

COLECCIÓN
INVESTIGACIÓN

CUIDADO CON-VER-GENTE: “Artesanías en investigación”

Milena Alexandra Galvis López
Compiladora

Omar Iván Vargas Rivera

Enfermero, Magister en Enseñanza de las Ciencias, Especialista en Sistemas Integrados de Gestión. Docente Escuela de Enfermería Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Docente investigador Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Tutor de la Maestría en Enseñanza de las Ciencias Universidad Autónoma de Manizales. Su trabajo se enmarca en las líneas de investigación de educación y didáctica. Sus áreas de desempeño son: Salud mental, ciencias básicas en salud e investigación en didáctica de las ciencias.

Daniel Felipe Becerra Medina

Enfermero, Magister(c) en Enseñanza de las Ciencias, Especialista en Enfermería en cuidado crítico. Docente Escuela de Enfermería Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Investigador del Grupo Gestión y Calidad en Enfermería. Su trabajo se enmarca en las líneas de investigación en simulación, educación y didáctica. Sus áreas de desempeño son: Enfermería en cuidado crítico y farmacología.

Jhoanna Carolina Núñez Narváz

Especialista en Enfermería cardiorrespiratoria. Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Investigadora del Grupo Municipio Saludable para la Paz. Su trabajo se enmarca en el cuidado de personas con enfermedad crónica no transmisible. Su área de desempeño es: cuidado de enfermería al adulto, patología y farmacología.

Edna Lucia Guerrero Cortés

Enfermera, Magister en Enfermería. Docente Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Investigadora del grupo Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud. Su trabajo se enmarca en la línea de investigación: Equidad de género en salud. Sus áreas de desempeño son: la salud sexual y reproductiva, la salud materno-perinatal y la seguridad y salud en el trabajo.



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Colección Universidad, Salud y Sociedad

CUIDADO CON-VER-GENTE: “Artesanías en investigación”

Coordinadora
Milena Alexandra Galvis López



CUIDADO CON-VER-GENTE: “Artesanías en investigación”

MILENA ALEXANDRA GALVIS LÓPEZ

MAYRA SOLANYE GALINDO HUERTAS

DANIEL FELIPE BECERRA MEDINA

EDNA LUCÍA GUERRERO CORTÉS

MÓNICA LILIANA LÓPEZ TORRES

JHOANNA CAROLINA NUÑEZ NARVÁEZ

MIGUEL ÁNGEL TOBO TOBO

OMAR IVÁN VARGAS RIVERA

Cuidado CON-VER-GENTE: “Artesanías en Investigación”/
Galvis López, Milena Alexandra (Coord.). Tunja: Editorial
UPTC, 2019. 250 p

ISBN 978-958-660-377-5

1. Cuidado primario. 2. Investigación en enfermería. 3. Praxis y
atención en salud. 4. Artesanías en investigación.

(Dewey 610.7/21).



Primera Edición, 2020

200 ejemplares (impresos)

Cuidado CON-VER-GENTE: “Artesanías en
Investigación”

ISBN 978-958-660-377-5

Colección de Investigación UPTC No. 1

**Colección Universidad, Salud y Sociedad
UPTC No. 1**

- © Milena Alexandra Galvis López
- © Mayra Solanye Galindo Huertas
- © Daniel Felipe Becerra Medina
- © Edna Lucía Guerrero Cortés
- © Mónica Liliana López Torres
- © Jhoanna Carolina Nuñez Narváez
- © Miguel Ángel Tobo Tobo
- © Omar Iván Vargas Rivera
- © Universidad Pedagógica y Tecnológica de
Colombia, 2019

Editorial UPTC

Edificio Administrativo – Piso 4
Avenida Central del Norte N° 39-115, Tunja,
Boyacá
comite.editorial@uptc.edu.co
www.uptc.edu.co

Rector, UPTC

Óscar Hernán Ramírez

Comité Editorial

- Manuel Humberto Restrepo Domínguez, Ph. D.
- Enrique Vera López, Ph. D.
- Yolima Bolívar Suárez, Mg.
- Sandra Gabriela Numpaque Piracoca, Mg.
- Olga Yaneth Acuña Rodríguez, Ph. D.
- María Eugenia Morales Puentes, Ph. D.
- Édgar Nelson López López, Mg.
- Zaida Zarely Ojeda Pérez, Ph. D.
- Carlos Mauricio Moreno Téllez, Ph. D.

Editora en Jefe

Lida Esperanza Riscanevo Espitia, Ph. D.

Coordinadora Editorial

Andrea María Numpaque Acosta, Mg.

Obra de portada

Raíces de la tierra.

Autor: José Ismael Manco Parra

Imprenta

Búhos Editores Ltda.

Libro financiado por Facultad de Ciencias de la Salud de la UPTC. Se permite la reproducción parcial o total, con la autorización expresa de los titulares del derecho de autor. Este libro es registrado en Depósito Legal, según lo establecido en la Ley 44 de 1993, el Decreto 460 de 16 de marzo de 1995, el Decreto 2150 de 1995 y el Decreto 358 de 2000.

Libro resultado de proyectos de investigación UPTC de los Grupos de Investigación Gercus y Municipio saludable de la Escuela de Enfermería SGI 2495 y 2524.

Citación: Galvis López, M. (Coord.) (2020). *Cuidado CON-VER-GENTE: “Artesanías en Investigación”*. Tunja: Editorial UPTC

Facultad de Ciencias de la Salud

Colección Universidad, Salud y Sociedad

Convocatoria número 1 de 2019

Subcomité especializado de obras de la Facultad de Ciencias de la Salud desde 2019 conformado por las Profesoras:

Claudia Patricia Navarro Roldán

Psicóloga. Magíster y Doctora en Psicología, Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, Presidente del Subcomité Editorial.

Bibiana Matilde Bernal Gómez

Médica Cirujana, Especialista en Patología, Doctora en Microbiología, Salud Pública y Sociedad, Editora en Jefe del subcomité editorial especializado.

Yenny Salamanca Camargo

Psicóloga. Magíster en Psicología, representante de los Editores.

Lina Fernanda Barrera Sánchez

Enfermera. Magíster en Salud Pública, representante grupos de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Virgelina Castellanos Páez

Psicóloga. Magíster en Educación, Directora Centro de Gestión de Investigación y Extensión de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Obra de portada: Raíces de la tierra

Autor: José Ismael Manco Parra.

Artista plástico y agricultor, reside en Duitama, Boyacá. Ha trabajado en un proceso de exploración de identidad y del patrimonio natural y cultural campesino, a través del arte: dibujo, escultura, piezas de video arte y performance de obras. Usa materiales como tierras y tintes de semillas para expresarlo y generar espacios para el lenguaje, el pensamiento y la discusión sobre el ser campesino, sobre nuestra herencia indígena y nuestro territorio así como para conservar la memoria tradicional.

La obra, *Raíces de la tierra*, es una pieza de enunciación sobre la capacidad de la articulación de la agricultura con contextos políticos, desde su poética escribe: “...hablo de la comida como una respuesta contextual y propositiva, donde cabemos todos y todas, donde los abuelos y abuelas enseñan y potencian, la raíz de los niños, apoyado del pensamiento indígena y campesino, y su matriz de pensamiento que es la tierra”.

CONTENIDO

PRÓLOGO	11
REFERENCIAS	15
CAPÍTULO 1. MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONCEPTO RESPIRACIÓN EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ANÁLISIS Y RETOS DE LA ENSEÑANZA	17
INTRODUCCIÓN	17
Planteamiento del problema	19
Antecedentes	19
1. METODOLOGÍA.....	22
1.1 Línea.....	22
1.2 Enfoque y alcance.....	22
1.3 Contexto	22
1.4 Unidad de análisis	22
1.5 Modelos explicativos concepto respiración y criterios definitorios	24
1.6 Instrumento de recolección de la información	25
1.7 Metodología análisis de la información	26
1.8 Criterios de inclusión.....	26
1.9 Consideraciones éticas	27
2. RESULTADOS	27
2.1 Variables sociodemográficas y académicas.....	27
2.2 Modelos explicativos.....	29
2.3 Modelo explicativo identificado en el grupo	33
3. DISCUSIÓN	34
4. CONCLUSIONES.....	36
5. REFERENCIAS	37

CAPÍTULO 2. DE REGRESO A CASA: ¿QUÉ ENSEÑAR A LA PERSONA CON INSUFICIENCIA CARDÍACA? 39

INTRODUCCIÓN	39
Planteamiento del problema	40
Plan de egreso	42
1. METODOLOGÍA.....	45
1.1 Criterios de inclusión.....	47
1.2 Consideraciones éticas	47
2. RESULTADOS	47
3. DISCUSIÓN	65
4. CONCLUSIONES.....	66
5. REFERENCIAS	67

CAPÍTULO 3. SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA: CONSTRUCCIÓN DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA ADMINISTRACIÓN A RECIÉN NACIDOS EN ALOJAMIENTO CONJUNTO BASADO EN UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA 73

INTRODUCCIÓN	73
Descripción del problema	75
1. REFERENTE METODOLÓGICO	81
1.1 Estrategia de búsqueda	81
1.2 Criterios de inclusión y exclusión	82
2. RESULTADOS	83
2.1 Descripción de las ecuaciones de búsqueda	84
2.2 Árbol de búsqueda de artículos.....	86
2.3 Caracterización de la literatura encontrada.....	87
2.4 Principales recomendaciones basadas en la evidencia.....	88
3. CONCLUSIONES.....	99
4. REFERENCIAS	100

CAPÍTULO 4. SIGNIFICADO DEL PROCESO DE LA MUERTE EN LOS ENFERMEROS DE UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO 107

INTRODUCCIÓN	107
1. METODOLOGÍA.....	110

2. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	114
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	114
3.1 Primera categoría: “La edad marca la diferencia”	115
3.2 Segunda categoría: “Estar ahí en la partida”	118
3.3 Tercera categoría: “Reflexión sobre lo sucedido”	126
3.4 Cuarta categoría: “Lo que quiero evitar y no quiero llegar a ser” ..	137
4. CONCLUSIONES.....	144
5. REFERENCIAS	146

CAPÍTULO 5. RECONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ 149

INTRODUCCIÓN	149
1. METODOLOGÍA.....	153
1.1 Ruta metodológica	153
2. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	156
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	156
3.1 Reconstrucción histórica de la estrategia de APS en Boyacá (primera parte)	157
3.2 Sistematización (segunda parte)	175
4. CONCLUSIONES.....	203
5. REFERENCIAS	206

CAPÍTULO 6. REVISIÓN HISTÓRICA DEL ORIGEN DE LAS MADRES COMUNITARIAS: RASGOS DE ADVERSIDAD EN EL CUIDADO DE LA VIDA..... 209

