar el saber popular con el conocimiento científico. En esta construcción colectiva, siete momentos constituyen el modelo de Gestión Territorial de la Salud basado en Comunidad:

- Identificación de potencialidades y necesidades en salud, y construcción del plan comunal de salud.
- Identificación y mapeo de activos de promoción de la Salud (organizaciones, institucionales, individuos, culturales, físicos del área) en relación con los problemas priorizados.
- Identificación y fortalecimiento de alianzas y redes colaborativas entre las comunidades y demás actores.
- Formación de líderes y lideresas en liderazgo social y comunitario, promoción de la salud, determinantes sociales de la salud y gestión y cooperación de proyectos.
- Comunicación comunitaria para la salud y para la movilización social.
- Fortalecimiento de acciones de gobernanza e intersectorialidad.
- Seguimiento, monitoreo y evaluación.

Como se puede apreciar en el gráfico número 1, este modelo de GTSbC no es lineal ni secuencial; por el contrario, es dinámico, complejo y en espiral, porque cada momento de la gestión territorial de la salud, aunque es independiente, se interrelacionan e interactúan de forma sincrónica y armónica con los demás momentos, dándole sentido y soporte a todo el proceso. En esta representación en espiral, que nos recuerda un ADN, todos los momentos de la GTSbC interactúan entre sí, ya sea como soporte (comunicación, gobernanza, evaluación) o como movimiento ondulante (necesidades y potencialidades en salud, mapeo activos promoción de la salud, capital social, formación), que constantemente tiene la necesidad de ir y volver, recapitular, reencausar las ideas, las acciones, para darle sentido a la acción comunitaria y comunicativa de la GTSbC.

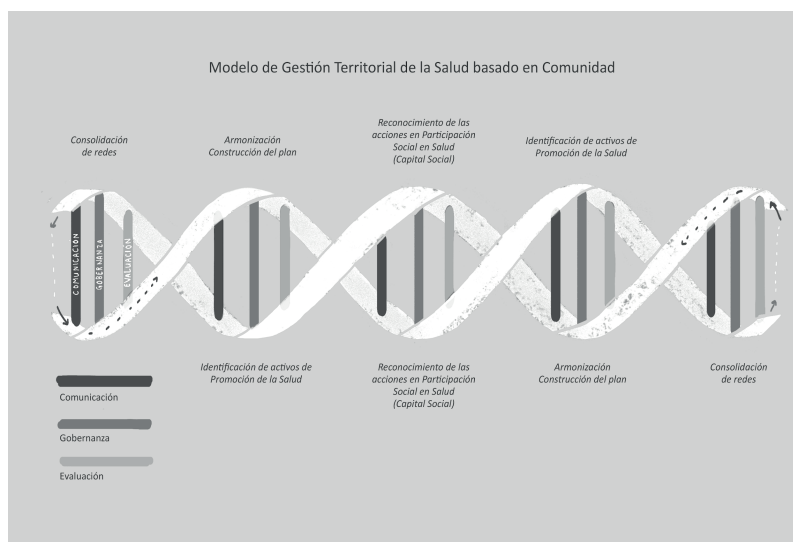


Gráfico 1: Modelo de Gestión Territorial de la salud basado en Comunidad. En: Hernández-Carmona, David A; Martínez Herrera, Eliana (coordinadores). Vínculos comunitarios para la salud en Medellín: avances y limitaciones de un modelo territorial. Secretaria de Salud de Medellín, Universidad de Antioquia. Medellín, 2020

En el primer momento de la GTSbC se realizaron mesas de diálogo (Acuña & Urrutia, 2007) y talleres de cartografía social (Botello, y otros, 2013) con diferentes actores y sectores sociales del territorio, para identificar las necesidades y potencialidades en salud. Este ejercicio estuvo orientado por las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012-2021 (PDSP) (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2012) y los instrumentos de planeación departamental y municipal. Los talleres de cartografía se desarrollaron en dos fases: la primera consistió en un recorrido de observación directa por el territorio, y la segunda en un trabajo en equipo para la clasificación y análisis de los principales hallazgos de las problemáticas en salud identificadas, que luego fueron ubicadas en un mapa del sector.

Luego se realizó la armonización de la problemática priorizada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS, el PDSP 2012 – 2021, el Plan de Desarrollo de Medellín 2016-2019 y el Plan de Desarrollo Local de cada comuna y corregimiento. Este proceso se realimentó en otros espacios de participación comunitaria, como las mesas intersectoriales de salud y los comités gestores del plan comunal de salud; espacios para el diálogo y la toma de decisiones, que facilitaron la participación, la movilización social y la gobernanza (Bascolo, 2010). Para la jerarquización de las problemáticas en salud se utilizaron diferentes variables (Martínez Salgado, 2012), como el grado de afectación que producían en el bienestar general, la cantidad de población que se veía afectada por el problema, la vulnerabilidad o estado de indefensión de la población, la visibilidad del problema, la posibilidad de intervención por parte de la Secretaría de Salud y la capacidad de incidencia de la comunidad para la gestión del problema priorizado.

En el segundo momento se realizó una identificación de activos de promoción de la salud

(Cofiño, y otros, 2016, Botello, y otros, 2013), con el propósito de identificar, además de los actores claves, qué otras oportunidades había en el territorio para impactar la problemática en salud, como organizaciones aliadas, instituciones claves, espacios físicos del área, como canchas, placas polideportivas, parques; intangibles, como la cultura, las fiestas, las creencias, entre otros.

Luego, en el tercer momento, se avanzó hacia la creación/consolidación de alianzas y redes colaborativas entre diferentes sectores y actores sociales. Estas alianzas giraron alrededor de los problemas priorizados por la comunidad y tuvieron como propósito emprender acciones individuales y colectivas, y atraer nuevos aliados para apalancar la gestión territorial de la salud. La comunidad jugó un papel clave en este escenario, pues fue quien tuvo la tarea de conducir, planear y gestionar las iniciativas de proyectos y acciones que emergieron en los escenarios de diálogo y discusión.

El cuarto momento fue una apuesta por la formación de líderes y lideresas. Se combinaron elementos de la educación popular (Mejía, 2015) el constructivismo y la participación, puesto que en el centro de formación estuvieron las personas, sus saberes acumulados, sus experiencias de vida, su lectura del territorio. Acumulado que les permitió hacer sus propias construcciones sobre el proceso salud enfermedad, los determinantes sociales, las desigualdades y el territorio.

La comunicación comunitaria para la salud, en el quinto momento, se erigió en la estrategia clave para el empoderamiento y la acción. En este escenario la comunidad volvió a estar en el centro de la gestión territorial, porque fue con ella misma que se planeó y gestionó la estrategia comunicativa que partió de la problemática identificada previamente y de las acciones propuestas para impactarla desde el

comité gestor u otros espacios decisorios del territorio.

El sexto momento estuvo relacionado con las acciones de gobernanza y la intersectorialidad. Para ello, la GTSbC planteó el fortalecimiento de los espacios de diálogo y discusión en el territorio en temas de salud y sus determinantes. Además, se planteó la conformación de un equipo gestor con diferentes actores y sectores del territorio, que asumió el liderazgo de realizar una gestión articulada para impactar el problema priorizado.

El séptimo momento tuvo como propósito realizar acciones de seguimiento, monitoreo y evaluación, que permitiera ir midiendo los progresos en la ejecución del proyecto y evaluando las acciones implementadas.

Las comunas y corregimientos participantes en el proyecto de GTSbC fueron: comuna 1 (Popular), 2 (Santa cruz), 3 (Manrique), 4 (Aranjuez), 5 (Castilla), 7 (Robledo), 9 (Buenos Aires), 11 (Laureles), 12 (La América), 15 (Guayabal), 16 (Belén) y los corregimientos 60 (San Cristóbal) y 70 (Altavista).

Resultados

En las comunas y corregimientos participantes las principales problemáticas en salud giraron alrededor de las dimensiones del PDSP: Convivencia Social y Salud Mental y Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos. Ver Tabla 1.

Tabla 1: Dimensiones y problemas priorizados por las comunidades en las comunas y corregimientos de Medellín 2014 - 2019

Comunas participantes	Dimensión PDSP priorizada	Problema priorizado	Activos para la salud identificados	Alianzas realizadas
1	Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	Embarazo en adolescentes no deseado	Organizaciones (20) Instituciones (5) Individuos (3)	Si
2	Convivencia Social y Salud Mental	Consumo de sustancias psicoactivas y alcohol	Organizaciones (5) Instituciones (1) Individuos (4) Físicos del área (1)	Si
3	Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	Poca educación en salud sexual y reproductiva de niños/as y adolescentes	Organizaciones (5) Instituciones (8)	Si
4	Convivencia Social y Salud Mental	Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados	Instituciones (1) Individuos (2) Culturales (2)	Si
5	Convivencia Social y Salud Mental	Consumo de sustancias psicoactivas en niños/as adolescentes escolarizados	Organizaciones (9) Instituciones (8) Individuos (3) Físicos del área (2) Intangible (1)	Si
7	Convivencia Social y Salud Mental	Consumo de sustancias psicoactivas y problemas de convivencia social	Organizaciones (8) Instituciones (1) Individuos (3) Físicos del área (5)	Si
9	Vida saludable y condiciones no transmisibles	Hábitos inadecuados para una vida saludable: alimentación, deporte, recreación, esparcimiento inadecuado.	Organizaciones (2) Físicos del área (1) Individuos (2) Instituciones (4)	Si
11	Convivencia Social y Salud Mental	Población de adultos mayores de 60 años presenta enfermedades asociadas al estrés y depresión, asociada a la soledad y abandono	Organizaciones (3) Instituciones (2) Culturales (2)	Si
12	Convivencia Social y Salud Mental	Violencia intrafamiliar - violencia de pareja	Organizaciones (5) Instituciones (11) Individuos (1)	Si
15	Convivencia Social y Salud Mental	Consumo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar - poca orientación de cuidadores de niños/as, adolescentes	Organizaciones (16) Instituciones (4) Físicos del área (2) Económicos (2)	Si
16	Convivencia Social y Salud Mental	Consumo de sustancias psicoactivas y consumo de alcohol en espacio público	Organizaciones (3) Organizaciones informales (2) Instituciones (2) Físicos del área (3)	Si
60	Convivencia Social y Salud Mental	Consumo de sustancias psicoactivas y violencia	Organizaciones (10) Instituciones (2) Individuos (2) Físicos del área (1)	Si
70	Gerencia para el fortalecimiento institucional y de los servicios de salud	Barreras para el acceso a los servicios de salud y de atención primaria en salud	No dato	No dato

La identificación de las problemáticas en salud partió de un proceso de análisis colectivo de las realidades, necesidades y percepciones locales en relación a su situación de salud y sus Determinantes Sociales (Martínez Salgado, 2012). Estos encuentros colectivos fueron claves para la apropiación de la comunidad de su realidad, para el reconocimiento de sus necesidades, para el ejercicio de priorización y el avance en procesos de autogestión para darle solución y respuesta a dichas problemáticas (Mejía, 2015). Este ambiente ecológico posibilitó la creación de alianzas estratégicas y redes, favoreció el proceso comunitario dentro del territorio y fortaleció los procesos de gobernanza (Granda, 2009).