INTRODUCCIÓN	209
1. METODOLOGÍA.....	212
2. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	214
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	214
3.1 Cómo se origina el personaje madres comunitarias.....	216
3.2 Convergencia mujer-madre-madre comunitaria.....	226
4. CONCLUSIONES.....	240
5. REFERENCIAS	241

PRÓLOGO

Como un rasgo de la actualidad, hay una creciente demanda por explorar y contar las maneras en que producimos conocimiento pertinente, capaz de movilizar las ciencias y profesiones, de recoger los indicios que evidencien que las maneras de hacer conocimiento son tan dinámicas como los objetos o sujetos de indagación. Dado esto podemos decir que en la mayoría de los libros que compilan investigaciones, queda siempre un compromiso pendiente en la producción de conocimiento: mostrar aquello que reconocemos como nuestras propias *artesanías intelectuales*, en el decir de Wright Mills (1). Conscientes de nuestra omisión, queremos precisar que nuestro ánimo no fue borrar nuestras propias artes de hacer-investigación, sino traducirlos al tradicional lenguaje del método, como una estrategia de construir un espacio simbólico de encuentro, no solo entre nosotros(as) sino con los lectores de la investigación en enfermería; sin embargo, como práctica de reconocimiento e identificación, damos espacios a las artesanías de hacer investigación desde la escuela de enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Somos conscientes de que los contextos actuales en que se desarrolla la disciplina necesita de formas alternativas para comprender los problemas que se configuran en los distintos ámbitos e interacciones de cuidado. En este orden de ideas, este libro expondrá algunas experiencias de investigación en enfermería realizadas por un grupo de docentes, quienes, a partir de diversas inquietudes y caminos metodológicos buscan ampliar líneas de Investigación como: la Educación en Enfermería, Entornos y comportamientos saludables, Formación de líderes en la gestión del conocimiento, Políticas públicas saludables y Cuidado en la adversidad, líneas que

se desarrollan al interior de los grupos de investigación de la Escuela. Por consiguiente, este texto ampara seis lugares de enunciación distintos en enfermería, seis perspectivas, para reunir una plural y colectiva manera de contar experiencias investigativas en enfermería.

Las experiencias en investigación, son formas de contar el proceso que ha implicado reconocer lo que nos afecta como profesionales: las necesidades de las comunidades que cuidamos, los fenómenos sociales que acompañan los procesos de hacer-cuidado, las maneras de saber-cuidado; pero también la capacidad de comprender las maneras en que procuramos dar resolución, o buscamos entendernos en el ejercicio de cuidar.

En el primer capítulo, los autores nos interpelan desde dos ejercicios profesionales, la docencia y la enfermería con la intrincada relación que se da entre estos dos campos.

La experiencia de investigación se da a través del paradigma cuantitativo para describir los modelos explicativos acerca del concepto de respiración que predominan en los estudiantes de enfermería. Para lograr este objetivo proponen: analizar variables académicas de los participantes, identificar los modelos explicativos acerca del concepto respiración en el grupo participante, y finalmente, relacionar los modelos explicativos de los estudiantes con las posturas epistemológicas y la forma de entender el concepto respiración, para esto se hace necesario la reflexión desde el docente, partiendo del reconocimiento de modelos explicativos y obstáculos en el aprendizaje, para mejorar los procesos de enseñanza en enfermería.

El siguiente capítulo privilegia la experiencia de las cada vez más crecientes búsqueda y sistematización del conocimiento con el fin de reconocer en América Latina ¿cómo se desarrollan los ejercicios del egreso hospitalario?, con el ánimo de actualizar, adecuar y complementar estos ejercicios desde la nemotecnia CUIDARME sugerida por Pinzón (2), resaltando que las enfermedades crónicas prevalecen durante toda la vida de las personas y son ellas, quienes

desde su hogar deben encargarse del manejo de su enfermedad, partiendo del conocimiento que poseen, las indicaciones dadas, la disponibilidad de recursos, sus propias creencias y el apoyo social con el que cuentan; dejando un amplio trabajo al personal de salud sobre el cual abordar.

Desde esta misma experiencia de búsqueda y sistematización de conocimiento, en el capítulo tres se presenta una de las maneras en que se sintetiza el conocimiento en salud, en la construcción de un protocolo clínico basado en la evidencia para administración de sucedáneos de la leche materna a recién nacidos en alojamiento conjunto. Los resultados se presentan a manera de recomendaciones aplicables en el contexto clínico que le permitirán al profesional de salud organizar su ejercicio profesional y de esta manera garantizar una adecuada atención al binomio madre-hijo(a).

Con el cuarto capítulo abrimos paso a otro paradigma, desde la investigación cualitativa el texto “Significado del proceso de la muerte en los enfermeros de una unidad de cuidado intensivo adulto” nos invita a reconocer cómo desde los ejercicios de codificación y análisis de la información se devela el fenómeno de la muerte en las unidades de cuidado intensivo. Esta situación que el personal de salud vive a diario nos invita a hablar de la muerte en enfermería, pues como lo plantea Galindo (3) “es un fenómeno que infunde mucho temor y respeto y se expresa en un ambiente de misterio y con un lenguaje arcano difícilmente descifrable”

En este mismo paradigma, pero desde un enfoque crítico social el capítulo cinco nos permite encontrarnos con la sistematización de experiencias, el encuentro con la historia que se teje alrededor de la atención primaria en salud-APS, gracias a los irs y venires de los profesionales de la salud en el desarrollo de esta apuesta mundial para mejorar la calidad de vida de los seres humanos. Desde la narración de quienes en Boyacá han sido los protagonistas del relato colectivo de la APS, se descubren las interpretaciones, estrategias, iniciativas, actores y aprendizajes en lo regional, al tiempo que se promueve la

reflexión analítica de los retos que nos restan para lograr una salud y equidad para todos y todas.

Finalmente, se presenta el último capítulo, los encuentros y desencuentros que se dan en las lecturas del pasado y los problemas del presente. En un trabajo documental e histórico las autoras nos llevan por un viaje de 29 años a través de prensa nacional, de las maneras en que se dio paso en Colombia a uno de los programas sociales más antiguos, los hogares comunitarios de bienestar, mientras fijan su mirada en quienes lo han dinamizado: las madres comunitarias. Este trabajo, enmarcado en un contexto socio-político particular de América Latina durante las tres últimas décadas, señala el origen de las Madres Comunitarias como una apuesta a la lucha contra la pobreza, al tiempo que se naturaliza, instrumentaliza y precariza el trabajo de cuidado.

En este recorrido se teje parte de la investigación de la escuela de Enfermería de la Uptc con el fin de presentar algunas apuestas de la práctica que articula la docencia y la investigación dado que consideramos, como señala Souza Minayo (2009):

“Es la investigación que alimenta la actividad de enseñanza, investigar constituye una actitud y una práctica teórica de constante búsqueda y por eso tiene la característica de lo acabado provisorio y de lo inacabado permanente. Es una actividad de aproximación sucesiva a la realidad que nunca se agota, haciendo una combinación particular entre teoría y datos, pensamiento y acción”.

Los autores esperan que las experiencias de investigación presentadas, sean leídas desde su particularidad como un reconocimiento de la realidad que nos mueve, desde un esfuerzo de apertura, de respeto por la capacidad de indagación y creatividad de cada uno(a), impulsados por el deseo de participar en este arduo proyecto que es el de imaginar mejores derroteros de pensamiento para reflexionar sobre la complejidad de nosotros como sujetos

cuidadores y de los sujetos de cuidado y construir distintos caminos que nos ayuden a este propósito.

*Milena Alexandra Galvis López
Mayra Solanye Galindo Huertas*

REFERENCIAS

1. Mills C. Wright. Sobre Artesanía Intelectual. Indagaciones sobre el trabajo, la cultura y las prácticas políticas en sociedades segmentadas N° 13, vol. XII, primavera 2009, Santiago del Estero, Argentina (Caicyt-Conicet) - www.unse.edu.ar/trabajosociedad.
2. Pinzón de Salazar, L. El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. Revista Hacia la Promoción de la Salud. 2005; 10: 22-27.
3. Carmona Berrios, Z. Bracho de López.E. La muerte, el duelo y el equipo de salud. Revista de Salud Pública, (XII) 2: 14-23, dic. 2008. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article>
4. Souza Minayo María Cecilia de. La artesanía de la investigación cualitativa. 1ª edición. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009, Colección Salud Colectiva.

CAPÍTULO 1.

MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONCEPTO RESPIRACIÓN EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ANÁLISIS Y RETOS DE LA ENSEÑANZA

Omar Iván Vargas Rivera

Enfermero Magíster en Enseñanza de las Ciencias

Esp. en Sistemas Integrados de Gestión

Docente Escuela de Enfermería U.P.T.C

Daniel Felipe Becerra Medina

Enfermero Mg (c). Magíster en Enseñanza de las Ciencias

Esp. Enfermería en Cuidado Crítico Adulto

Docente Escuela de Enfermería U.P.T.C

INTRODUCCIÓN

En la formación universitaria es imprescindible, que se abra paso a la evolución de la enseñanza tradicional mediante la inclusión de metodologías innovadoras que promuevan la fundamentación de experiencias para el pensamiento crítico. Tamayo (1) asegura que para cumplir con estos escenarios de transformación en la enseñanza y el aprendizaje es necesario, en primer lugar, reconocer a los estudiantes desde su historia, experiencia, cultura e intereses, teniendo en cuenta que la escuela es un espacio donde el sujeto enriquece su intelecto y construye su conocimiento de manera consciente. Igualmente, los docentes deben poseer la capacidad para comprender cómo

aprenden los estudiantes y articularlo a procesos de enseñanza más significativos.

De esta manera, la investigación se convierte en una herramienta fundamental y articulada de un modo intrínseco con los procesos de enseñanza en el aula, que permite conocer, comprender y evaluar el contexto de los estudiantes, a fin de propiciar escenarios que los lleven al trabajo científico, mediante el uso de los múltiples lenguajes.

Asimismo, para los estudiantes de enfermería comprender el concepto de respiración será el componente en el aprendizaje de nuevos conceptos y elementos que definirán su práctica profesional. Por esta razón, es necesario que los docentes universitarios que orientan esta asignatura diseñen estrategias didácticas que permitan mejorar el proceso de aprendizaje de los alumnos promoviendo el desarrollo de la habilidad argumentativa y el pensamiento crítico.

Un modelo explicativo hace referencia a la elaboración de representaciones mentales más o menos ajustadas para explicar cómo puede funcionar algún aspecto de la realidad y cómo se puede intervenir (4). El propósito de la presente investigación es describir los modelos explicativos acerca del concepto de respiración que predominan en los estudiantes de enfermería. Para lograr este objetivo se propuso: analizar variables académicas de los participantes, identificar los modelos explicativos acerca del concepto respiración en el grupo participante y relacionar los modelos explicativos de los estudiantes con las posturas epistemológicas en el campo conceptual de la respiración. Esta investigación acoge el paradigma de investigación mixta con alcance descriptivo.

La investigación se realizó con estudiantes de cuarto semestre de la asignatura Farmacología II, del programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Como unidad de trabajo se tomaron como referencia treinta y cinco estudiantes, mediante un muestreo “intencional no probabilístico”, el cual se caracteriza principalmente porque la “elección de sujetos u objetos

de estudio depende del criterio del investigador" (2, p. 275). La información analizada fue recolectada por medio del instrumento referenciado en el libro de Orrego, Tamayo y Ruiz (3), *Unidades didácticas para la enseñanza de las ciencias*, específicamente a través de los instrumentos planteados en la *Unidad didáctica: Respiración*. Se estableció la afinidad con el modelo explicativo, según el grado de acuerdo en una escala Likert. La descripción de este parámetro se hizo por medio de medidas de tendencia central. Las justificaciones a cada respuesta se examinaron mediante un análisis de contenido para establecer la argumentación del estudiante frente al modelo y la concordancia con el nivel de acuerdo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La construcción del concepto respiración en los estudiantes en general, revela la dificultad del aprendizaje de conceptos que involucran múltiples niveles de explicación, entre ellos procesos que no son demostrables por la simple observación de modelos anatómicos o libros de texto, como es el caso de las explicaciones moleculares y celulares. En particular, el concepto respiración requiere una serie de relaciones complejas en la conceptualización apropiada del fenómeno, como entendimiento para la proposición de cuidados que involucran explicaciones de procesos celulares. Para esto se requiere para su comprensión el establecimiento de vínculos sistémicos de conceptos bioquímicos, físicos y moleculares, y de esta manera se complejiza el proceso de aprendizaje de este concepto. Por lo tanto, se necesitan reflexiones del docente a partir del reconocimiento de modelos explicativos y obstáculos en el aprendizaje para mejorar los procesos de enseñanza en enfermería.

ANTECEDENTES

Bannet y Núñez (5), indagan los esquemas conceptuales sobre la respiración en escolares, desde una propuesta didáctica sobre nutrición. Señalan como resultados relevantes el hecho de que "los estudiantes desconocen la naturaleza de las sustancias que

intervienen en la respiración celular e ignoran los detalles más elementales de este proceso” (p. 109). Esta circunstancia se relaciona con la separación de los procesos celulares de los ventilatorios. Los autores señalan como posibles causantes de esta conceptualización superficial, una enseñanza sin relaciones sistemáticas y de forma tangencial el contenido de los libros de texto escolar que no favorecen el desplazamiento hacia modelos más integradores.

Los mismos autores posteriormente indagan sobre los modelos conceptuales en las relaciones sistémicas entre respiración, digestión y circulación. Bannet y Núñez (6), afirman: “encontramos diferencias significativas al comparar la comprensión de las relaciones digestión/circulación con las de respiración/circulación: mientras en el primer grupo se constata cierto conocimiento en la mayoría de los cursos investigados, la comprensión de las relaciones entre respiración y circulación resulta mucho más problemática, incluso en niveles superiores” (p. 274). Los autores relacionan esta circunstancia con ausencia de una visión global de lo que se está enseñando, falta de progresión en los contenidos y la enseñanza fragmentada y reduccionista de los contenidos.

En este sentido, García (7), investiga y cuantifica la magnitud de las representaciones que poseen los estudiantes de educación media sobre respiración celular. Y concluye: “Se propone una reestructuración de estos temas que facilite la construcción de un modelo interpretativo global, del abandono del modelo clásico y de un estudio desconectado de los distintos aparatos y sistemas, prescindiendo de la gran cantidad de detalles y de «nombres» con los que se metrallea [sic] a los alumnos, habiendo estudiado de antemano o a posteriori el nivel celular como un «ente» aislado” (6, p. 133). El autor confirma en este estudio la necesidad de la integración y el establecimiento de relaciones sobre el concepto respiración.

Uno de los antecedentes más representativos en relación con el concepto respiración y los modelos explicativos es Tamayo (1), en su tesis doctoral, donde propone el análisis de la evolución

conceptual, modelización y relaciones epistemológicas en torno al concepto respiración y sus implicaciones didácticas. Este autor (1), concluye que los estudiantes utilizan modelos explicativos de diversa complejidad, de tal manera que coexisten en el mismo sujeto. En este trabajo se describen los modelos adoptados por los estudiantes y sus criterios explicativos.

Con este antecedente importante, Cardozo, Correa y Tamayo (8), indagan no solo acerca de la identificación de los diferentes modelos que usan los estudiantes para explicar el concepto de respiración, sino también sobre los posibles obstáculos en el aprendizaje de este concepto. Esta indagación se relaciona con la presente propuesta debido a la similitud en la población abordada, que se inscribe en ciencias de la salud. En este caso en particular fue con estudiantes de Biología del programa de Odontología. Cardozo, Correa y Tamayo (8), describen los siguientes obstáculos encontrados: "Asignar funciones purificadoras a la respiración y al oxígeno. Considerar que el oxígeno es fuente de energía. Desarticular la respiración de otros procesos celulares y del organismo. Considerar que la respiración es cuestión de naturaleza, una necesidad o condición del estar vivo. Considerar la respiración como intercambio de gases. Imposibilidad de distanciamiento del mundo de lo concreto. Génesis del dióxido de carbono y del agua en el proceso de la respiración. Uso de analogías en la explicación de la respiración. Uso de lenguajes cotidianos para referirse a procesos bioquímicos y dificultad en el uso del lenguaje especializado. Dificultad para realizar explicaciones a nivel molecular" (p. 1.822). Estas descripciones rescatan qué, el desarrollo de conceptos frente a procesos fisiológicos o moleculares, se ve seriamente limitado, o en otros escenarios ausente, lo que decanta en explicaciones o apreciaciones del concepto respiración, desde un modelo vitalista o mecanicista.

De esta investigación se desarrolla una propuesta didáctica recopilada en el libro de Orrego, Tamayo y Ruiz (3). Se propone un instrumento para la exploración de los modelos en el concepto de respiración, el cual es referencia de la presente investigación.

1. METODOLOGÍA

1.1 Línea

Teniendo en cuenta los conceptos, el proyecto se inscribió en la línea de investigación de la didáctica, específicamente, en la enseñanza de la enfermería.

1.2 Enfoque y alcance

Esta investigación acoge el paradigma de investigación mixta con alcance descriptivo, por ser de interés común identificar la afinidad con el modelo explicativo de la respiración por medio del instrumento que posee unos ítems de acuerdo, relacionados con unas preguntas específicas, las cuales se analizaron estadísticamente con medidas de tendencia central, para describir la afinidad de los estudiantes de enfermería con los modelos explicativos del concepto respiración. Por otra parte, se recurrió a un análisis cualitativo de contenido sobre los argumentos suministrados por los estudiantes que respaldan la adopción de un modelo en particular. Por medio de este análisis se pretendió relacionar los modelos referidos por los estudiantes con las posturas epistemológicas en el campo conceptual de la respiración.

1.3 Contexto

La investigación se realizó durante el primer semestre de 2019 con estudiantes de cuarto semestre de la asignatura Farmacología II, del programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. La institución educativa es de naturaleza pública.

1.4 Unidad de análisis

Se identifican como unidad de análisis de la presente investigación las siguientes categorías y subcategorías, según los objetivos planteados:

Tabla 1. *Unidad de análisis*

Pregunta Problema	Objetivo general	Objetivo específico	Categorías	Subcategorías
¿Cuáles son los modelos explicativos del concepto respiración adoptados por estudiantes de enfermería?	Analizar los modelos explicativos acerca del concepto respiración que predominan en los estudiantes de enfermería.	Describir las características académicas de los participantes	Características académicas	Semestre Asignaturas aprobadas Asignaturas reprobadas Promedio acumulado
		Identificar los modelos explicativos acerca del concepto respiración en el grupo participante.	Modelos explicativos	Vitalismo Teleológico Intercambio de gases Combustión Pseudomolecular Quimiosmótico. Tamayo (1)
		Relacionar los modelos explicativos de los estudiantes con las posturas epistemológicas en el campo conceptual de la respiración.	Modelos explicativos	Vitalismo Teleológico Intercambio de gases Combustión Pseudomolecular Quimiosmótico. Tamayo (1)

Tabla 2. *Operacionalización de las variables*

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Escala	Categorización
Edad	Es el tiempo que ha transcurrido después del nacimiento de un individuo	Años cumplidos	Cuantitativa De razón	Edad en años
Sexo	El sexo es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos, que a menudo dan como resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina (conocidas como sexos)	Sexo biológico	Cualitativa Nominal Dicotómica	1= Femenino 2= Masculino
Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Escala	Categorización
Instrumento recolección de la información	Cuestionario validado que indaga la afinidad con modelos explicativos del concepto respiración	Grado de acuerdo instrumento	Cuantitativa Ordinal	1: CA (Completamente de acuerdo), 2: A (Acuerdo), 3: D (Desacuerdo), 4: CD (Completamente en desacuerdo).
Promedio académico	El rendimiento académico de la asignatura se definirá a partir del último promedio académico referido por el estudiante	Se establecen cinco rangos que pretenden ubicar el rendimiento académico en la asignatura de forma cuantitativa	Cuantitativa ordinal	5: 4.5-5.00 4: 4.0-4.49 3: 3.5-3.99 2: 3.0 a 3,49 1: 1.0-2.99

Los datos correspondientes a la fase o componente cuantitativo se analizaron utilizando el paquete estadístico SPSS versión 18.0. Las variables cuantitativas univariadas se estudiaron teniendo en cuenta sus medidas de tendencia central (media, mediana, moda), y las variables cualitativas se examinaron considerando frecuencias absolutas y porcentuales.

1.5 Modelos explicativos concepto respiración y criterios definitorios

Un modelo explicativo hace referencia a la elaboración de representaciones mentales más o menos ajustadas para explicar cómo puede funcionar algún aspecto de la realidad y cómo se puede intervenir (4). Tamayo (1) describe los siguientes modelos con sus criterios explicativos, que pueden encontrarse en el grupo de estudiantes.

Tabla 3. Modelos y criterios explicativos del concepto de respiración

Modelo	Criterio explicativo
Vitalismo	Oxígeno como fuente de energía
	Función purificadora del aire
	La respiración como condición para vivir
Modelo teleológico	Respiramos por necesidad
Modelo intercambio de gases	Intercambio gaseoso sistémico
Modelo combustión	Quemar sustancias
Modelo pseudomolecular	Explicaciones moleculares Ubicación submolecular de los procesos
Modelo quimiosmótico (molecular)	Ciclo ADP-ATP Ciclo fosfato Hipótesis quimiosmótica

Modificado de la descripción de los modelos explicativos de la respiración y sus criterios definitorios de acuerdo a Tamayo, Orrego y Dávila, 2014 (3, p. 98, 12).