Los resultados de las mesas de diálogo, de la caracterización del territorio, del análisis de situación de salud integral, de la armonización realizada con los instrumentos de planeación de ciudad, país y a nivel internacional, se plasmaron en un documento técnico denominado plan comunal de salud, que a su vez fue integrado a los planes de desarrollo local por comuna y corregimiento en 2019. En los espacios de diálogo territoriales (comité gestor, mesas ampliadas de salud, comité intersectorial, entre otros) se discutió y analizó cada plan comunal de salud, con el propósito de emprender acciones para su gestión. Acciones que implicaron un involucramiento de la comunidad desde la definición del problema hasta la gestión operativa de las soluciones concertadas.

Los espacios de diálogo y discusión para la construcción y legitimación del plan comunal de salud, fueron la puerta de entrada para el reconocimiento de los diferentes activos para la salud en los territorios (organizaciones, institucionales, individuos, culturales, físicos del área) (Cofiño, y otros, 2016, Botello, y otros, 2013) así como para la conformación de alianzas y redes de trabajo colaborativo.

Ver tabla 1. En esa dinámica se conformaron alianzas estratégicas de cooperación y solidaridad formales, informales y espontáneas en las diferentes comunas y corregimientos de Medellín (Granda, 2009).

Dentro de las alianzas y redes estratégicas se trabajó con los Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS), los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM), las mesas ampliadas de salud, el proyecto Madres Preventoras, proyecto Café Atención Primaria en Salud, Proyecto Familias Fuertes y Resilientes, Fundación Alberto Echavarría, Centros de Escucha, Juntas de Acción Comunal (JAC), Juntas Administradoras Locales (JAL), Metrosalud, colegios, bibliotecas, docentes y estudiantes de la maestría en Salud Colectiva de la Universidad de Antioquia y de otras unidades académicas de la Universidad de Antioquia, entre otros activos.

El proceso de GTSbC permitió trascender las posibilidades de gestión institucionalizadas, jerárquicas, permitiendo que la reflexión girara alrededor de otros medios de acción y cooperación diferente al gubernamental, permitiendo la ejecución de acciones propias, sin desligarse del acompañamiento institucional.

Varios aspectos fueron relevantes como resultado de la GTSbC: la participación activa de líderes y lideresas durante las diferentes fases del mismo permitió una línea de acción clara, que protegió los intereses concebidos por parte de la comunidad; la vinculación de la academia como aliada en el territorio proporcionó una mirada amplia sobre el tema, no solo desde los requerimientos teóricos, metodológicos y técnicos, sino abriendo la puerta a otros escenarios de enseñanza - aprendizaje de estudiantes y docentes y en gran medida de gestión de recursos (Martínez et ál., 2020 Martínez et ál., 2020). La participación interinstitucional en la construcción de la gestión territorial permitió el control de la información en torno a las respuestas que en relación al tema específico existen en el territorio, permitiendo así el direccionamiento eficiente de recursos.

Discusión

Algunas experiencias de movilización y participación social en relación con la salud han generado acercamientos a procesos de gobernanza importantes (Bascolo, 2010). En México, partiendo de la educación popular, algunas comunidades han logrado fortalecer acciones a partir de organizaciones sociales. La educación y la investigación han sido clave para promover la participación activa de la población en la solución de situaciones problemáticas y necesidades concretas y han facilitado el acceso a recursos de carácter público y privado (Arenas Monreal, 2012). En el caso específico de Morelos, México, como proceso cercano a la gobernanza, se hacen relevantes algunas consideraciones que no distan de las realidades de otros países latinoamericanos y mucho menos del modelo de GTSbC-Medellín. Es importante resaltar que en parte el modelo de GTSbC llega a comunidades específicas como una propuesta del mismo gobierno local en un interés por descentralizar acciones concretas en el territorio.

El estudio específico del caso de Morelos define dos limitaciones importantes: por un lado la rigidez y verticalidad de la institucionalidad del estado en relación a la concentración del poder en la toma de decisiones; y por otro lado, el contexto social de pobreza que dificulta la participación social (Bifulco, 2013), toda vez que la población prioriza actividades de subsistencia inmediata más que la participación en espacios de construcción o concertación que pueden llegar a ser opciones de desarrollo en otros niveles. (Arenas Monreal, 2012).

Frente a este panorama, el modelo de GTSbC en Medellín no resulta ajeno a ciertas manifestaciones asociadas a temas como la concentración del poder en los territorios; esto podría estar asociado a un modelo de participación aún incipiente en algunas comunidades, en especial el estrato medio (Uribe

de H, 2002), o como se menciona en el caso de Morelos, México, en la urgencia por la subsistencia de muchas poblaciones que imposibilita la presencia en muchos espacios de concertación (Arenas Monreal, 2012).

Frente al proceso de gobernanza en América Latina, Cristina Zurbriggen destaca que “Alcanzar un Estado más eficiente y, básicamente, más democrático, es un desafío que persiste, para lo cual se requiere una comprensión más profunda de los procesos políticos y de la forma en que algunas configuraciones políticas influyen en la toma de decisiones y en la calidad de las reformas” (Zurbriggen, 2011), refiriendo en este sentido la importancia de analizar los contextos políticos en relación al clientelismo, la burocracia y acciones corporativas que afectan la administración pública, que según su posición impactan la capacidad de gestión del estado y que en Medellín puede estar directamente afectando la capacidad de gestión de las comunidades (Uribe de H, 2002). En todos los casos, la gobernanza (Bascolo, 2010) evidencia la necesidad de una apertura en el análisis del contexto social en el cual se desarrolla, considerando también la alianza estratégica con actores sociales que desde la perspectiva académica, cultural y social aporten nuevos conocimientos. En especial procesos de movilización orgánicos de las comunidades que, naciendo de su propio proceso organizativo, ejerzan una mayor presión y articulación efectiva con el estado.

En el estudio “Participación social y comunitaria: reflexiones” de la Facultad de Salud Pública” de Cuba se expresa que, para llevar a cabo un adecuado ejercicio de participación social y comunitaria, se debe centrar en el por qué de los problemas o necesidades en salud (Sanabria, 2001), pues de ello depende una adecuada intervención

comunitaria e institucional. Situación que desde la GTSbC se ha validado con la identificación de los determinantes sociales de la salud, pues no basta únicamente intervenir una parte del problema, si sus causas más profundas no se intervienen. En el estudio de Cuba se propone entonces trabajar desde un enfoque sistémico, para tratar de resolver las problemáticas considerándolas parte de un problema mayor, y no trabajando de manera desarticulada sus partes y componentes (Sanabria, 2001).

En este mismo estudio, se reconoce que las condiciones y dinámicas en una sociedad, localidad o grupo social van cambiando continuamente, por lo tanto, las medidas que se tomen para la intervención en salud deben ser el resultado de una alianza que se negocia a medida que estas dinámicas se transforman (Sanabria, 2001). Aspecto que se ha evidenciado en la GTSbC, pues en todo momento se hace necesario validar, reevaluar y revisar los avances realizados, antes de dar continuidad al proceso: en algunas comunas, por ejemplo, si bien se habían priorizado unas problemáticas, con el transcurrir del tiempo las comunidades sintieron la necesidad de trabajar en otras problemáticas, más acuciantes para sus intereses comunitarios.

Siguiendo con el estudio de Cuba, se encontró que la participación social no se da en todos los lugares ni en todos los momentos ni con los mismos atributos; y que la presencia o predominio de una u otra obedece al tipo de problema seleccionado, y no de lo que debe o no hacer la comunidad (Sanabria, 2001). Se identificó, asimismo, que la comunidad participa más en los asuntos de salud, cuando siente que está inmersa dentro del problema y no tanto cuando se siente parte de la solución. Esta situación concuerda con el proceso de GTSbC, ya que a través de las mesas de diálogo y de las reuniones del comité gestor se identificaron los problemas comunitarios y se buscó que la misma comunidad fuera parte de la solución, autogestores del cambio y conscientes de la

importancia de su participación activa en los procesos de salud (Vaandrager & Kennedy, 2012).

Dentro de los resultados del caso de Cuba, se identificó que la subjetividad limita la acción, pues aunque existan condiciones objetivas para que se genere la concertación y el consenso dentro de los diferentes actores sociales, sigue siendo un problema el desconocimiento que tienen éstos sobre la participación, lo que genera el predominio de modelos anti participativos con fases de hegemonismo y autoritarismo; así mismo la institucionalización descomunal por parte de algunos gerentes locales (Uribe de H, 2002). Esta misma situación se evidenció en algunos de los territorios donde intervino GTSbC, en el cual las comunidades esperaban en ocasiones una solución asistencialista, antes de buscar la solución de sus propios problemas, o se centraban en las necesidades de unos cuantos y no de toda la comunidad. A partir de las reuniones del comité gestor y de otros espacios de movilización y participación, se pudo ir interviniendo y generando una mayor conciencia colectiva, en el cual las personas pudieron integrar las necesidades de todo el territorio y priorizar las más significativas para todos. (Sanabria, 2001).

Conclusiones

La GTSbC y la articulación con los activos para la salud de las comunas y corregimientos de Medellín, ha posibilitado la apropiación de las comunidades de las necesidades y potencialidades en salud, de la importancia de la autogestión para la transformación social y para fortalecer los procesos de gobernanza local. El proceso ha dejado como insumos importantes el Plan Comunal en Salud por comuna y corregimiento, con sus respectivos anexos y la bitácora de alianzas, relevante para la formulación del o los proyectos de intervención,

lo que facilita el acercamiento y la articulación con activos sociales claves en el territorio.

El diálogo, la deliberación, el consenso entre los actores del territorio posibilitó la identificación y priorización de las problemáticas más importantes sobre salud y sus determinantes sociales. Los espacios del comité gestor, las mesas de diálogo, la educación y comunicación para la salud, fueron claves para la generación de alianzas y redes colaborativas entre las comunidades y los activos identificados. Con base en la participación y movilización social se pudo avanzar en procesos de gobernanza, donde la comunidad tuvo un papel protagónico. Los planes comunales de salud, surgidos de este proceso de GTSbC, son ahora parte integrante de los Planes de Desarrollo Local de Medellín, fortaleciendo este proyecto la gobernanza en salud de la ciudad de Medellín. Así mismo, el modelo de GTSbC hace parte del ejercicio de planeación de la SSM

En cada etapa del modelo de GTSbC se suman activos para la salud claves que se movilizan para consolidar los proyectos comunitarios. Sin embargo, la continuidad de los integrantes del comité gestor no ha sido consistente, pues algunos persisten y otros desertan. Esta situación, si bien ha puesto en riesgo en algunos momentos la continuidad del proceso en los territorios, también ha sido una fortaleza, al posibilitar la llegada de nuevos liderazgos y activos, con ideas innovadoras, que enriquecen las actividades formuladas en el plan comunal de salud y en la gestión territorial.

La intervención positiva de las problemáticas identificadas y de los determinantes sociales de la salud, requiere de toma de conciencia de las comunidades y demás actores de las necesidades y potencialidades en salud, así como de sinergia en la articulación de esfuerzos de las comunidades, organizaciones, instituciones públicas y privadas, para la generación de confianza, de diálogo, para la concertación, la conformación de alianzas y redes en beneficio de toda comunidad.

Agradecimientos

A los líderes y lideresas de las diferentes comunas y corregimientos de Medellín que participaron en las diferentes vigencias del Proyecto Gestión Territorial de salud Basado en Comunidad en la ciudad de Medellín entre 2014 y 2019.

Financiación

El artículo hace parte del Proyecto Gestión Territorial de Salud basado en Comunidad, financiado con recursos públicos del programa de Planeación Local y Presupuesto Participativo de la Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Declaración de responsabilidad

Se declara que los puntos de vista expresados en este artículo son responsabilidad de los autores.

Bibliografía

- Acuña, C., & Urrutia, S. (2007). Guía metodológica para el diseño e implementación de Diálogo Social en Salud. Washington DC.
- Arenas, M. (2012). Experiencias de promoción de la salud y gobernanza en el ámbito local de México. *Global Health Promotion*, 19(1), 83-89.
- Bascolo, E. (2010). Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. *Revista de Salud Pública (Suplemento 1)*, 8 - 27.
- Bifulco, L. (2013). Citizen participation, agency and voice. *European Journal of Social Theory*, 16(2), 174-187.
- Botello, B., Palacio, S., García, M., Margolles, M., Fernández, F., Hernán, M., & Cofiño, R. (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gaceta Sanitaria*, 180 - 183.
- Carmona, L. (2017). Concepción de la participación social en salud: propuesta de resignificación. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(3), 441 - 454.
- Carta de Ottawa para la promoción de la salud. (1986). Paho.org. Recuperado en enero de 2021, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Cofiño, R., Aviño, D., Benede, C., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta Sanitaria*, 30(S1), 93 - 98.
- Congreso de la República de Colombia. (1991). Constitución política de Colombia. Bogotá.
- Delgado, M., Vásquez Navarrete, M., Zapata Bermúdez, Y., & Hernán García, M. (2007). Participación social en salud: Conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de política en Colombia. Una mirada cualitativa. *Revista española de salud pública* (79), 697 - 607.
- Fals, B. O. (2018) Orígenes universales y retos actuales de la IAP (Investigación acción participativa). En: <http://www.saberpopular.org/multimedia/origenesretosiap.pdf>. Consultado octubre 2018.
- Granda, E. (2009). Algunas ideas sobre la organización de redes en salud. En E. Granda, *La salud y la vida* (Vol. 1). Quito, Ecuador: Organización Panamericana de la Salud.
- Granda, E. (2009). Investigación y salud pública: una mirada hacia el futuro. En E. Granda, *La salud y la vida* (Vol. 2). Quito, Ecuador: Organización Panamericana de la Salud.
- Guiddens, A. (2006). La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración. Buenos Aires: Amorrortu.

Gutiérrez, A., Hincapié, L., & Villa, G. (enero de 2016). Potencial social y político de la planeación local y el presupuesto participativo en Medellín (Colombia) para fortalecer la democracia latinoamericana. *EURE* (Santiago), 42(125), <http://dx.doi.org/10.4067/S0250-71612016000100009>.

Habermas, J. (2010). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Trotta.

Hufty, M. (2010). Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. *Revista de Salud Pública*, 12, Sup (1) 39 - 61.

Hufty, M., Bascolo, E., & Bazzani, R. (2006). Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cadernos de Saude Pública*, 22, Sup (34 - 45) 39 - 61.

Martínez, H. E., Cano S., Hernández, D., & Molina, J. (2020). Eficacia de la agencia social universitaria en un proyecto territorial comunitario para la salud y el bienestar en Medellín. *Cuadernos docentes en procesos de desarrollo*. (6), 93 - 100.

Martínez, E., Hernández, D., Benach de Rovira, J., Corburn, J., & Velásquez Lopera, V. (2020). Modelo de Gestión Territorial de Salud Basado en Comunidad: elementos para la construcción en comunas y corregimientos en Medellín, Colombia. En D. Hernández Carmona, & E. Martínez Herrera, *Vínculos comunitarios para la salud en Medellín: avances y limitaciones de un modelo territorial* (págs. 19 - 37). Medellín: Universidad de Antioquia.

Martínez, S. C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciencia y Saude Coletiva*, 17(3), 613 - 619.

Mejía, M. (2015). Diálogo-confrontación de saberes y negociación cultural. Ejes de las pedagogías de la educación popular: una construcción desde el sur. *Pedagogía y saberes* (43), 37-48.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012 - 2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Mosaiko. Reflexiones sobre movilización social 2008 - 2011. (2012). *Iniciativas de cooperación y desarrollo*. Obtenido de *Iniciativas de cooperación y desarrollo*: https://iniciativasdecooperacionydesarrollo.files.wordpress.com/2012/04/2012_04_docmovilizacionmosaiko.pdf

Oakey, P. (1989). *Community involvement in health development. An examination of the critical issues*. World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

Sanabria, G. (2001). Participación social y comunitaria: reflexiones. *Revista cubana de salud*

pública, 27(2), 89-95.

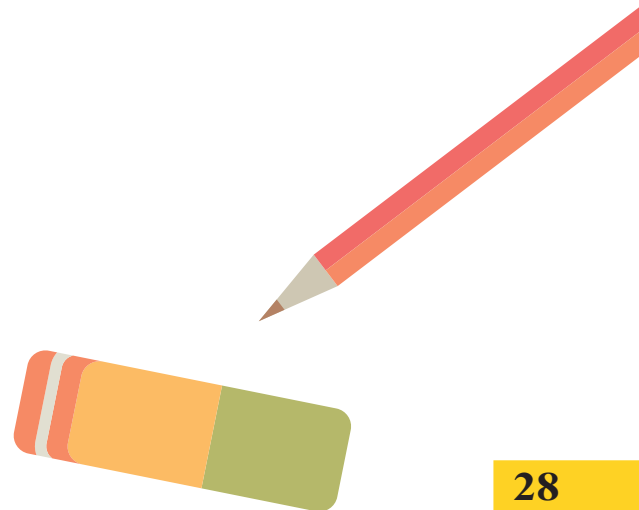
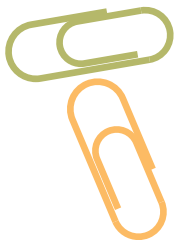
Territorios Sostenibles. (01 de 12 de 2020). Territorios Sostenibles. Recuperado el 12 de 2020, de Territorios Sostenibles: www.territoriosostenibles.com

Touraine, A. (1994). Crítica a la modernidad. Fondo de Cultura Económica.

Uribe de H, M. (2002). Planeación, gobernabilidad y participación. En A. Escobar, M. Uribe de H, S. Bustamente Pérez, F. Prada V, C. Restrepo Mesa, M. Echeverría Ramírez, . . . H. Lugo Agudelo, Planeación, participación y desarrollo. Medellín, Antioquia, Colombia: Corporación Región.

Vaandrager, L., & Kennedy, L. (2012). The application of salutogenesis in communities and neighborhoods. En M. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. Bauer, J. Pelikan, B. Lindstrom, & G. Espnes, The handbook of salutogenesis (págs. 150-170). Switzerland: Springer Nature.

Zubriggen, C. (diciembre de 2011). Gobernanza: una mirada desde América Latina. Perf Latinoam, 19(38), 39-64.



Voces sobre >>>
El Cuidado

Reflexiones

Narrativas de experiencias de
cuidado y Narrativas de
experiencias de enseñanza y
aprendizaje



Papel del Profesional de Enfermería en situaciones de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET) en el paciente con cáncer

Daniela Toro Contreras¹

El cáncer es una enfermedad en la cual el organismo produce un exceso de células malignas que invade los tejidos sanos, se disemina afectando uno o varios órganos lo cual hace que el cuerpo no funcione de la manera que debería. Por lo tanto, el cáncer es considerada una enfermedad crónica, degenerativa, que afecta no solo el aspecto físico de la persona sino también lo emocional, social, psicológico, espiritual, etc.

El pronóstico de una persona con cáncer es incierto, depende de un conjunto de factores asociados como: estadio de la enfermedad, tipo de cáncer, órgano que afecta, diseminación, edad, antecedentes, características de las células malignas, respuesta al tratamiento, entre otros. Por consiguiente, el paciente con cáncer se enfrenta a situaciones desconocidas, que generan incertidumbre e interrogantes angustiosos, pues en ocasiones se debe tomar la decisión de continuar o no con los tratamientos, sometiendo al paciente a procedimientos que en el peor de los casos no van a ayudar a la cura de la enfermedad.

De este contexto, surgen términos como Encarnizamiento Terapéutico (ET), Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) y Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET) que por sus similitudes dan lugar a confusión.

En primera medida, por Encarnizamiento Terapéutico se entiende la utilización de terapias que no pueden curar al paciente, sin

o simplemente prolongan su vida en condiciones desagradables. Esto, puede relacionarse con la futilidad médica que según G. Mendoza del Solar (2008) es:

Cualidad de aquel acto médico cuya aplicación está desaconsejada en un caso concreto porque no es clínicamente eficaz, no mejora el pronóstico, síntomas o enfermedades intercurrentes, o porque producirá previsiblemente efectos perjudiciales razonablemente desproporcionados al beneficio esperado para el paciente o sus condiciones familiares, económicas o sociales. (Mendoza, 2008)

Con el pasar del tiempo, este término dejó de usarse, al aparecer el concepto de Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Sin embargo, para algunos autores “la denominación habitualmente utilizada Limitación del Esfuerzo Terapéutico” no es muy afortunada, ya que no se limita el esfuerzo, sino que cambian los objetivos terapéuticos (orientándose a otras áreas como sedación, analgesia, apoyo psicológico, etc.), por lo que resulta más acorde el término Adecuación del Esfuerzo Terapéutico, que ya se está generalizando”. (Pérez, 2016, p.567)

De esa manera, la Limitación del Esfuerzo Terapéutico está justificada desde una perspectiva de justicia (mejor

¹Egresada Especialización Cuidado al paciente con cáncer y su familia, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia

aprovechamiento de recursos, evitando la Futilidad), no maleficencia (evitando el Encarnizamiento Terapéutico), beneficencia (respetando mejor la dignidad de la persona) y, si cabe, de autonomía del enfermo. (Cantera, 2006)

Para algunos, Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) es una expresión peyorativa, y proponen hablar, más bien, de “ajuste” sobre la atención al paciente, pues no se trataría solo de “dejar de hacer”, sino, además, de adoptar una actitud proactiva que incluya sumar o modificar medidas de acuerdo con los objetivos terapéuticos de cada momento de la atención médica. (Bernal y Cossio, 2013)

Para Pérez (2016), es más aconsejable hablar de la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET), la cual

“puede definirse como el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente. La AET ha de considerarse en casos en los que hay una escasa posibilidad de respuesta a los tratamientos e implica la valoración de un cambio en la estrategia terapéutica que supone la retirada o no instauración de algún tratamiento” (p.567)

Esta práctica trae consigo un conjunto de dilemas éticos difíciles de resolver, por lo que es importante tener en cuenta las voluntades del paciente y su familia según los principios bioéticos de: autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia.