1.6 Instrumento de recolección de la información

Para lograr el objetivo propuesto en la presente investigación, se toma como referencia el libro de Orrego, Tamayo y Ruiz (3), *Unidades didácticas para la enseñanza de las ciencias*; específicamente los instrumentos planteados en la *Unidad didáctica: Respiración*, de autoría de la profesora Alba Regina Dávila, se decidió retomar estos instrumentos, ya que "Las preguntas en los instrumentos corresponden a planteamientos de los modelos histórico-epistemológicos que han surgido a través del desarrollo científico del campo conceptual de la respiración y están distribuidas en cinco categorías: ¿por qué respiramos? Relación respiración-intercambio de gases, relación respiración-ejercicio, relación respiración-energía y relación respiración-nutrición" (3, p. 93).

Los instrumentos contemplados en el texto permiten un acercamiento a los modelos explicativos que tienen los estudiantes frente al concepto por medio de diez ítems y una escala Likert, donde se indaga la afinidad al modelo. De igual manera, posibilitan obtener información para establecer los argumentos del estudiante ante el modelo explicativo que adopta. Es decir, el modelo se establece por medio de los elementos definitorios de cada uno, que coincidan con el argumento suministrado por los estudiantes. La escala es una referencia para determinar la coherencia entre el argumento y el grado de acuerdo del estudiante.

El instrumento se desarrolló en el contexto universitario, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Manizales. Con respecto a la validez de los instrumentos, en el libro (3) se describe lo siguiente: "Los diferentes cuestionarios empleados para la recolección de la información fueron validados mediante la realización de pruebas piloto, a partir de las cuales se realizaron las modificaciones correspondientes. Con base en los lineamientos generales encontrados, se diseñaron los cuestionarios utilizados para recoger la información a lo largo de la aplicación de las unidades didácticas" (3, p. 78). Para la identificación de los modelos, los autores

emplearon preguntas abiertas y de tipo Likert con justificación, orientadas a las cinco categorías previamente relacionadas (¿por qué respiramos? Relación respiración–intercambio de gases, relación respiración-ejercicio, relación respiración-energía y relación respiración-nutrición). De esta manera, el conjunto de respuestas dadas por los estudiantes sirvió de insumo para identificar sus modelos explicativos y se determinó los posibles obstáculos en el aprendizaje del concepto respiración. El instrumento empleado para la recolección de la información está constituido por diez preguntas abiertas en las cuales el estudiante respondió mediante la selección de una de cuatro opciones (MA: muy de acuerdo, A: acuerdo, MD: muy en desacuerdo y D: desacuerdo). Cada una de estas preguntas estuvo acompañada de un espacio en blanco en el cual el estudiante explicó su respuesta.

1.7 Metodología análisis de la información

Como técnica en el análisis de información se propuso el análisis de contenido, el cual permitió evidenciar la postura epistemológica de los estudiantes en el instrumento. Por otra parte, para identificar la afinidad con el modelo explicativo de la respiración, el instrumento posee unos ítems de acuerdo, relacionados con unas preguntas específicas, las cuales se analizaron estadísticamente con medidas de tendencia central (media, moda, mediana), con el fin de describir la afinidad en la adopción de modelos explicativos.

1.8 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión establecidos para la población participante fueron los siguientes: estudiante matriculado formalmente y registrado en sistema de información institucional para el período 2019-1; ser estudiante activo inscrito para el espacio de formación Farmacología II, del programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; haber cursado y aprobado las asignaturas de Biología Bioquímica y Morfofisiología,

establecidas en el plan curricular del programa; y haber firmado el consentimiento informado para la participación en el proceso.

1.9 Consideraciones éticas

El estudio planteado corresponde a una investigación sin riesgo, de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social (9), en la que se establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y su bienestar, deberá estar acompañada la participación de la persona de un consentimiento informado por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Para la obtención de información, se entregó el formato del consentimiento informado a los estudiantes, con el fin de obtener su aprobación individual para el uso de la información recolectada. El documento permitió informar al estudiante acerca de los componentes del instrumento utilizado, además rescata su objetivo, importancia, y los posibles riesgos que implica el estudio. De igual modo describe la relevancia del diligenciamiento del consentimiento para el proceso. Finalmente, el estudiante con su firma y número de documento accede de manera libre, voluntaria y consciente a participar de la investigación.

2. RESULTADOS

2.1 Variables sociodemográficas y académicas

Para la caracterización del grupo, se establecieron variables sociodemográficas como el sexo y la edad. Las variables académicas abordadas fueron: semestre académico en el cual se encuentra inscrito, último promedio académico acumulado y espacios de

formación reprobados, teniendo en cuenta que estos pueden incidir en la adopción de un modelo determinado.

La investigación se llevó a cabo con estudiantes de cuarto semestre de la asignatura Farmacología II, del programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. En total, 27 participantes eran mujeres (77.14 %) y 8 hombres (22.86 %). Con un rango de edad entre los 20 y 24 años. En relación con las variables académicas, el 80 % del grupo se encuentra en un promedio académico entre 3,6 a 4, y el 30 % restante se distribuye en promedios menores a 3,5 o superiores a 4,1.

El 62 % del grupo refiere no haber reprobado ninguna asignatura hasta el momento; sin embargo, encontramos que el restante porcentaje manifestó haber reprobado asignaturas del componente curricular básico, como Biología (1), Microbiología (2), Morfofisiología (1), Farmacología (1), Cátedra Institucional (1) y Semiología (11). Además, el 28 % de los estudiantes perdió uno, el 2.8 % reprobó dos, y el 5.7 % reprobó tres espacios de formación respectivamente.

Además, se evidenció que la asociación entre variables como el sexo y el tipo de modelo interpretado por el estudiante no posee significación estadística, con un odds ratio indeterminado para establecer la probabilidad entre ambas variables. También, por el mismo análisis, se pudo establecer que no hay una relación significativa entre variables como el promedio acumulado, o el número de espacios de formación reprobados y los modelos prevalentes en el estudio, teniendo en cuenta la marcada inclinación hacia los modelos vitalista o de intercambio de gases, y la escasa relación de las respuestas con modelos pseudomolecular o molecular. De igual modo, se concluye qué, independientemente de las características sociodemográficas o de rendimiento académico de los sujetos de estudio, los modelos que prevalecen son los ya mencionados (vitalismo e intercambio de gases) y que dicha posición es validada por el nivel de acuerdo registrado

por los estudiantes quienes en mayor cuantía manifiestan estar de acuerdo o completamente de acuerdo con los enunciados ofrecidos.

2.2 Modelos explicativos

Para analizar los modelos explicativos, la información que se consideró parte del grado de acuerdo con cada una de las afirmaciones suministradas en el instrumento de recolección de la información. Simultáneamente, se analizaron, del argumento suministrado por el estudiante, los criterios que identifican esa afirmación con un modelo explicativo en particular (véanse modelos explicativos y criterios definitorios). Los grados de acuerdo con el que más se identifican los estudiantes con relación a las afirmaciones contenidas en el instrumento se exponen en la siguiente tabla:

Afirmación	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10
Grado de acuerdo	A-D	A	CA	A	CA	CD	A	A	A	CA
Porcentaje	34.3 %	45.7 %	62.9 %	48.6 %	85.7 %	71.4 %	56.1 %	68.6 %	57.1 %	51.4 %

Grados de acuerdo: CA (Completamente de acuerdo), A (Acuerdo), D (Desacuerdo), CD (Completamente en desacuerdo).

Descriptorios: **A1:** El oxígeno que incorporamos cuando respiramos se usa para quemar los alimentos. **A2:** Sin oxígeno es imposible respirar. **A3:** Cuando un animal se muere, se enfría. **A4:** La principal función de la respiración en un organismo es incorporar oxígeno y eliminar gas carbónico. **A5:** Correr, saltar, caminar o brincar son actividades que requieren respiración. **A6:** A diferencia de los animales, las plantas no respiran. **A7:** La respiración es un proceso que se efectúa en los pulmones. **A8:** La respiración permite mantener la temperatura corporal. **A9:** Sin el oxígeno es difícil conservar la vida por más de tres minutos. **A10:** El oxígeno que inhalamos lo eliminamos en forma de dióxido de carbono.

A pesar de que en cada una de las afirmaciones hay una selección del grado de acuerdo, la justificación suministrada muestra afinidad por modelos diferentes al planteado en el enunciado. Para determinar en qué modelo se encuentra la justificación suministrada por el estudiante, se realizó el análisis de contenido, y según las características definitorias, los investigadores etiquetaron la pertenencia a uno u otro modelo en particular. En la Tabla 5 se condensan los modelos identificados en el análisis de contenido de cada una de las diez afirmaciones, lo que permite realizar un contraste entre el grado de acuerdo y el modelo explicativo resultante en el análisis de contenido. Además, en el percentil se precisa el menor y el mayor valor de modelos explicativos que definen la moda.

Tabla 5. Modelos explicativos del concepto respiración identificados en el estudio.

Afirmación	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10
Modelo explicativo identificado (moda)	1	1	1	3	1	3	3	1	1	3
Percentil	mínimo	1	1	1	1	1	1	1	1	3
	máximo	5	2	1	3	1	3	3	1	3

Descriptor del modelo explicativo: 1. Modelo vitalismo. 2. Modelo teleológico. 3. Modelo intercambio de gases. 4. Modelo combustión. 5. Modelo pseudomolecular. 6. Modelo quimiosmótico (molecular).

A continuación se analizan las afirmaciones que aportan la información *más relevante* en la identificación del modelo explicativo:

Con respecto a la primera afirmación: “El oxígeno que incorporamos cuando respiramos se usa para quemar los alimentos”, el 34.3 % manifiesta estar en acuerdo, y el 34.3 % en desacuerdo con el enunciado. A su vez, el modelo identificado es el de vitalismo, a pesar de que la afirmación induce al modelo de combustión, lo que evidencia incoherencia entre el grado de acuerdo y el modelo explicativo adoptado. Los argumentos suministrados por el

estudiante, que sustentan el modelo identificado (vitalismo), se pueden evidenciar en los siguientes ejemplos:

E8 A1 "Porque el oxígeno es uno de los componentes que da la vida y energía a la célula, y al darle vida y energía ayuda a crear enzimas, las cuales destruyen los alimentos". **E24 A1** "Sí, porque todos los procesos de nuestro cuerpo requieren oxígeno". Aunque en menor medida, existen explicaciones identificadas dentro de un modelo complejo como lo es el molecular, por ejemplo: **E35 A1** "Para realizar la quema de cualquier elemento se genera un proceso de combustión en el cual el oxígeno será un componente básico para este; sin embargo, ya en la descomposición de los alimentos en nuestro cuerpo el oxígeno es un elemento fundamental para procesos como el ciclo de kreps glucogénesis, etc."

Con respecto a la segunda afirmación: "Sin oxígeno es imposible respirar", el 47.5 % manifiesta estar de acuerdo con el enunciado. A su vez, el modelo identificado es el de vitalismo, que concuerda con la afirmación suministrada en el instrumento; además, los argumentos expuestos por los estudiantes soportan esta afirmación, por ejemplo: **E27 A2** "En organismos aerobios es indispensable la presencia de oxígeno para realizar procesos vitales". En esta respuesta no se sustenta el oxígeno y su importancia molecular en la oxidación de la glucosa, y el estudiante asume que el oxígeno es la principal molécula encargada de este proceso o la principal molécula contenida en el aire.

La cuarta afirmación sugiere que "La principal función de la respiración en un organismo es incorporar oxígeno y eliminar gas carbónico", el 48.6 % de los estudiantes manifiesta estar de acuerdo con dicho enunciado. Además, el modelo explicativo identificado corresponde al intercambio gaseoso (3). A pesar de que la afirmación está alineada con el modelo de intercambio gaseoso, los estudiantes identifican este proceso como respiración, lo cual permite inferir que existe un tipo de confusión conceptual entre respiración e intercambio gaseoso. Los argumentos suministrados por los

estudiantes que explican su elección se respaldan con los siguientes ejemplos: **E26 A4**: “Además de las funciones internas básicamente se ingresa oxígeno y se elimina CO₂ en la respiración”. **E23 A4** “Es un proceso fisiológico en el cual se genera un intercambio gaseoso entre oxígeno y CO₂”. **E30 A4** “Sí, al inhalar recibimos oxígeno que por medio de otros mecanismos deja en el cuerpo las sustancias útiles en el cuerpo y al exhalar eliminamos sustancias no útiles o tóxicas que hay en nuestro cuerpo”. **E29 A4** “Porque cada célula del cuerpo requiere de oxígeno para realizar todos sus procesos vitales y produce como desecho CO₂”.

La séptima afirmación: “La respiración es un proceso que se efectúa en los pulmones”. Con respecto a este enunciado, el 56.1 % de los estudiantes manifiesta estar de acuerdo. De igual forma, el modelo explicativo identificado corresponde al de intercambio gaseoso (3). Los estudiantes identifican los pulmones como centro de intercambio gaseoso, lo cual está en relación con el punto número 4, pues al existir una confusión de tipo conceptual se asume que al hacer los pulmones el intercambio gaseoso es el lugar exclusivo para el desarrollo del proceso respiratorio, desconociendo elementos de mayor profundidad molecular y fisiológica, que faciliten el desarrollo de estrategias de cuidado de calidad. Ejemplo: **E16 A7** “En la unidad funcional que son los alveolos”. De igual manera existe confusión dentro de los argumentos suministrados frente al funcionamiento de órganos en el sistema ventilatorio; Ejemplo: **E28 A7** “El proceso de respiración tiene en cuenta otras etapas que no solo comprenden la difusión dada en el pulmón, sino también etapas que se dan en las vías aéreas superiores”. **E26 A7** “La respiración se hace en las vías aéreas superiores, en los pulmones se produce un intercambio gaseoso”. En otras respuestas no se asume la función respiratoria solo en la parte pulmonar, sino que se referencia en otras fases, aunque no se tenga claridad sobre estas; ejemplo: **E29 A7** “La fase de intercambio gaseoso se da en los alveolos pulmonares, pero esta fase no comprende toda la respiración”. **E1 A7** “Se lleva en mayor manera en los pulmones, pero el proceso de respiración está relacionado con la ventilación, perfusión, difusión, intercambio de gases, etc.”.

La afirmación número diez: "El oxígeno que inhalamos lo eliminamos en forma de dióxido de carbono". Con este enunciado, el 51.4 % de los estudiantes manifiesta estar completamente de acuerdo. De igual manera, el modelo explicativo identificado corresponde al de intercambio de gases (3). Los estudiantes en sus argumentos asumen que el oxígeno se cambia por una molécula de CO₂ en el proceso respiratorio; en ninguna de las justificaciones se describe o se hace una aproximación a la transformación o cambios bioquímicos por los cuales el oxígeno es un insumo y el CO₂ un producto de la oxidación de la glucosa, por ejemplo: **E29 A10** "Dentro del proceso de respiración existen unas etapas; la etapa de intercambio gaseoso permite la entrada de oxígeno y la salida de CO₂; pero no significa que el oxígeno se convierta en CO₂". **E31 A10** "Es un mecanismo que se realiza en el cuerpo humano natural donde respiramos O₂ y eliminamos CO₂". Lo anterior supone que la planificación de estrategias en la atención de enfermería desde el modelo de intercambio gaseoso, puede limitar la ejecución de un cuidado integral.

2.3 Modelo explicativo identificado en el grupo

El modelo explicativo frente al concepto de respiración identificado en el grupo de estudiantes de enfermería, según el análisis de contenido de la información suministrada en las 350 respuestas de los cuestionarios, corresponde en mayor porcentaje (56 %) al modelo de *vitalismo*, cuyos criterios de identificación son: identificar el oxígeno como fuente de energía, asumir una función purificadora del aire o entender el proceso de respiración como una condición para vivir. En las respuestas de los estudiantes, esta afinidad con el modelo básico explicativo permite identificar falencias tanto en el proceso de aprendizaje como en la relación del nivel macroscópico con el nivel molecular. Esta afinidad con el modelo puede interferir en la proposición de cuidados en el quehacer de enfermería, apropiados, contextualizados y desde una perspectiva biológica compleja que garanticen calidad en la intervención.

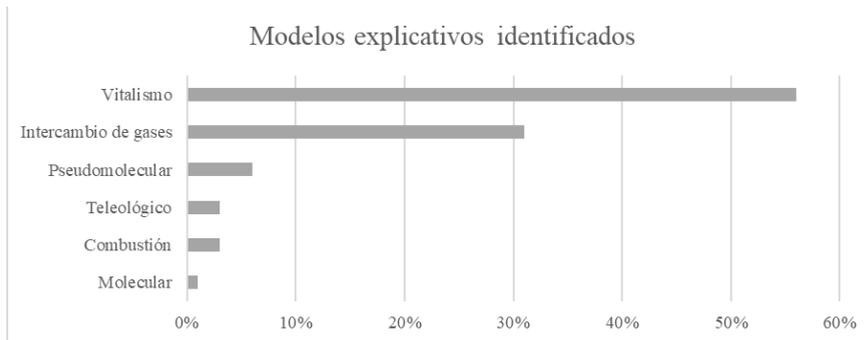


Figura 1. Modelos explicativos identificados

De igual manera, la Figura 1 permite inferir que en el grupo de estudiantes coexisten diferentes modelos explicativos del concepto de respiración, pero un elemento característico del grupo es la adopción de los modelos más sencillos, y que sus elementos descriptores no relacionan la dinámica celular y molecular de la respiración. La prevalencia de estos modelos, permite reconocer los escenarios que facilitan la adopción de conceptos de respiración con un enfoque de trabajo científico.

3. DISCUSIÓN

En relación con el aprendizaje del concepto respiración, en la enseñanza se ha vuelto habitual el relacionarlo inmediatamente con el proceso morfofisiológico de un sistema especializado, pero no responde a una perspectiva de la complejidad del fenómeno respiración, pues en muchas oportunidades se omiten el intercambio, el transporte o procesos celulares y moleculares con el oxígeno en su destino final. Es decir, que la enseñanza del concepto ha caído en un reduccionismo funcionalista macroscópico, que evita que el estudiante integre el concepto en su totalidad.

En este sentido, Restrepo y Valencia (10) afirman: “La ausencia del carácter funcional del proceso de respiración, en las explicaciones, puede dificultar una comprensión integral y construir discursos

desarticulados o meramente descriptivos sobre esta temática. Este concepto requiere para su estudio y aprendizaje, establecer diversas relaciones directas e indirectas con otros procesos a nivel corporal y celular" (p. 10). Si bien es cierto que los conocimientos moleculares, debido a su abstracción, requieren el uso de lenguajes diferentes, es un problema que en la formación específica de enfermería se tengan construcciones superficiales o erróneas sobre este concepto, que influyen en la lógica de la planeación del cuidado.

Es así como la aproximación al concepto respiración en la enseñanza de la morfofisiología se puede dar en múltiples niveles demostrativos (macroscópico-celular-molecular). Al no abordarse de esta manera, pueden seguir persistiendo los obstáculos y las interpretaciones inapropiadas de los estudiantes, y estos modelos retrógrados repercuten en la atención profesional que brindan, ya que no garantiza una información suficiente como insumo en la planificación de cuidados de enfermería de calidad. En relación con los modelos, Tamayo (1) describe dos tendencias en la explicación del fenómeno, una como mero intercambio de gases y otra como modelo de combustión. Aunque las dos explicaciones son insuficientes para el fenómeno, concluye que el verdadero obstáculo no es el modelo que adopten los estudiantes, sino la comprensión entre el fenómeno de ventilación y la transformación de energía a nivel mitocondrial.

El rol del educador es fundamental en la comprensión de fenómenos complejos como la respiración; sin embargo, la responsabilidad también recae en libros de texto escolar en ciencias de la salud, donde su contenido se orienta más hacia la explicación morfológica o fisiológica incompleta del fenómeno, con el pretexto de la orientación clínica.

Es imprescindible que en la formación universitaria se abra paso a la evolución de la enseñanza tradicional mediante la inclusión de metodologías innovadoras que promuevan la fundamentación de experiencias para el pensamiento crítico. Tamayo (1) asegura que para cumplir con estos escenarios de transformación en la enseñanza y el

aprendizaje es necesario, en primer lugar, reconocer a los estudiantes desde su historia, experiencia, cultura e intereses, recordando así que la escuela es un espacio donde el sujeto enriquece su intelecto y construye su conocimiento de manera consciente. Igualmente, los docentes deben poseer la capacidad para comprender cómo aprenden los estudiantes y articularlo a procesos de enseñanza más significativos.

De este modo, la investigación se convierte en una herramienta fundamental, articulada de manera intrínseca con los procesos de enseñanza en el aula, que permite conocer, comprender y evaluar el contexto de los estudiantes a fin de propiciar escenarios que los lleven a desarrollar un trabajo científico, mediante el uso de los múltiples lenguajes que faciliten abordaje de la respiración como un fenómeno molecular.