En pocas palabras, la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico como buena práctica clínica logra evitar una forma de iatrogenia conocida anteriormente como Ensañamiento Terapéutico, Obstinación Terapéutica o Distanasia. En la literatura suele referirse más a no iniciar o retirar un tratamiento de soporte para la vida. Esta práctica clínica no entra en contradicción con la tradición del arte médico, pues es necesario destacar que sólo se limitan aquellas medidas de soporte para la vida, consideradas como heroicas, extraordinarias o desproporcionadas, capaces

solo de prolongar el proceso de la muerte en aquellos enfermos que definitivamente han de morir; manteniéndose en cambio aquellas medidas terapéuticas y cuidados básicos necesarios, evaluados como ordinarios y proporcionados a la situación terminal del paciente.

Por otra parte, los avances científicos y tecnológicos en las últimas décadas han llevado incluso a posponer la muerte de los pacientes en cuidados paliativos, pues se cree que estos son los medios suficientes para mantener con vida una persona, por eso, cuando el médico comprueba que un tratamiento es inefectivo no tiene la obligación de continuar con las medidas terapéuticas, está en su derecho de exponer el caso y tomar decisiones de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico; pues es importante decir que, la AET no es Eutanasia, en ocasiones se confunden, pero es necesario reconocer que adecuar es diferente a abandonar.

Por su parte, algunos clínicos plantean que la Limitación del Esfuerzo Terapéutico es de tal responsabilidad, que para aceptarla desde el punto de vista de la indicación implica tener capacidad para tomar decisiones y formar juicios (debe ser desde todos los puntos: profesionales de la salud, paciente y familia.) y para ello, es preciso tener datos diagnósticos muy contrastados (Barbero et ál., 2015).

En conclusión, el término Adecuación del Esfuerzo Terapéutico, significa aplicar medidas terapéuticas adecuadas y proporcionales a la situación real del enfermo, en correspondencia al diagnóstico, pronóstico y estado evolutivo de su enfermedad; la decisión de adecuar algún procedimiento de soporte vital no quiere decir en realidad que el esfuerzo terapéutico finalice. (Betancourt, 2017)

Las voluntades anticipadas

En este contexto, es importante hablar de las voluntades anticipadas o instrucciones previas, que según el Ministerio de Salud en Colombia, son el instrumento legal que le permite a la persona participar en la toma de decisiones relacionadas consigo mismo y el cuidado o atención de su salud, en el caso de que se encuentre incapacitado o limitado para proyectar su posición, o manifestar sus preferencias al final de la vida como consecuencia de un evento de salud que impide la expresión de la voluntad, limita la habilidad de razonar o de emitir juicios razonables. (MINSALUD, 2018)

Principios bioéticos

Toda atención en salud debe estar basada en la ética, más aún, cuando tiene que ver con decisiones vitales. Para este caso, los principios de la bioética iluminan de manera especial este tema.

En ese sentido, Lagoueyte (2019) refiere que, “a partir de la definición de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y de justicia, se inició el debate sobre la forma de salvaguardarlos en el ámbito clínico, dado que con la aparición de las Unidades de Cuidado Intensivo surgió el término de Encarnizamiento o la Obstinación Terapéutica”.

Esta situación consiste según Cantera (2006), en “un intento irracional de luchar contra la muerte que está próxima y que es inevitable”. Esta práctica, atenta contra el principio de no maleficencia ya que, muchas veces, lo que se hace al adoptar estas medidas es dañar al enfermo de una forma innecesaria, aplicando tratamientos que ocasionan sufrimiento. (Lagoueyte, 2019)

Desde otra perspectiva, el principio bioético de respeto de la autonomía no implica, sin embargo, que deba considerarse válida toda decisión del

paciente, sino que es necesario garantizar que la decisión se ha tomado después de entender la naturaleza y las consecuencias de esta, sin coacción externa ni interna, y que el paciente es capaz de razonar la opción escogida y la mantiene por convicción a pesar de que pueda ser sensible a una revocación en cualquier momento del proceso asistencial. (Pegueroles, 2009)

Papel de la enfermera

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante describir el papel del Profesional de Enfermería en situaciones de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico en el paciente con cáncer, dado que es este quien está implicado en el cuidado de la persona las 24 horas, por lo que es preciso que conozcan la legislación actual relacionada con la fase del final de la vida, como la Ley de voluntades anticipadas y la Eutanasia, además deben tener una formación en bioética, teniendo en cuenta los estándares éticos, clínicos, culturales, para preparar al paciente y la familia para una “buena muerte”.

Empero, la falta de conocimientos por parte de los profesionales de enfermería en Adecuación del Esfuerzo Terapéutico es notoria, pues, generalmente en la academia la información que se recibe sobre este tema es poca. Por lo tanto, para poder llegar a tener experiencia en estas situaciones es necesario estudiar de manera consciente y reflexionar en el día a día lo que se vive con los pacientes en cuidados al final de la vida.

Con respecto a lo anterior, el cuidado es propio del hacer de enfermería, sin embargo, en el contexto de la LET su planificación debe ser llevada a cabo en conjunto con todo el equipo de salud. En general los tratamientos en torno a la LET pueden ser considerados fútiles, sin embargo, el cuidado nunca lo será (Rojas et ál. 2013).

El profesional de enfermería debe tener en cuenta que la AET debe ser una práctica organizada y planificada, lo cual requiere la participación y el consenso de cada uno de los profesionales involucrados en el cuidado del paciente, ya que en estas situaciones se presentan dos momentos importantes: la toma de decisión y su aplicación. En efecto, el proceso de toma de decisión para la aplicación de medidas de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico genera estrés en los cuidadores de los pacientes, por lo tanto, es necesario el acompañamiento del Profesional de Enfermería en estos momentos ya que este es visto como la persona encargada de brindar soporte, de ayudar a entender la condición del paciente, de entregar información clara y comprensible, facilitando el proceso de toma de decisión y aceptación de la muerte.

Del mismo modo, refiere Pegueroles (2009) que, en definitiva, es la enfermera la que puede detectar los pacientes sensibles a LET, de forma que se haga una previsión de las intervenciones y su expresión en el tiempo, mejorando no solo la atención al paciente y su familia, sino también la seguridad y el compromiso profesional en la toma de decisiones, y así ser el agente mediador entre la familia y el equipo sanitario, además de detectar el grado de vulnerabilidad del estado emocional de la familia para tomar decisiones relevantes.

En particular, en estas decisiones de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico es necesario tener en cuenta lo que quiere el paciente, sin embargo, se deben considerar un conjunto de aspectos importantes antes de tomar la decisión definitiva.

La esencia de la enfermería es el cuidado, considerado como un arte, por esto, la enfermera debe participar de forma activa en la toma de decisiones de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET) aportando su conocimiento desde su perspectiva de cuidado humanizado. Pese a lo cual, en una investigación realizada en una Unidad de Cuidados Intensivos, el resultado más llamativo del estudio es que los mismos

Profesionales de Enfermería, en más de una tercera parte, opinan que ellos/as no deben participar en la toma de decisiones a la hora de decidir la Limitación del Tratamiento en su paciente. Dichos profesionales no son conscientes de la importancia que tiene su participación en este proceso, pues esta aporta su visión humanizadora de los cuidados y la ética del cuidar (Santana Cabrera et ál., 2010).

Sin embargo, la decisión de optar por la Limitación del Esfuerzo Terapéutico, o no hacerlo, suele ser del médico, pero la ejecución de la misma habitualmente corresponde a enfermería y puede aparecer conflicto. El enfermero, experto en la dinámica de los cuidados, suele estar muy sensibilizado ante el riesgo de Obstinación Terapéutica y en ocasiones se encuentra ante el dilema de tener la orden médica de poner o quitar un procedimiento y no estar de acuerdo (Barbero et ál., 2015).

Por esa razón, el Profesional de Enfermería debe formar parte de las decisiones de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico, aunque pueda existir un conflicto entre médico-enfermera, es necesario que el profesional directamente encargado del cuidado del paciente intervenga en la tarea de quitar o poner un tratamiento.

Pues, “La toma de decisiones de Limitar el Esfuerzo Terapéutico puede estar muy influida por las emociones actuando como variable intermedia” (Barbero et ál. 2015). Generalmente, es en las Unidades de Cuidados Intensivos o Paliativos donde surge la necesidad de tomar este tipo de decisiones y es en estos lugares en los que se encuentran más cuidadores que viven una serie de emociones que se convierten en una variable intermedia (que puede ser favorable o desfavorable) a la hora de tomar estas determinaciones.

En conclusión, la acción de dejar que la muerte

siga su curso natural cuando hay certeza de muerte inminente y el tratamiento es ineficaz y penoso, entraría dentro de las prácticas reconocidas como éticas. La conducta de los profesionales de la salud debe estar dirigida a no menospreciar nunca la vida de sus enfermos, pero deberán aprender a respetar la vida y aceptar la inevitabilidad de la muerte en determinadas circunstancias.

Finalmente, es el Profesional de Enfermería quien puede reconocer las diferentes emociones del enfermo cuando este sabe que sus posibilidades de recuperarse son nulas y es en esos momentos en los que es preciso indagar sus sentimientos para poder responderle de la manera más favorable según la fase en que se encuentre: incredulidad, rechazo, rebeldía, sumisión, negación o aceptación.

Por otro lado, los profesionales de enfermería tienen diversos roles que ejercen en los distintos momentos de cuidado de los pacientes. “Así, en el cuidado humanizado se destacan los roles de defensor de los intereses del paciente, por su cercanía con él, y de agente comunicador, que mantiene el nexo entre la familia y el equipo médico” (Yáñez y Vargas, 2018)

Y a pesar de que hoy en día se promueve el trabajo multidisciplinar, es primordial destacar la importancia de la participación de la Enfermera en el proceso de deliberación y toma de decisiones del paciente y la familia. Esta desempeña una función de agente de la información, siendo la representante de los intereses del paciente, velando por sus derechos y necesidades. “Además, tiene una posición distinguida frente a otros profesionales en la administración de cuidados, y su visión integral le permite identificar qué tratamientos han dejado de ser efectivos y proponer la reorientación de estos” (Cilla y Martínez, 2018)

Por otra parte, es importante señalar que la LET, no implica, en absoluto, la desatención del enfermo y en especial del EC (enfermo crítico)

moribundo. Por el contrario, se espera que el Profesional de Enfermería participe de forma activa aportando la visión humanizadora de los cuidados y la ética del cuidar. (Pegueroles, 2009)

Eso queda patente al afirmar que “cuando la LET se inicia, no se abandona al paciente, se da prioridad a que se encuentre junto a su familia en los momentos finales de la vida y que cuente con bienestar y alivio del sufrimiento” (Vallés et ál, 2016)

Referencias Bibliográficas

Barbero, J. Casanova, C. Gijón, P y Júdez, J. (2015). Limitación del esfuerzo terapéutico. Recuperado de <https://www.eutanasia.ws/hemeroteca/letbarbero.pdf>. Septiembre 20 de 2018.

Batiz Cantera, J. (2006). Limitar el esfuerzo terapéutico al final de la vida. Recuperado de <http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/LIMITACION-ESFUERZO-TERAPEUTICO-BATIZ.pdf>.

Betancourt Reyes, G.L. (2017). Un dilema ético actual: ¿Ensañamiento terapéutico o adecuación del esfuerzo terapéutico? Rev. Méd Electrón. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400012. Febrero 18 de 2019.