Asimismo, para los estudiantes de enfermería comprender el concepto de respiración será el componente central en el aprendizaje de nuevas definiciones y elementos que caracterizaran su práctica profesional o la proposición de cuidados más efectivos, concretos y cuatificables. Por esta razón, es necesario que los docentes universitarios que orientan esta asignatura diseñen estrategias didácticas que permitan mejorar el proceso de aprendizaje de los estudiantes promoviendo el desarrollo de la habilidad argumentativa y el pensamiento crítico. Bien lo afirman Jiménez, Bugallo y Duschl (citados por 11): “el ámbito de la enseñanza de las ciencias debe ser un espacio en el cual se pueden potenciar las competencias argumentativas de los estudiantes, dado que uno de los fines de la investigación científica es la generación y justificación de enunciados y acciones encaminados a la comprensión de la naturaleza” (p. 216).

4. CONCLUSIONES

Adoptar un modelo vitalista, como el que se evidencia en el estudio, sugiere un proceso de enseñanza básico y sencillo, carente

de argumento y alejado de la complejidad que exige un conocimiento particular como la respiración.

Coexisten diferentes modelos explicativos del concepto de respiración, sin embargo, la balanza se inclina hacia los más sencillos, caracterizando al proceso educativo como superficial y divergente, sin una clara identidad en la formación.

Es preocupante el hecho de que no se relacionen modelos explicativos del concepto de respiración, como el pseudomolecular o molecular, que darían mayor formalidad a la práctica del cuidado y la calidad en su ejecución.

Las explicaciones ofrecidas por los estudiantes carecen de un nivel de argumentación sólida y permiten corroborar que existen falencias en la adquisición de las competencias que les permitan postular o defender proposiciones de cuidado.

5. REFERENCIAS

1. Tamayo Alzate, O.E. Evolución conceptual desde una perspectiva multidimensional. Aplicación al concepto respiración. [Tesis doctoral]. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona; 2001.
2. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, M. P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 2014.
3. Orrego Cardozo, M., Tamayo Alzate, O., Ruiz Ortega, F. Unidades didácticas para la Enseñanza de las ciencias. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales; 2016.
4. Bahamonde, Nora. Los Modelos de conocimiento científico escolar de un grupo de maestras de educación infantil un punto de partida para la construcción de "islotos de racionalidad y razonabilidad" sobre la alimentación humana. Publicaciones de la Universitat Autònoma de Barcelona, 2009. Tesis doctoral. 195 – 196.
5. Banet Hernández, E. Núñez, F. Esquemas conceptuales de los alumnos sobre la respiración. en Enseñanza de las ciencias: revista de investigación y experiencias didácticas. 1990; (8)2: 105-110.

6. Núñez, Francisco. Banet Hernández, E. “Modelos conceptuales sobre las relaciones entre digestión, respiración y circulación.” Enseñanza de las ciencias: revista de investigación y experiencias didácticas 14.3 (1996): 261-278.
7. García Zaforas, A. M. Estudio llevado a cabo sobre representaciones de la respiración celular en los alumnos de bachillerato y COU. Enseñanza de las Ciencias. 1991; 9(2): 129-134.
8. Cardozo, M. O., Correa, A. D., Alzate, O. T. Obstáculos en el aprendizaje del concepto de respiración. Enseñanza de las Ciencias: Revista de Investigación y Experiencias Didácticas. 2009; (extra): 1820-1822.
9. Resolución por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución 8430 de 1993. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá.
10. Restrepo, J. C., Valencia, M. A propósito de la respiración: una propuesta de re-contextualización en la enseñanza desde la perspectiva de Otto Warburg. Tesis, Universidad de Antioquia. 2014.
11. Jiménez, A., Díaz, J. Discurso de aula y argumentación en la clase de ciencias: cuestiones teóricas y metodológicas. Santiago de Compostela, España: Departamento de Didáctica de las Ciencias Experimentales, Universidad de Santiago de Compostela; 2003.
12. Tamayo Alzate OE, Orrego Cardozo M., Dávila Posada AR. Modelos explicativos de estudiantes acerca del concepto de respiración. Bio-graf. [Internet]. 1 de julio de 2014 [citado 18 de noviembre de 2019];7(13):129.145. Disponible en: <https://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/bio-grafia/article/view/2998>

CAPÍTULO 2.

DE REGRESO A CASA: ¿QUÉ ENSEÑAR A LA PERSONA CON INSUFICIENCIA CARDÍACA?

*Jhoanna Carolina Núñez Narváez
Enfermera, estudiante Maestría en Enfermería
Especialista en Enfermería Cardiorrespiratoria
Docente Escuela de Enfermería Uptc
Grupo de Investigación Municipio Saludable Uptc*

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas tienen la particularidad que, al prevalecer durante toda la vida de las personas, son estas quienes desde el hogar deben encargarse de su manejo, partiendo del conocimiento que poseen, las indicaciones dadas por los profesionales de la salud, la disponibilidad de recursos, sus propias creencias y el apoyo social con el que cuentan, dejando así un amplio trabajo al personal de salud para abordar. De las enfermedades crónicas no transmisibles, las de mayor prevalencia en el país son las del sistema circulatorio, incluida dentro de este grupo la insuficiencia cardíaca.

Una de las herramientas de mayor costo efectividad disponibles para atender a esta población en miras de prepararlas para asumir el reto de cuidar su enfermedad en el ámbito extra hospitalario, es el plan de egreso.

Con el objetivo de generar una propuesta de plan de egreso disponible para el personal de enfermería y que contenga la más actualizada información requerida por la persona con insuficiencia cardiaca y sus cuidadores, se decide hacer revisión sistemática de la literatura de los últimos cinco años, con el fin de crear un plan que organizado bajo la nemotecnia CUIDARME, creada por Pinzón específicamente para elaborar planes de egreso; se brinde la información y las herramientas de manera general para aplicar en esta población.

Se consultó la base de datos Biblioteca Virtual en Salud, bajo el descriptor insuficiencia cardiaca; se hallaron inicialmente 5742 artículos, de los cuales se evaluaron 560, en el rango de fecha (2013-2018); de ellos, se preseleccionaron 82 por título, pero después de revisar sus resúmenes se obtienen 29 artículos con los que finalmente se alimenta el plan. Se hizo selección temática de los artículos y se tomaron como categorías deductivas cada una de las letras que comprende la nemotecnia CUIDARME, C: Comunicación, U: Urgente, I: Información, D: Dieta, A: Ambiente, R: Recreación y uso del tiempo libre, M: Medicamentos y tratamientos, y por último E: Espiritualidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) se han convertido en epidemia mundial *in crescendo*; y de especial importancia las de origen cardiovascular, por constituir según la OMS (1), la principal causa de mortalidad en el mundo, con 17,9 millones de muertes cada año. Por este motivo vienen siendo blanco de las estrategias de salud pública, y dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se ha planteado la reducción de las muertes prematuras por ENT en un 33 % para 2030 (2).

De igual manera, en Colombia, la principal causa de muerte en la población general son las enfermedades del sistema circulatorio. “Para 2016, produjeron 150,84 muertes por cada 100.000 habitantes,

causaron el 31,7% (70.621) de las defunciones y el 18,37% (859.022) de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)" (3).

En vista de este panorama, que no es ajeno al municipio de Tunja, donde las enfermedades del sistema circulatorio se encuentran dentro de las tres principales causas de mortalidad (4), es preciso aunar esfuerzos para mitigar esta problemática desde todos los frentes y trabajar en conjunto con las políticas nacionales desde la prevención, la promoción y el tratamiento de las mismas.

De las enfermedades del sistema circulatorio, la insuficiencia cardíaca es la principal causa de hospitalización (5), con alto impacto en el pronóstico y repercusión en la cotidianidad tanto de quien la padece como de su familia, dada la cronicidad del cuadro.

Enfrentar una enfermedad crónica, tanto para la persona como para su núcleo familiar, implica una serie de ajustes que modifican las dinámicas laborales, sociales, psicológicas y económicas, y es función de los profesionales de enfermería encargarse de concientizarlos y educarlos acerca de la importancia de estos ajustes para evitar descompensaciones que ocasionen reingresos hospitalarios con las consiguientes complicaciones.

El plan de egreso es una herramienta fundamental, creada para responder a las necesidades de las personas y sus familias una vez han sido dadas de alta de una institución hospitalaria, y debe estar constituido, tanto por la información básica requerida, como por la generación de habilidades mínimas para realizar la transferencia del cuidado, de los cuidadores asistenciales a la persona enferma y sus cuidadores en el hogar.

En cuanto a los beneficios de la implementación del plan de egreso en personas con insuficiencia cardíaca, Blue y McMurray (6) citan estudios que señalan la prevención de la readmisión hospitalaria en aproximadamente 40-59 % de los pacientes a quienes les fue aplicado. Esto es debido a que se instruye tanto a la persona enferma como a

sus cuidadores en reconocer tempranamente los signos y síntomas de alarma, y se identifican de manera oportuna las posibles causas de incumplimiento de las indicaciones al alta, buscando garantizar adherencia al tratamiento, lo que conduce al mantenimiento de la enfermedad en estado compensado y, por ende, mejoría en la calidad de vida y en la capacidad funcional de la persona (7-16).

En la población con insuficiencia cardíaca en Tunja, donde no es fácil el acceso a programas de insuficiencia cardíaca, como en ciudades grandes de este país, dado que no se encuentran estructurados y solo se cuenta con una institución en el departamento que ofrece servicios de rehabilitación cardíaca; existe la necesidad de reforzar desde los planes de egreso tanto los conocimientos como las habilidades de las personas y sus cuidadores para llevar a cabo la transición al hogar de manera eficiente.

Plan de egreso

Todo plan de egreso debe considerar de manera individualizada las características sociodemográficas de las personas, al igual que la determinación del cuidador principal en casa (13-21). La implementación debe iniciarse desde el mismo momento del ingreso de la persona, para identificar sus necesidades y fortalezas, y poder realizar retroalimentación durante la hospitalización de los conocimientos y habilidades prácticas requeridas, para lo cual debe escogerse el mejor momento de acuerdo con la situación clínica de la persona, a fin de facilitar la receptividad y el aprendizaje tanto de ella como de su cuidador (12, 14, 15, 17, 22-25).

Lessa (16) menciona que para implementar un proceso de educación deben ser tenidas en cuenta cinco etapas: “evaluación de conocimiento previo, cognición, actitudes, motivación y errores que el paciente comete con el tratamiento; identificación del producto que podría ser enseñado, considerando las potenciales barreras de aprendizaje; la planificación de la educación con la participación del propio paciente a fin de seleccionar las mejores intervenciones;

planificación de cómo se dará la educación; y evaluación rigurosa del proceso educativo implantado" (p. 593).

Los planes de egreso deben estar centrados en la persona y no solo en la enfermedad (14), deben crear conciencia en ella y su familia del papel protagónico que deben ejercer en adelante, para generar actitudes y aptitudes proactivas y no reactivas, lo que requiere de planificación suficiente. Por eso es importante reiterar que su implementación se hará desde el ingreso de la persona a la institución hospitalaria.

Algunos estudios (7, 13, 23-28) han demostrado que si al plan de egreso puesto en marcha en la hospitalización se le suman visitas domiciliarias, su efectividad aumenta, pues se tiene la oportunidad de verificar las condiciones sociodemográficas manifestadas inicialmente en el hospital, reevaluar y reforzar la comprensión y adherencia de la información, además de observar la evolución de las personas con insuficiencia cardíaca y poder apoyar la toma de decisiones ante signos y síntomas de alarma.

Pinzón (29) propone como nemotecnia para la elaboración y fácil recordación del plan de egreso, la palabra CUIDARME, "que hace alusión al objeto de la profesión de Enfermería y a la responsabilidad que tenemos todas las personas frente a nuestra salud" (29). Cada letra de esta palabra corresponde a: Comunicación, Urgente, Información, Dieta, Ambiente, Recreación y uso del tiempo libre, Medicamentos y tratamientos, Espiritualidad.

Basados en dicha nemotecnia (29), la información que se entregue y las habilidades que se ejerciten en la persona y su cuidador o cuidadores, deberán responder a las siguientes preguntas:

Comunicación: ¿Quién será el cuidador principal? ¿La persona tiene claro a quién puede recurrir en caso de requerir ayuda o presentar alguna inquietud? Médico tratante, enfermera, grupo específico en su EPS, etc. Al momento del alta: ¿le fue entregada la documentación

(resumen historia clínica, órdenes de medicamentos, citas de control, laboratorios, etc.), instrucciones, equipos o dispositivos requeridos y sabe cómo usarlos?

Urgente: ¿Saben cuáles son los signos de alarma que indican descompensación de la enfermedad y qué hacer si se presentan?

Información: ¿La persona conoce y desea saber cuál es su enfermedad, tratamiento y pronóstico? (29). La información que se suministre a las personas debe estar acorde con la Ley 911 de octubre de 2004 (30): “El profesional de enfermería no hará a los usuarios o familiares pronósticos o evaluaciones con respecto a los diagnósticos, procedimientos, intervenciones y tratamientos prescritos”. Pero sí puede aclarar conceptos claves acerca de las causas de la enfermedad y complicaciones derivadas de esta, además de los derechos respecto a su salud y cómo ejercerlos. ¿Cuáles son las prescripciones enfermeras respecto al autocuidado de la enfermedad que debe implementar la persona y su cuidador, con el fin de mantenerla bajo control?

Dieta: ¿Qué tipo de alimentos puede consumir, tamaño de las porciones y en qué horarios? ¿Las recomendaciones hechas en cuanto al patrón alimentario se basan en las preferencias de la persona y su capacidad económica?

Ambiente: Partiendo del entorno de vivienda y recursos disponibles: ¿Qué recomendaciones se le deben hacer a la persona en cuanto a su ambiente doméstico y laboral, vestido, rutinas diarias, tenencia de animales, disposición de los elementos en el hogar, evaluación del riesgo de caída, manejo de factores de riesgo o protectores presentes de acuerdo con su enfermedad?

Recreación y uso del tiempo libre: ¿Qué actividades, de acuerdo con el grado de severidad de la enfermedad, puede realizar la persona? Tener en cuenta tanto la práctica de actividad física como recreativa, si es posible para la persona; y según lo que le resulte más atractivo, e involucrando a la familia o las redes de apoyo social disponibles

(actividades con grupos de la iglesia, del barrio, trabajo, etc.), sin que representen peligro para la persona.

Medicamentos y tratamientos no farmacológicos: ¿Saben cuál es el manejo que debe dar a sondas, catéteres, dispositivos para oxígeno, para administración de medicamentos, así como a heridas, fístulas, etc.? ¿Qué medicamentos debe consumir, para qué sirven, en qué horario debe tomarlos, cuál es la manera correcta de administrarlos, cuáles son los principales efectos adversos que puede presentar, por cuánto tiempo debe tomarlos?

Espiritualidad: ¿Qué motivaciones tiene la persona para seguir adelante y que refuercen su adherencia al tratamiento? ¿Cuáles son aquellas experiencias significativas que impulsan la toma de decisiones en la persona? ¿Quién, quiénes o qué actividades sirven de apoyo a la persona para reforzar su patrón espiritual (guía religioso, familia, música, pintar, dibujar, escribir, leer, labores del hogar, etc.)?

1. METODOLOGÍA

Partiendo de la nemotecnia sugerida por Pinzón (29), se decide hacer revisión sistemática de la literatura de los últimos cinco años, con el fin de generar un plan de egreso general para personas con insuficiencia cardíaca. Se consulta la base de datos Biblioteca Virtual en Salud, dado su libre acceso y las diferentes disciplinas que allí concurren; donde bajo el único descriptor "insuficiencia cardíaca" se encuentran 5742 artículos, de los cuales se evalúan 560, que se encuentran dentro del rango de fecha (2013-2018); de ellos, se preseleccionaron 82 por título, los cuales contenían información que podría dar respuesta a las preguntas antes planteadas en la nemotecnia; pero después de revisar sus resúmenes se obtienen 29 artículos con los que finalmente se alimenta el plan. Se hizo selección temática de los artículos y se tomaron como categorías deductivas cada una de las letras que comprende la nemotecnia CUIDARME.

Adicionalmente se incluyeron los Consensos Colombianos para el Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Aguda (14)

y Crónica (12), de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular 2014, y la actualización 2017 del mismo Consenso (31).

Tabla 1. Árbol de búsqueda con número de artículos por tipo de estudio y profesión del(os) autor(es)

TIPO DE ESTUDIO	Descriptivo transversal cuantitativo	Longitudinal retrospectivo cuantitativo	Descriptivo, exploratorio análisis de contenido cualitativo	Descriptivo comparativo	Intervención cuasi-experimental prospectivo.	Estudio observacional longitudinal y prospectivo	Revisión de literatura y experiencia clínica	Revisión de la literatura	Intervención pre y pos	Cuasi experimental con grupo control	TOTAL ARTÍCULOS
2018			1 (t-p)					1(m)			2
2017	5 (e)		1(e)					1(m), 1(tf)		1 (m-e)	9
2016	1(e)	1(e)		1(m)		1(e)		1(m), 1(e), 1(m+tf)			7
2015					1(m)		1(m), 1(m-e)		1(e)		4
2014	2(e)							1(e)			3
2013	1(e)		1(e)					2 (m)			4
TOTAL ARTÍCULOS	9	1	3	1	1	1	2	9	1	1	29

Profesión de los autores= e: enfermería, m: medicina, t: terapia ocupacional, p: psicología, tf: terapia física

Tabla 2. *Árbol de búsqueda por idioma*

IDIOMA	Español	Inglés	Portugués	TOTAL
No. de artículos	10	5	14	29

1.1 Criterios de inclusión

- Artículos publicados dentro del rango de fechas 2013-2018 en la base de datos Biblioteca Virtual en Salud.
- Artículos en inglés, portugués y español.
- Artículos que en su título contuvieran información relevante para responder las preguntas de la nemotecnia.

1.2 Consideraciones éticas

El presente estudio, al ser de base documental, es considerado una investigación sin riesgo, según la Resolución 8430 de 1993; además está regido por la normativa respecto a derechos de autor y por los lineamientos del Código Deontológico de Enfermería. El autor declara que no presenta ningún tipo de conflicto de interés.

2. RESULTADOS

A continuación, se describe el plan de egreso generado a partir de la revisión sistemática efectuada y adaptado desde la nemotecnia CUIDARME para personas con insuficiencia cardíaca. Cabe decir que los temas deben ser desarrollados en orden lógico para facilitar la comprensión de los receptores del plan; aquí se presentan en el orden de las letras de la nemotecnia:

C: Comunicación

Inicialmente debe reconocerse el cuidador principal, bien sea la persona misma o su familia (o ambos) o un cuidador formal, con el fin de identificar quién recibirá la información y de esta manera

establecer la condición sociodemográfica, el nivel sociocultural y educativo tanto de la persona como de su cuidador, para ajustar el plan de egreso de manera individualizada e integral (13-21) y elegir el lenguaje y las ayudas didácticas más apropiadas según el caso.

Una vez la persona es dada de alta, es necesario realizar una lista de verificación para comprobar que tanto ella como su cuidador comprenden las indicaciones dadas y tienen la documentación necesaria para continuar con el seguimiento de su enfermedad desde el primer nivel de atención (14,15).

Tabla 3. Lista de chequeo para el egreso hospitalario de la persona con insuficiencia cardíaca.

ASPECTO POR EVALUAR	VERIFICACIÓN	ASPECTO POR EVALUAR	VERIFICACIÓN
¿Sabe dónde obtendrá atención después del egreso?		¿Sabe el nombre del médico que lo atendió?	
¿Le informaron acerca de los signos y síntomas de alarma y qué hacer en caso de presentarlos?		¿Revisó la lista de medicación con el personal, para ajustar los horarios y recomendaciones necesarias?	
¿Cuenta con el apoyo social para su cuidado en casa? ¿Está claro quién(es) apoyará(n) con este cuidado?		¿Necesita equipos médicos (caminador, silla de ruedas, glucómetro, bala de oxígeno, entre otros)? ¿Sabe cómo usarlos?	
¿Tiene las órdenes de los medicamentos (incluye el manejo de comorbilidades), las comprende y sabe cuál es el procedimiento que debe seguir con ellas?		¿Tiene instrucciones del alta por escrito? ¿Se pueden leer y las entiende?	
¿Tiene las órdenes de las citas de control, las comprende y sabe cuál es el procedimiento para seguir con ellas?		¿Tiene un resumen de su estancia en el hospital, o conoce el trámite para solicitarlo?	
¿Tiene órdenes de laboratorio o exámenes, sabe cuándo y cómo debe realizárselos?		¿Tiene alguna pregunta acerca de los asuntos comprendidos en esta lista de control o en las instrucciones para el alta?	

Adaptado de Jaramillo C., Gómez E., Hernández E., Saldarriaga C., Flórez N., Buitrago R. et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda. Bogotá: Sociedad C.; 2014.

Desde la hospitalización debe concertarse con la persona y su cuidador la posibilidad de realizar visitas domiciliarias con el fin de evaluar y retroalimentar la información previamente suministrada; en lo posible definir la fecha de la primera visita el día del egreso (15).

Cada vez que se realice evaluación de la persona en las visitas domiciliarias, deben considerarse la valoración subjetiva de la persona y sus cuidadores respecto a su estado de salud, así como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, el peso, la presencia de edemas y disnea, los reportes de exámenes de laboratorio realizados pos alta; además de continuar con las sesiones educativas al paciente y cuidadores, verificando la adherencia a las indicaciones tanto no farmacológicas como farmacológicas (14, 15, 22). Por lo que se recomienda elaborar un registro comparativo de los parámetros evaluados.