Falcó Pegueroles, A. (2009). La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a considerar. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-enfermera-frente-limitacion-del-13141481>. Septiembre 23 de 2018.

Lagoueyte M.I. (2019). Afrontando la muerte,

Bioética y Enfermería, “Nuestra decisión es cuidar”. Papel de los profesionales de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico. Fundación interamericana CIENCIA Y VIDA.

Mendoza, G del Solar. (2008). El concepto de futilidad en la práctica médica. Recuperado de https://www.academia.edu/5252159/El_concepto_de_futilidad_en_la_pr%C3%A1ctica_m%C3%A9dica. Septiembre 23 de 2018.

MINSALUD. (2018). Documento de voluntad anticipada (DVA). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abece-voluntad-anticipada.pdf>. Octubre 10 de 2019.

Pérez, F.M. (2016). Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-adequacion-del-esfuerzo-terapeutico-una-S1138359315004177>. Septiembre 23 de 2018.

Restrepo Bernal, D. Cossio Uribe, C. (2013). Limitación de esfuerzos terapéuticos: mucho más que dejar de hacer. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-avance-resumen-limitacion-esfuerzos-terapeuticos-mucho-mas-S034745014600901>. Septiembre 23 de 2018.

Rojas, I.G. Vargas, I.C. Ferrer, L. (2013). Rol de la enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n3/art_05.pdf. Septiembre 20 de 2018.

Vallés Fructuoso, O. Ruiz de Pablo, B y Fernández Plaza, M. Estalella, G. (2016).

Perspectiva de los profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos sobre la limitación del tratamiento de soporte vital. *Enfermería Intensiva*. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239916300372>. Marzo 8 de 2019.

Yáñez, M. Vargas, I. (2018). Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v22n1/0123-3122-pebi-22-01-00056.pdf>. Octubre 28 de 2018.

Acompañar y enseñar el cuidado: esencia del quehacer enfermero

Andrés Felipe Isaza Arroyave¹

Describir el proceso de adaptación laboral de los migrantes profesionales de Enfermería. MUn día que parecía ser uno más sin trascendencia, en este proceso de formación exigente y gratificante al mismo tiempo, sin embargo, entre la entrega de turno de este día, el que parecía ser uno más, me llama la atención un paciente y su madre, quizá la edad del pequeño, su padecimiento y el rostro de su madre me inquietan y me obligan a conocer más allá de lo escuchado.

Ahí estaba yo, tratando de entender el rostro de esa madre, cuidadora por naturaleza y yo cuidador en formación; ahí estaba el rostro de ese pequeño tratando entender el por qué su cuerpo se había paralizado si solo estaba jugando con sus amigos; la voz se me entrecortaba tratando de entender la injusticia de la vida ante la inocencia y vitalidad del pequeño. David con sus 12 años de edad y su inocencia, quien en días anteriores disfrutaba de la vida, corría, pateaba balones y montaba bicicleta, recorría los caminos de su pueblo para ir a su escuela, buscando tener mejores oportunidades para su vida y la de su familia, pero que se limitaba hablar y a no perder la alegría que lo caracterizaba, como lo contaba su madre y lo reafirmaba él con su risa entre chanza y chanza en ese momento de incertidumbre, enseñándonos a estar alegres aún en la adversidad.

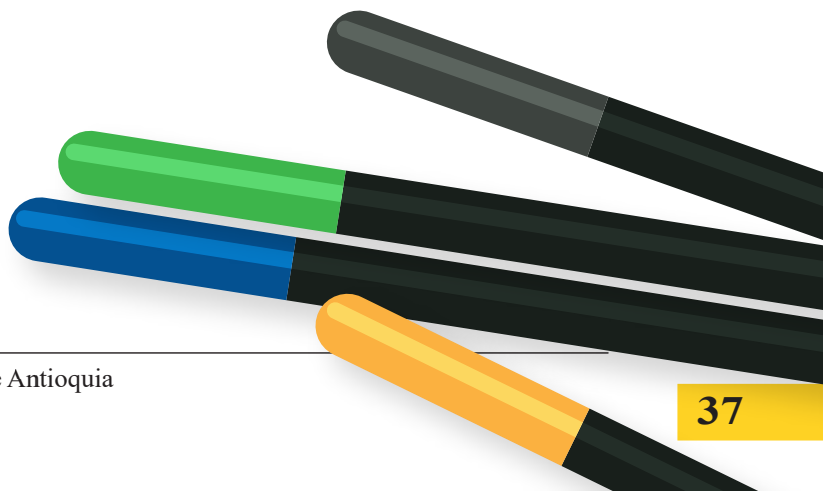
El pequeño David en días anteriores había salido a jugar con sus amigos como frecuentemente lo hacía, jamás imaginó que bañarse en uno de los charcos de su pueblo natal se iba a convertir en una tragedia para su vida, esa mañana decidió lanzarse al charco y se golpeó la cabeza en una piedra, generando una lesión en la médula espinal, que paralizó su cuerpo y sus sueños por completo, sus ojos permanecían alegres como quien no renuncia a perder la alegría y vitalidad a pesar de las circunstancias.

Ahí estaba, una madre desconcertada, abrumada sin entender la magnitud de lo sucedido a su hijo, pero fuerte ante la grandeza del pequeño David. Ese era mi reto, para el cual la formación académica me había preparado, pero que quizá yo no lo había asumido, con la crudeza de la realidad palpable del vivir y sentir de una familia a quienes en un abrir y cerrar de ojos su vida había cambiado por completo.

En mi mente retumbaba la palabra cuidado holístico, un término resonante, quizá trillado pero palpable en la realidad de esta familia, donde sus dinámicas personales y familiares habían tomado un giro para el cual no estaban preparados. David y su familia se habían convertido en un reto para mí, entender su estado y educar a su madre en los cuidados que debía brindar a David en su hogar, era

una tarea infaltable en cada una de las mañanas que compartimos. Se trataba de educar en lo que yo me estaba formando; bañarlo en la cama, realizarle cambios de posición, evitar que su piel se lesionara por permanecer en la misma posición, cambiarle el pañal, movilizarlo, realizarle terapia física, un sinfín de temas que se volvían cortos ante la magnitud de la responsabilidad de esta madre ante la nueva realidad de su hijo, ella atenta y dispuesta absorbía todo lo que le permitiera brindar bienestar y salud al pequeño David. En ese momento comprendí y reafirmé el cuidado holístico del profesional de enfermería, en ese momento me sentí importante al aportar un poco de mi conocimiento a alguien quien la naturaleza le había enseñado a cuidar a un hijo, pero que quizá esa misma naturaleza le puso en el camino una nueva manera de cuidar con el mismo amor y paciencia. El egreso del pequeño David significaba una inmensa alegría para él, por volver a estar en su hogar y disfrutar del tiempo con su familia, pero al mismo tiempo se convertía en temor para su madre por enfrentarse a su nueva realidad, y a la vez por convertirse en la cuidadora principal día y noche donde pondría en práctica su rol de cuidadora innata, y los aprendizajes obtenidos durante las semanas que el pequeño estuvo bajo nuestros cuidados. Para mí significaba la satisfacción del deber cumplido, pero al mismo tiempo nostalgia por el sentir del pequeño David y su madre quienes dentro de su fortaleza guardaban sentimientos de tristeza y desesperanza ante el nuevo devenir de sus vidas.

El cuidado como esencia de la enfermería no debe pasar desapercibido en el quehacer diario del profesional de enfermería, las necesidades de nuestros pacientes ameritan intervenciones más directas y esenciales para el mejoramiento de sus condiciones de vida. Es aquí donde la formación académica y la realidad de la práctica toman un valor importante, donde convergen la academia, la ciencia, la práctica y los saberes propios o populares que pasan de generación a generación, con un único fin, mejorar las condiciones de salud de cada sujeto de cuidado, al cual aportamos de diferentes formas en cada una de las etapas de su vida, en busca de un trato digno, profesional e intervenciones enfocadas desde la realidad de las personas, dejando de lado una atención insensible y deshumanizada, que cada vez desdibuja más el rol de cuidador; la esencia de la enfermería es el cuidado, porque enfermería es amor, empatía, enseñanza, acompañamiento, compartir, sentir y estar presente desde el nacimiento hasta el fin de los días.



¹Estudiante Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia

Enfermería, más que una profesión

Edwin Andrés Agudelo Marín¹

A finales de julio del 2020, el año más atípico de las últimas décadas que ha enfrentado la humanidad y que se ha convertido en la pesadilla de muchas familias, salía de una clínica de Medellín, un paciente de 71 años de edad quien tenía antecedentes de hipertensión, diabetes e hiperplasia benigna de próstata y que un par de días atrás había ingresado por un síncope; previo a esto nunca había sido hospitalizado y gozaba de una excelente salud; no tenía la menor sospecha de que el día del alta le darían la noticia de que un adenocarcinoma de colon se propagaba de forma acelerada dentro de él y destruía todo a su paso; los órganos más afectados hígado y pulmón. Las dudas abundan cuando se enfrenta una enfermedad catastrófica como el cáncer ¿cuánto voy a vivir? ¿por qué me pasó esto a mí? ¡No podré disfrutar a Sarita! (su nieta de tan solo 12 meses).

- Las respuesta eran confusas y algunas nunca se obtuvieron; los síntomas poco a poco se tornaban más diversos; desde el dolor, la anorexia, constipación inducida por los opiáceos e incluso un episodio de impactación y el cambio en la apariencia física...un panorama que fragmentaba lo que para el paciente era calidad de vida.

La batalla se enmarcó en un doloroso proceso de interminables pérdidas para él y para la familia; pasar de ser una persona sana a perder, primero el ideal de “salud” y la tranquilidad...luego perder la capacidad para movilizarse de forma autónoma como solía hacerlo...un día despertar y ya no tener el más mínimo interés por la comida...pasar por una cirugía y sentir que su imagen corporal fue agredida e invadida por una ileostomía...y finalmente llegar a ser una persona caquética, postrada en cama y con cortos periodos de lucidez, sumergidos en un delirio que lo acompañó durante la agonía y la muerte.

Gracias a las “casualidades” de la vida, en ese preciso momento dos docentes de la Universidad de Antioquia, ofertaron un curso virtual de cuidados paliativos el cual fue de gran ayuda, ya que con las diferentes escalas de valoración (EDMONTON, escala visual análoga del dolor, Braden, escala de funcionalidad y otras) el proceso enfermero y los temas abordados en la materia se planearon y ejecutaron múltiples intervenciones; como resultado, muchos de los síntomas se controlaron o se disminuyeron significativamente, se gestionaron desde la parte legal algunas de las necesidades del paciente, teniendo en cuenta la normatividad vigente, ya que en Colombia quien se enferma libra dos batallas, una contra la enfermedad y otra contra el sistema de salud; se lograron despejar interrogantes, suplir necesidades espirituales, ser una verdadera fuente de apoyo para al paciente y la familia y aún más importante, comprender y vivir de cerca el cuidado antes de la muerte.

Experimenté que el cuidado no es solo para aquellas personas que tiene un excelente pronóstico de

vida, sino también para quienes enfrentan una enfermedad terminal y las que están en agonía, seres humanos que merecen una muerte digna. Cuando nos planteamos el objetivo de ser enfermeros, lo hacemos por múltiples razones entre ellas, ayudar al otro, sanar a quienes son afligidos por la enfermedad, cuidar a quien lo necesite, salvar vidas o la influencia de un tercero; es una meta de realización profesional; sin embargo, enfermería más allá de una disciplina, un arte o una profesión para ayudar al “otro” es algo que permea todas las esferas de la vida de quien se sumerge en ella, de quien asume el reto con cariño, pensado “ser el mejor” y que como en mi caso se convierte en un herramienta para afrontar los momentos difíciles que como seres humanos debemos vivir y superar.

Ese paciente de 71 años de edad era mi familiar, alguien a quien admiré y respeté durante el tiempo que compartí con él, a quien le brindé mi compañía, mi cariño y los conocimientos que tengo como enfermero en formación para evitarle el dolor y el sufrimiento, para hacerlo sentir una persona digna y valorada, aun cuando la enfermedad le hacía pensar lo contrario, para acompañarlo en todo el proceso de enfermar y morir.

En este momento siento, que la enfermería más allá de ser una profesión indispensable para el sistema de salud, es una herramienta de vida, que te forja no sólo como profesional, sino también como ser humano, y que aporta elementos indispensables para enfrentar de forma asertiva y crítica sucesos vitales como la enfermedad y muerte de un familiar. Le agradezco a cada uno de los docentes, compañeros y a la enfermería que me han dado el valor y los conocimientos para ayudar a mi familia en estos momentos tan complejos.


¹Técnico Laboral en enfermería, Estudiante Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia

Voces sobre >>>
El Cuidado



Diálogos

Trabajos en formato textual o audiovisual, derivados de conversaciones con pares internos, externos, profesionales de otras disciplinas sobre temas relacionados con la salud, el bienestar y el cuidado.



**La Agremiación en Enfermería:
estudiantes y profesionales
a una sola voz.
Diciembre de 2020**



Ver video en YouTube 
Facultad de Enfermería UdeA

Voces sobre >>>
El Cuidado

Controversias

Ensayos sobre temas de política, salud, bienestar y cuidado.



¡Dejen madurar la ciencia!

Urgencias, demandas y alternativas de la empresa editorial ante la crisis del covid 19

→ Doris E. Ospina-Muñoz ¹

Madurar viene de la voz latina *maturus*, indica una acción deseable en el tiempo. Madurar es alcanzar la realización óptima de algo o alguien; implica paciencia, espera y reflexión. El significado cambia al anteponerle los verbos dejar o hacer. Dejar madurar significa seguir el proceso de forma espontánea; mientras que hacer madurar indica ejercer una acción externa que acelera y, en muchos casos, malogra el resultado. Así, dejar madurar la ciencia bajo sus propios parámetros y convenciones es lo que tradicionalmente nos ha permitido confiar en ella y ordenar el mundo; por el contrario, acceder en más cantidad y velocidad a sus productos parece afectar la percepción pública de la ciencia: genera incertidumbre, desconfianza en sus resultados, pérdida de sentido sobre sus fines superiores, y sentimiento de impotencia ante la imposibilidad de abarcar su producción. Pronto estaremos en un punto en que no podremos leer ni la mitad de las publicaciones. Si acaso, dice Spinak (2015), serán indizadas por robots.

La consecuencia de este ritmo es fatal para las sociedades contemporáneas, definidas en relación al conocimiento. La velocidad de las publicaciones científicas nos está alejando de una de las fuentes más importantes para la autorrealización humana (Taylor, 1994); nos pone en riesgo de volver a un tiempo en que lo que

consideremos bueno o verdadero estará bajo las mismas fuerzas que, antaño, por autoridad, fuerza o tradición, indicaban cuáles debían ser nuestros ideales.

Enumerar las fuerzas que hacen madurar la ciencia implica una extensa disertación. Aquí solo se hará referencia al sistema de evaluación de la integridad científica implementado por la empresa editorial, vista en el contexto de competencia global por el mercado lector, el cual ha ido perdiendo el equilibrio moral entre sus ejes fundacionales como campo de poder democrático: ser simultáneamente una empresa comercial, cultural y sociopolítica (Bourdieu, 1999). Pues, la empresa editorial puso a circular la comunicación científica en torno a las editoriales comerciales y la evaluación de la ciencia está en manos de métricas propietarias, poniendo los objetivos comerciales por encima de los objetivos culturales y del agenciamiento de la ciencia como bien común (Becerril García, 2020).

Asunto que se ha visibilizado más con la dinámica de publicaciones sobre COVID-19. Desde antes de la pandemia había preocupación y programas para transformar el sistema de medición de la ciencia. Se sabe de

¹Psicóloga, Magister en Salud Colectiva. Doctora en Filosofía. Profesora titular Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería. Correo electrónico doris.ospina@udea.edu.co

²Lo que entendemos tradicionalmente por ciencia es conocimiento que se obtiene siguiendo con rigurosidad el método científico, idealmente aséptico, objetivo y neutral, liberado de saberes y experiencias no comprobables e irrefutables.

las limitaciones del indicador factor de impacto (FI) de las revistas para medir la calidad artículos científicos. Este pasó de ser una herramienta para orientar la compra y suscripción a revistas, a utilizarse como medida de calidad científica, reduciéndola a indicadores de citación específicos, sesgados y manipulables por políticas editoriales (DORA, 2012).

Fruto de la carrera contra reloj para entender de qué se trata la enfermedad y el virus Covid-19, al cuatro de noviembre de 2020 se habían producido 38 retractaciones y 5 retiros de artículos científicos relacionados con el tema (Retraction watch, 2020). Según Salcedo (2020) “Una retractación científica, sucede cuando una revista especializada o el autor de una investigación retiran un artículo cuya información se ha comprobado que es falsa, plagiada, redundante o que tiene fallas en los análisis”. Por su parte, un retiro, parece ser una estrategia que no exige explicaciones y permite desaparecer un artículo sin dejar rastro. Según algunas opiniones, no implica la carga de la mala práctica que parece subyace al primero (Bolland et ál. 2020). Estos fenómenos son costosos tanto para revistas e investigadores: ambos pierden dinero, prestigio y estatus académico (Rawat & Meena, 2014). El daño mayor se produce sobre la sociedad que espera la cura.

En tiempos “normales” de producción científica las retractaciones son escasas y se entienden como fruto de la reflexión, la contrastación y, en el mejor de los casos, por el seguimiento de procesos de falsación necesarios para el progreso científico (Popper, 1980). Sin embargo, las retractaciones son siempre indeseables porque el tiempo que transcurre entre la identificación de una publicación defectuosa y su retractación es largo (entre 16 y 130 meses), tiempo en que “contamina” otras publicaciones. Por ejemplo, un artículo que involucró falsificación y fabricación

de datos afectó 33 ensayos, produciendo 28 retractaciones y 577 citaciones en varios artículos más (Bolland et ál 2020).

En tiempos “excepcionalmente excepcionales”³ como los que nos impone la pandemia, el número de retractaciones, dicen los expertos, aún no es significativo en comparación con el volumen de investigaciones activas y es mejor que se produzcan rápido a que no se produzcan (Salcedo, 2020). Pero es innegable que asistimos a un evento histórico que amerita ser registrado para documentar lo urgente que resulta atender las preocupaciones sobre el sistema de evaluación científica.

La variedad de casos retractados, revistas involucradas y origen de los estudios no permite establecer tendencias ni identificar con certeza los asuntos que están provocando tal cantidad de retractaciones; pero tenemos la oportunidad de plantear preguntas de investigación histórica; algunas con implicaciones biopolíticas, puesto que se está influyendo sobre la toma de decisiones políticas en salud. Por su representatividad en la lista de estudios retractados, preguntas sobre el contexto de las investigaciones sobre hidroxycloquina, ivermectina, validez de las pruebas, uso de mascarillas y los reportes de salud mental de profesionales de la salud, especialmente de profesionales de enfermería, podrían develar aspectos importantes sobre los intereses detrás de estos estudios y las dinámicas de la ciencia y la integridad científica. En un futuro cercano los temas serán la puja por la(s) vacuna(s) y los pronósticos basados en inteligencia artificial.

Estas circunstancias indican que tenemos el escenario perfecto para desarrollar una “teoría del error” que permite a los científicos que

³Ver: (de Sousa Santos, 2020)

trabajan en una situación histórica particular: “aprender a reconocer el error y a convivir con él, teniendo siempre presente que él mismo está sujeto a añadir nuevos errores en cualquier etapa de la investigación; contener reglas basadas en la experiencia y la práctica e indicaciones y sugerencias heurísticas mejor que leyes generales, relacionándolas con episodios históricos que en algunas ocasiones han llevado a los investigadores al éxito; desarrollar la imaginación de los estudiantes sin proveerles de prescripciones y procedimientos inalterables; contar una historia al mejor modo de las narraciones literarias, con buena cantidad de chismorreos, y por último, que permita al lector elegir lo que se ajusta a su caso, según su bagaje” (Feyerabend, 1989, pág. 9)

El contexto de la propuesta de Feyerabend (1989) fue una crítica a la epistemología moderna, a la educación científica y su adherencia al método monológico, pero aún es pertinente y extensible a la situación actual. Las fuentes del error científico pueden ser variadas y poco reconocidas en las prácticas y la conciencia de los investigadores, y aunque los fenomenólogos sugieren enriquecer los estudios y resultados de la ciencia con reflexiones sobre los determinantes históricos, políticos, metodológicos y subjetivos de la producción científica, estos reportes siguen siendo escasos.

Dice Feyerabend (1889, pág. 10) que cuando participar directamente en la ciencia no es posible, conviene seguir los episodios históricos sobre un tema, abordándolos con el cariño de un novelista o con el gusto del chismoso por el escándalo y la sorpresa, con visión profunda tanto de la fuerza como de la debilidad de la inteligencia y la estupidez, del amor a la verdad como de la voluntad de engañar, de la modestia como del orgullo, más que con los crudos, risibles e inadecuados instrumentos del lógico.

Si la “teoría del error” ha de escribirse como

historia o novela, la oportunidad está servida. ⁴Bill Gates y ⁵Christine Lagarde, con sus premoniciones sobre el futuro de la humanidad y el sistema financiero global, inspirarían las figuras protagónicas de la narración, los informes de retractación ofrecerían la trama en la que hermanos se disputan el honor y el reconocimiento bajo la influencia de fuerzas oscuras como la ambición, la manipulación, el oportunismo y la inmediatez. Y la guerra comercial entre dos gigantes y el desastre ecológico, in crescendo, ofrecerían el escenario para un capítulo más de la tragicomedia de la ciencia contemporánea.

Lo que Feyerabend llama anarquía epistemológica es una tarea pendiente y necesaria, sobre todo en nuestros países en desarrollo, donde, desde la voz de Boaventura de Sousa (2003) otras epistemologías son necesarias para la emancipación. La primera tendría que ser al método científico, que perfila desde antiguo nuestra característica forma de fragmentar el mundo para acercarnos a la realidad, despreciando toda experiencia subjetiva y valórica. La segunda sería respecto de los intelectuales y los académicos presos del sistema que les enseñó a “no mediar entre las ideologías, las necesidades y las aspiraciones de los ciudadanos comunes. Sólo median entre ellos y sus pequeños y grandes intereses (de Sousa Santos, 2020).

Algunas de las retractaciones listadas por Retraction Watch declaran que fueron problemas éticos los que provocaron la decisión de retirar o retractar el artículo: conflictos por derechos de autor y plagio pueden ser identificados. La mayoría de los artículos retractados se han publicado en plataformas de preimpresión como Medrxiv⁶ o BioRxiv⁷, eso significa que no han recibido la adecuada evaluación antes de la publicación y los problemas fueron identificados

⁴Bill Gates predijo hace cinco años una pandemia similar al coronavirus.

https://cronicaglobal.espanol.com/vida/bill-gates-predijo-hace-cinco-anos-pandemia-similar-coronavirus_326331_102.html

⁵No hay pruebas de que ella haya pronunciado la frase que se le acusa, pero si es cierto que en los informes financieros del Fondo Monetario Internacional se habla del riesgo de longevidad para el sistema financiero global, del cual la Dra Lagarde se ha convertido en ícono. <https://maldita.es/malditobulo/2020/09/16/christine-lagarde-tenemos-que-hacer-algo-ya-ancianos-viven-demasiado-y-es-un-riesgo-para-la-economia-mundial/>

⁶<https://www.medrxiv.org/>

⁷<https://www.biorxiv.org/>

post-publicación por pares: en los métodos, la inferencia de conclusiones y el uso del lenguaje. Lo anterior puede ser prueba, no sólo de la prematurez de la publicación, sino también de las falsas promesas de los procesos digitales cuando de publicación, evaluación y divulgación de la ciencia se trata.

En contraste, otras retractaciones han aparecido en revistas prestigiosas que administran una política editorial de evaluación por pares. Sin embargo, no han escapado a este problema que revela, primero, la posibilidad de que la “peer review”, no sea tan efectiva como parece para detectar los vicios de la pseudociencia; y segundo, un posible relajamiento de los criterios de rigor en la investigación y la publicación debido a las presiones de la contingencia en salud, lo que resulta contradictorio ante la necesidad de soluciones basadas en ciencia bien consolidada.

No es gratuito que después de la declaratoria de pandemia, la Red Latinoamérica y del Caribe de Comités Nacionales de bioética exhortara a la totalidad de la sociedad, a las autoridades sanitarias, a las instancias de gestión gubernamental y a las instituciones académicas a someter sus actuaciones investigativas al Derecho Internacional de Derechos Humanos, a las declaraciones bioéticas universales de la UNESCO y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (Red de bioética, 2020).

Un argumento que justificaría, al menos en parte, el ritmo de las publicaciones sobre COVID-19 sería la idea de que estamos ante una situación de investigación cooperativa, en la que colegas de las diversas áreas, campos y localizaciones geográficas necesitan conocer con prontitud los resultados de las investigaciones en curso, con el interés de apoyarse mutuamente y conseguir el mejor resultado posible de manera colectiva. Pero esto está bastante alejado de la realidad. Para alcanzar la ciencia como “bien común” es menester evitar su maduración artificial mediante prácticas

irreflexivas de divulgación y publicación fundadas en intereses de mercado y biopoder.

Uno de los criterios más fuertes y contundentes en cuando a la conducción responsable de la investigación científica es la posibilidad de involucrar en los estudios y socialización de resultados de investigación a la población en general, pero especialmente a aquella que pueda manifestar algún rasgo de vulnerabilidad. Bajo la pandemia, todos somos vulnerables y la posibilidad de estar mal informados no contribuye a su mitigación. Por el contrario, la incrementa. Quienes se adscriben a la tendencia conocida como *publish or perish*⁸ parecen no ser sensibles a este criterio, responden fácilmente a la presión que enfrentan los investigadores de publicar trabajos académicos para avanzar rápidamente en su carrera académica, seguida de bonificaciones económicas, incremento en sus índices de publicación y escalonamiento laboral, favoreciendo, a la vez, los ingresos de las empresas editoriales comerciales dedicadas a la divulgación de la ciencia que, en muchos casos, se realiza con recursos públicos (Rawat & Meena, 2014) (Posada & Chen, 2017). Comportamiento que trastoca la idea de que el acceso equitativo a los adelantos de la ciencia y la tecnología, así como la más alta circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de conocimientos, son pilares del progreso de la ciencia contemporánea (UNESCO, 2005)

Aplicando las sugerencias de Feyerabend (1989) al contexto actual de pandemia, además de acrecentar la conciencia sobre los graves problemas que están acaeciendo en la relación entre el sistema editorial y la publicación científica, otras ventajas de la “teoría del error” sobre el Covid-19 pueden ser mencionadas: develar la tensión entre fallas voluntarias e involuntarias a la hora de aplicar el método

⁸Nombre tomado del software Publish or Perish que es un programa que recupera y analiza citas académicas, diseñado para que los investigadores presenten el impacto de la investigación. Ver: <https://harzing.com/resources/publish-or-perish>

científico y explicar las razones de ambos incumplimientos; describir las transformaciones y reacciones que pueden estar teniendo lugar en el mundo científico dadas las dimensiones de la pandemia; identificar las líneas discursivas y argumentativas, desde lo político y lo cultural, presentes en los imaginarios post pandemia; reconstruir las condiciones materiales y psicológicas en las que se han producido las retractaciones de las publicaciones científicas. Y quizás, también, si se incluyen las voces de los más desventajados, aportar a la liberación del miedo a esta pandemia y las futuras que se vaticinan (de Sousa Santos, 2020).

Para finalizar, vale la pena aclarar que no estoy apelando a una defensa del relativismo epistemológico o a una justificación del todo vale metodológico que se le acusa a Feyerabend. Estoy llamando a la reflexión sobre que la ciencia, concebida como fenómeno histórico y dinámico, no ocurre en el vacío observacional, político y experiencial, sino todo lo contrario, y más allá de la anarquía epistemológica o metodológica, estamos ad portas de reconfigurar no solo nuestros modos de pensar y hacer ciencia, sino también los modos como vivimos con ella y de ella.

Bibliografía

Alianza, i. d. (2020). Qué se dice y dónde se dice. Carta abierta de las y los editores independientes a los autores, autoras e intelectuales comprometidos con un mundo más justo. Alianza internacional de editores independientes.

Becerril, A. (2020). Las revistas científicas en la era digital: la experiencia de Redalyc. Modulo 6, Clase 2. Diploma en políticas editoriales en las ciencias sociales. Argentina: Clacso.

Bourdieu, P. (1999). Una revolución concervadora en la edición. Actes de la recherche en sciences sociales, 126-27. Recuperado el 4 de Nov de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5914253>

Cámara colombiana del libro. (2016). Principales hallazgos sobre el sector editorial en Colombia. Obtenido de <https://economianaranja.gov.co/media/roils4ge/a-7-8-2-principales-hallazgos-sobre-el-sector-editorial.pdf>

De Diego, J. I. (2020). Redes intelectuales y proyectos editoriales en América Latina. Diploma superior en políticas editoriales para las ciencias sociales. Buenos Aires: Clacso.

De Sousa Santos, B. (2003). Crítica de la razón indolente. contra el desperdicio de la experiencia. . Bilbao: Desclée de Brower S.A.
de Sousa Santos, B. (2020). La cruel pedagogía del virus. Buenos Aires: Transnational institute, Clacso.

Diccionario de etimologías. (2001). Chile: <http://etimologias.dechile.net/?madurar>. Obtenido de <http://etimologias.dechile.net/?madurar>
Diccionario RAE. (2014). Madrid: Real Academia Española. Obtenido de <https://dle.rae.es/madregar?m=form>

DORA. (2012). Declaración de San Francisco sobre evaluación de la investigación. En S. E. Celular (Ed.), Declaración de San Francisco sobre evaluación de la investigación. San Francisco. Obtenido de <https://sfdora.org/read/>

Feyerabend, P. K. (1989). Contra el método. Barcelona: Ariel.

Furlong, S. (7 de 06 de 2020). Pandemia y desigualdades en América Latina. Celag. Obtenido de <https://www.celag.org/pandemia-y-desigualdades-en-america-latina/>

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. Lancet, 358-88.

Marqués, N. J. (2020). Construcción de Planes Nacionales de Lectura – el caso de Brasil. Diploma superior sobre políticas editoriales en ciencias sociales. Buenos Aires: Clacso.

Medrxiv. (4 de noviembre de 2020). Obtenido de <https://www.medrxiv.org/>

Nassi, L. A. (2013). Artículo propone cuatro pilares para la comunicación científica para promover la velocidad y la calidad de la ciencia [online]. SciELO en Perspectiva,. Obtenido de <https://blog.scielo.org/es/2013/07/31/articulo-propone-cuatro-pilares-para-la-comunicacion-cientifica-para-promover-la-velocidad-y-la-calidad-de-la-ciencia>

Popper, K. (1980). Panorama de algunos problemas fundamentales. En K. Popper, La lógica de la investigación científica (págs. 27-43). Madrid: Tecnos.

Posada, A., & Chen, G. (2017). Preliminary Findings: Rent Seeking by Elsevier. Publishers are increasingly in control of scholarly infrastructure and why we should care, A Case Study of Elsevier. The knowledge G.A.P. Obtenido de <http://knowledgegap.org/index.php/sub-projects/rent-seeking-and-financialization-of-the-academic-publishing-industry/preliminary-findings/>

Rawat, S., & Meena, S. P. (2014). Publicar o perecer: ¿hacia dónde vamos? Revista de investigación en ciencias médicas: la revista oficial de la Universidad de Ciencias Médicas de Isfahan, 19 (2), 87–89. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3999612/>

Red de bioética, A. L. (2020). Ante las investigaciones biomédicas por la pandemia de enfermedad infecciosa por coronavirus Covid-19. https://es.unesco.org/sites/default/files/declaracion_red_alac_cnbs_investigaciones_covid_19.pdf.

Retraction watch. (2020). Documentos del

coronavirus retraído (COVID-19). Obtenido de <https://retractionwatch.com/retracted-coronavirus-covid-19-papers/>

Rodríguez, L., & Vessuri, H. (2007). La industria de la publicación científica: transformaciones recientes de la propiedad intelectual en el campo de las revistas científicas electrónicas. Revista venezolana de economía y ciencias sociales, 13(1), 91-115. Obtenido de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-64112007000100006

Salcedo, D. (30 de septiembre de 2020). Premura por entender covid-19, suma 33 retractaciones científicas. GRUPO MILENIO. Recuperado el 4 de noviembre de 2020, de <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/carrera-entender-covid-19-suma-33-retractaciones-cientificas>

Schavelzon, G. (20 de 10 de 2020). El fin del concepto de publicación, tal como lo entendíamos hasta ahora. EL BLOG DE GUILLERMO SCHAVELZON.

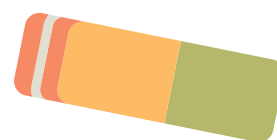
Schrödinger, E. (2006). La naturaleza de los griegos. Barcelona: Tusquest Editores S.A.

Schrödinger, E. (2017). Mi concepción del mundo. Bogotá: Planeta Colombiana S.A.

Spinak, E. (17 de junio de 2015). ¿Dónde y cómo publicarán nuestros jóvenes investigadores?. Preparando la nueva generación. CPAA UNAM - ReDiERAA. Seminario Permanente de Editores. Obtenido de <https://es.slideshare.net/seminarioeditores/pressentacion-mexico-1>

Taylor, C. (1994). Ética de la autenticidad. (P. Carbajosa, Trad.) Barcelona: Paidós.

UNESCO. (2005). Declaración universal sobre bioética y derechos humanos.





Voces sobre >>>

El Cuidado

Laboratorio de lenguas

Textos cortos de contenidos relacionados con salud, bienestar y cuidado escritos en idiomas distintos al español.



Research Internship Colombia - San Antonio, Texas - United States.

Natalia Arias Quiroz¹

"Travel, in the younger sort, is a part of education; in the elder, a part of experience."
Sir Francis Bacon.

You must travel to learn, to understand, to reflect, to open your eyes to the enormous world of knowledge and life.

I could describe my internship at the UT Health Science Center at San Antonio as one of the greatest life and academic training challenges that I have ever experienced. Facing a new experience in an unknown country, with a different culture and language, certainly put me to the test.

The beginning of this big dream, which was born in mid-2019, was full of great questions and fears. When I found out that I would have the opportunity to represent my alma mater in another part of the world, to show a different face of Colombian culture, our customs and people, many ideas came to my mind. There were even moments in which I wondered whether I was making the right decision. However, those moments passed, and as the long-awaited day drew closer, I finally understood that I was at the doors of a once-in-a-lifetime opportunity. After preparing this trip for approximately 6 months, the day finally came to travel the world.

In January 2020, I left full of expectations, illusions and dreams without ever imagining everything I would experience, everything I would appreciate, but above all, the depth of how I would understand my own humanity during the most uncertain moments in this internship.

After almost 6 hours of travel by plane, I finally arrived in San Antonio Texas. I was received by wonderful people, who invited me everywhere to learn their culture, their language, and see their country. The university and especially the Nursing school are equipped with the latest technology and an abundance of resources that I would never have imagined here in Colombia. I remember closing my eyes at that moment and thinking about everything that I had been able to learn at the university, about everything that I had built and what I had now become thanks to the University of Antioquia, which with few resources had managed to get its students, like me, to reach far-away places.

In this foreign university did I not only understand how much we learn with such limited resources, but I could also see closely the heroic role that nurses play around the world and much more now in the context of a pandemic. I understood that although a different language to mine was spoken, all were permeated by the language of love and care, which is ultimately universal, that the looks of gratitude

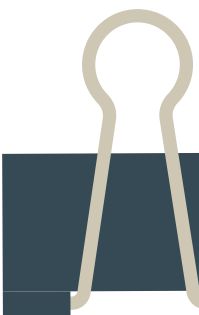
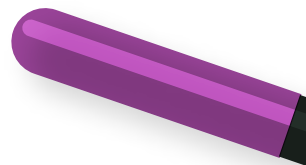
¹Last term student of nursing, Faculty of Nursing, University of Antioquia

are always the same, that words of encouragement are never too many and that although many people we care for do not know you, we become an important part of their lives.

However, not everything was happy in this experience. I cannot forget to mention the crisis due to SARS-CoV-2 (Covid 19) which reached me in a distant country, far from my loved ones, and put me to the test as a person and as a student. The uncertainty of not knowing when I could return was a physical and mental trigger at that time, television and computers replaced the starry sky and sunny days on the beach, the routine of doing the same thing every day and the closet full of memories, now locked away in the middle of the fear of not knowing exactly what was happening. However, those moments left me with deep and meaningful learning experiences and brought me back home as a human being who has a bigger idea of care, with an inexhaustible thirst to continue working, to take the nursing profession where it has never been, but above all, more confident of having made the right decision... the decision to be a nurse.

Now, months after returning with a unique experience in my mind and in my heart, I would like everyone to have the opportunity that I had without any pandemic, to see with their own eyes that traveling is developing and that the world is open to us, that it is infinite, endless and surprising.

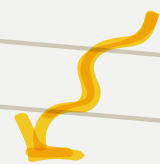
"Traveling leaves you speechless and then turns you into a storyteller." Ibn Battuta





Voces sobre >>>
El Cuidado

**Garabatos
letras y
algo más**



Producciones libres
(textos, imágenes)



¡Themis y el idilio de los ángeles

Mateo Gutiérrez ¹

Themis es una mujer fuerte y robusta. Su nombre significa “Ley de la Naturaleza” y hace alusión a la justicia. Themis se encuentra privada de su libertad desde hace 9 años en una cárcel de mi ciudad, por móviles que, de una u otra forma, la lanzan a un vacío, casi que irredento, de desolación y abandono.

Themis no supera los 45 años. El día que la conocí, hurtó las tijeras con las que cortaba el esparadrapo. Las tomó y se las llevó al cuello:

- ¡Me voy a matar! ¡Me voy a matar!

Gritó con fuerza y su grito retumbó en el pequeño edificio de sanidad de la reclusión de mujeres donde era enfermero, aterrando a las demás mujeres presentes y poniendo en actitud de combate a las guardianas que se abalanzaron sobre ella como buitres desalmados. Themis fue reducida. Themis siempre ha sido una mujer reducida.

Desde ese día, una convicción poderosa se adueñó de mí: Themis sería mi amiga. La hacía llamar de su celda a mi consultorio para hablar con ella, preguntarle cómo estaba, cómo se sentía. Durante estos encuentros descubrí la trama de cicatrices que se delineaban en sus antebrazos, en las fosas antecubitales, en su cuello. Marcas de todos los intentos previos de suicidio en reclusión. Conocí a su vez, algunas cicatrices de su alma, algunos dolores que habían labrado las salinas de su pecho.

Descubrí, también, su generosa dulzura, su tacto

sereno y su elegante vocabulario cultivado por las lecturas anónimas que realizaba en su celda, cosas de las que solo hablaba conmigo. Decidí ser el guardián de Themis. Apenas la veía llegar a sanidad, la tomaba entre mis brazos y la llevaba conmigo, para evitar que las guardianas le pusieran las pesadas restricciones o la provocaran con improperios.

Un día Themis me dijo:

-Yo vengo a Sanidad es para hablar con usted.

Tomó mis anteojos del escritorio y se los puso.

- ¿Cómo me veo? Me preguntó.

-Como una escritora famosa, Themis. Le respondí.

Por esos días supe que se interesaba profundamente por los ángeles. Le compré un libro al respecto y se lo entregué como un pequeño gesto de lo importante que se había vuelto para mí.


A Themis no la quieren en la cárcel, la consideran una mala interna. Para mí, por el contrario, Themis es una mujer llena de idilios y ensoñaciones.

La vida, en su trasegar, hizo que no continuara trabajando en la cárcel. No pude despedirme de ella, no la dejaron salir del patio. Entonces, le dejé una carta con mi colega. No supe si llegó a su destino. Lo que sí sé es que los ángeles que la rodean a ella, también están conmigo.

¹Egresado Facultad de Enfermería

Voces sobre 
El Cuidado

Reseñas


Comentarios y opinión sobre libros,
cine, música relacionados con la
política editorial del Cuaderno.



Serie Tiempos de Guerra

María Isabel Lagoueyte Gómez¹

Tiempos de guerra es una serie de la televisión española de 2017, creada por Ramón Campos, Teresa Fernández-Valdés y Gema R. Neira y producida por Bambú Producciones, ambientada en Melilla ciudad autónoma española situada en el norte de África, en 1920. Con un elenco de actores consagrados y una excelente producción, muestra la historia de una batalla en la cual el ejército español sufrió una derrota contundente.

La serie gira en torno a la guerra del Rif, sitio al cual fue enviado un grupo de enfermeras lideradas por la duquesa Carmen Angoloti a petición de la reina Victoria Eugenia. La duquesa es un personaje de la vida real quien obtuvo el título de dama enfermera de la Cruz Roja en 1920 y trabajó en hospitales de la Cruz Roja hasta poco antes de morir en 1959. En Melilla, organizó un nuevo centro de atención a los heridos en el que impuso unas normas básicas, destacando entre ellas la clasificación y vigilancia de los hospitalizados en función de la gravedad de sus heridas y no por su grado militar, el control estricto en los postoperatorios, mejoras en la alimentación y vigilancia exhaustiva de la limpieza y antisepsia, muy descuidada en los hospitales militares existentes. El Comité Internacional de la Cruz Roja le concedió la Medalla Florence Nightingale por sus méritos en el seno de esta institución.

Las llamadas damas enfermeras eran jóvenes de la aristocracia que tenían pocos conocimientos sobre enfermería pero que entusiasmadas por el ideal de servir a la patria se ofrecen a partir hacia una ciudad en guerra. A pesar de su título, Tiempos de guerra no es un drama bélico, sino un conjunto de capítulos en los que se mezcla el amor, la aventura, la pasión y el arte de la enfermería. La enfermera Carmen demuestra un liderazgo y un brío fuera de lo común que la lleva a enfrentarse al jefe de la sanidad que gestiona el hospital, pues sus convicciones sobre lo que hay que hacer son hondas y le faculta para tomar decisiones arriesgadas en beneficio de los pacientes.

A lo largo de sus 13 capítulos muestra de manera maravillosa lo que puede hacer un grupo de personas lideradas por alguien convencido de la importancia de un ideal. Las damas enfermeras hacen evidentes sus sentimientos, el miedo, la tristeza, la alegría, el deseo de servir que las mueve a entregarse a los pacientes. No las muestra como ángeles, aunque con sus uniformes y su valentía lo parecieran, eso es lo hermoso de la serie, que logra hacer evidente que ellas no están exentas de sufrir los temores que produce un hospital de guerra.

Aunque en algunos momentos se evidencian roces entre colegas, se resalta de manera especial la

¹Docente Departamento de Formación Básica Profesional, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia

amistad, la comprensión y el apoyo que se da entre las damas enfermeras, así como el profundo conocimiento del ser humano que tiene la duquesa.

De cierta manera, esta producción muestra los valores que desde siempre se les han atribuido a las enfermeras: entrega, valor, resistencia, orden, amor a los enfermos. No cabe duda de que siguen siendo válidos en la realidad actual. Y seguramente si se filmara una película de la vida real con enfermeras en ciudades en guerra esto es lo que se haría evidente.

Finalmente hay que rescatar las palabras que les dice la duquesa cuando viajan en el barco hacia Melilla: “Ahora toca ser fuertes, veamos lo que veamos, no hemos venido aquí a llorar por nadie...de nosotras solo escucharán palabras de alivio, de aliento y de fuerza y lo único que verán en nosotras será una sonrisa”.

Serie emitida por la plataforma de video Netflix.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**
Facultad de Enfermería

Comité Editorial



- * Beatriz Elena Arias López:
Jefe Centro de Investigación
- * Elvigia María Posada Vera:
Jefe Departamento de Posgrados
- * Doris Elena Ospina Muñoz:
Docente Departamento de Formación profesional
- * Berena Patricia Torres Marín:
Docente Departamento de Posgrados
- * María Isabel Logoueyte Gómez:
Docente Departamento de Formación Básica
- * Yeraldine Zapata Zapata:
Representante Consejo de Estudiantes
Área de comunicaciones Facultad de Enfermería
- * Carolina Suárez Correa
- * Leidy Chayana Cano Hernández

Universidad de Antioquia
Facultad de Enfermería
Número 1
Medellín, Colombia
2021