Tabla 4. Registro de seguimiento plan de egreso hospitalario persona con insuficiencia cardíaca.

Nombre: _____	Edad: _____	Dirección: _____	Teléfono: _____
Nombre del cuidador: _____	Edad: _____	Teléfono: _____	
Diagnóstico médico: _____			
Antecedentes: _____			
Clase funcional al egreso: _____	Fecha de egreso: _____	Peso al alta(k): _____	
Restricción hídrica: _____	Tipo de dieta: _____		

Fecha sesión	Frecuencia cardíaca	Presión arterial	Peso	Edema	Disnea	Consumo líquido / día	Volúmen orina / día aprox.	Reporte laboratorios	Medicamentos ordenados	Temas tratados	Observaciones	Firma

Figura 1. Datos para el seguimiento anexos a la tabla 4.

Distintos autores sugieren que la primera reevaluación de la persona debe hacerse dentro de los siete a diez días después del alta (13, 14, 22, 23). También hay recomendaciones de hacer seguimiento telefónico adicional dentro de las 48-72 horas posteriores a la salida del hospital (12-15), y con prioridad en aquellas personas de alto riesgo, por ejemplo, en quienes han presentado descompensaciones frecuentes y/o reingresos hospitalarios.

U: Urgente

Luego de que la persona ha requerido hospitalización a causa de una descompensación de su insuficiencia cardíaca y es dada de alta, se ha reconocido un “periodo vulnerable” que se presenta dentro de los 60-90 días posteriores al alta, donde ocurre una gran cantidad de reingresos hospitalarios y muertes (23). Por lo que es indispensable que tanto ella como su cuidador estén en capacidad de reconocer los signos y síntomas de alarma que indican una descompensación temprana de la enfermedad, e identificar cuál de estos requiere de consulta a urgencias y cuáles pueden manejar adecuando el tratamiento dado (13, 15, 27, 31, 32), para garantizar que acudan al servicio médico oportunamente. Achury *et al.* (19) concluyen, luego de medir las competencias de cuidado en cuidadores familiares de personas con insuficiencia cardíaca, que la mayor deficiencia se encuentra en cuanto al conocimiento de los signos de alarma de la enfermedad.

Los signos y síntomas de disnea, disnea paroxística nocturna, fatiga, edema, ortopnea y distensión de la vena yugular fueron evidenciados por Aliti *et al.* (33) como las principales causas de consulta a urgencias en personas con insuficiencia cardíaca; y Pereira *et al.* (34), encontraron la disnea, el edema, la distensión yugular y la fracción de eyección reducida como las principales características definitorias en el diagnóstico de enfermería de débito cardíaco disminuido y por descompensación de insuficiencia cardíaca.

Dentro del plan de egreso, los signos y síntomas de alarma que indican descompensación de la enfermedad y que deben ser

enseñados a las personas con insuficiencia cardíaca y su cuidador incluyen: Signos de sobrecarga de volumen, signos de hipoperfusión y riesgo de arritmia.

Tabla 5. *Signos de sobrecarga de volumen*

Disnea	Reducción de la tolerancia al ejercicio
Presión venosa yugular aumentada	Fatiga, cansancio, aumento del tiempo de recuperación posterior al ejercicio
Ortopnea	Edema de tobillos
Disnea paroxística nocturna	Aumento de peso mayor a 2 kg en tres días

Fuente: elaborado a partir de: Burguez, S. *Insuficiencia cardíaca aguda. Revista Uruguaya de Cardiología.* 2017; 32(3): 370-389.

Jaramillo (12), afirma que “permitir que los pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca se autoajusten la dosis de diurético sobre la base de la variación individual de los signos y síntomas relacionados con la sobrecarga de volumen, es seguro y potencialmente beneficioso ya que evita la sobrecarga de líquidos y el exceso de dosificación” (p. 32).

En la revisión sistemática realizada por Piano *et al.* (35) se concluyó que “la dosificación diurética flexible e individualizada se asocia potencialmente con una reducción de las visitas a la sala de emergencia, una menor hospitalización y una mejor calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida” (p. 944).

Ante la presencia de aumento de peso más de 1 kilogramo en 24 horas o más de 3 kg en una semana, disnea y edemas (31), la persona puede implementar la titulación flexible del diurético, que consiste en duplicar la dosis convencional de furosemida oral, durante tres días consecutivos (31,36). Es importante tener presente no sobrepasar la dosis máxima de 240 mg de furosemida al día (31). De igual manera se puede reducir el consumo de sal y la ingesta de líquidos en la dieta (26).

Siempre que sea indispensable realizar la titulación flexible del diurético por parte del paciente, es importante que se lo informe a su médico tratante, ya que evidencia la necesidad de reajuste en la terapéutica (12).

- Signos de hipoperfusión (14)
 - Hipotensión.
 - Alteración del sensorio (obnubilación, somnolencia).
 - Piel fría, pálida y sudor pegajoso.
 - Extremidades frías.

- Riesgo de arritmia después del esfuerzo físico, que puede evidenciarse en irregularidades en el pulso, sensación de palpitaciones y alteración del estado de conciencia (17).

Debe quedar claro para la persona y su cuidador que la presencia de los signos y síntomas antes descritos son indicación de acudir por el servicio de urgencias, ya que requieren valoración y ajuste de farmacoterapia o reevaluación de la ingesta de líquidos y sodio. Idealmente, la persona debería tener acercamiento telefónico con la enfermera a cargo de las visitas domiciliarias, con el fin de poder realizar consultas en caso de tener dificultades o inquietudes en el manejo (13, 14, 28, 31).

I: Información

Uno de los pilares del manejo de la insuficiencia cardiaca crónica es la adherencia al tratamiento; la falta de esta está reconocida como una de las principales causas de reingresos hospitalarios (12). El déficit de conocimientos por parte de la persona que la padece y su cuidador en cuanto al tratamiento farmacológico y no farmacológico es el motivo más frecuente para que se presente (8, 12, 24, 28, 37, 38).

Freitas y Püschel (20), consideran que "la educación del paciente debe integrar el conocimiento popular y el sentido común con ideas científicas" (p. 923), para así lograr mejor entendimiento y retención de la información brindada, facilitando de este modo la adherencia al tratamiento.

Según el Consenso Colombiano para el Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica (12), los temas esenciales por tratar al educar al paciente y su cuidador incluyen: "Definición y etiología de la enfermedad, pronóstico, control de síntomas y autocuidado, tratamiento farmacológico, adherencia, dieta, alcohol, tabaquismo, ejercicio, viajes, actividad sexual, inmunización, trastornos del sueño y de la respiración y aspectos psicosociales" (p. 73)

Definición de Insuficiencia cardíaca

"La falla cardíaca es un síndrome clínico complejo que puede resultar de cualquier alteración funcional o estructural que dañe la capacidad del ventrículo a llenarse y eyectar sangre" (39, p. 2104)

Tabla 6. *Causas de insuficiencia cardíaca.*

ENFERMEDADES DEL MIOCARDIO		CONDICIONES DE CARGA ANORMALES		ARRITMIAS
Cardiopatía isquémica	Infiltración	Hipertensión	Sobrecarga de volumen	Taquiarritmias.
Daño tóxico	Alteraciones metabólicas	Defectos valvulares	Estados de alto gasto cardíaco	Bradiarritmias
Daño inmunomediado	Anomalías genéticas	Defectos miocárdicos estructurales		
Daño inflamatorio		Anomalías pericárdicas y endomiocárdicas		

Elaborado a partir de: Burguez, S. Insuficiencia cardíaca aguda. Revista Uruguaya de Cardiología. 2017; 32(3): 370-389.

Autocuidado

La persona debe integrar a su rutina diaria las siguientes recomendaciones para garantizar un adecuado seguimiento y control de su enfermedad. Los aspectos referentes a dieta y actividad física serán detallados en sus respectivos apartados según la nemotecnia:

Evaluación diaria de signos de retención de líquidos

- Pesarse en la mañana, en ayunas y con la misma cantidad de ropa (11, 12, 14, 15, 22, 27).
- Llevar registro diario del peso (12,31) y tener claro cuál es el “peso seco”: aquel con el cual no presenta ni signos ni síntomas de sobrecarga hídrica y se siente bien. Este peso debe garantizarse al alta (13, 16).

Es necesario, de acuerdo con los recursos disponibles, incentivar a la persona para que disponga de una pesa en casa para facilitar el automonitoreo del peso y poder evaluar signos tempranos de retención hídrica (8). Se debe evaluar el uso correcto de la pesa con el fin de obtener mediciones confiables.

- La persona debe tener presente que aumentos de peso mayores a 1 kg en 24 horas o más de 3 kg en una semana (31), pueden indicar retención de líquidos.
- Automedición de la circunferencia abdominal y registro (17). Otro indicador de acumulación de líquidos en la cavidad abdominal, además de la medición objetiva con cinta métrica a nivel del punto medio entre el reborde costal inferior y el extremo superior de las crestas ilíacas, es la referencia por parte de la persona de que la cintura de sus prendas de vestir ya no le quedan o le es imposible ajustar el cinturón donde usualmente lo hacía. Este indicador no es específico de retención de líquidos, puede revelar también cambios en el contenido de grasa abdominal,

que igualmente es necesario evaluar, por el riesgo de caquexia cardíaca (11) o sobrepeso.

- Autorrevisión de los tobillos, pies y piernas para evaluar presencia de edemas (15,40).
- Evaluación ante el espejo de la presencia de ingurgitación yugular (17).

Controles médicos

- La persona y su cuidador deben ser conscientes de la importancia de asistir a los controles médicos y de enfermería para poder evaluar su condición y realizar ajustes a su tratamiento.

Tabaco y alcohol

- En todo caso, debe enfatizarse en la abstención del tabaco y el alcohol, acudiendo a otros profesionales si es necesario, para tratar el consumo (14, 15, 22, 27).

Vacunación

- Orientar la administración de la vacuna neumocócica polivalente en una sola dosis con refuerzo después de los 65 años y en pacientes con alto riesgo, y vacuna contra la influenza, que debe administrarse anualmente (12, 13, 27), a menos que exista contraindicación. Adicionalmente debe evitar el contacto con personas con enfermedades respiratorias por el alto riesgo de contagio y complicación de su condición de base (13).

Viajes

- Deben programarse los viajes de acuerdo con la clase funcional y estado en general. Es importante llevar por

escrito los medicamentos que consume, un resumen de la historia clínica (12) y dosis adicionales de medicamentos. Monitorizar y adaptar la ingesta de líquidos de acuerdo al clima en el que se encuentra (14), sin olvidar la restricción que debe mantener.

Depresión

- El déficit cognitivo y la depresión son frecuentes en personas con insuficiencia cardíaca crónica, por lo que es necesario evaluar su presencia y darle manejo (12, 41).

Vida sexual

- Al igual que el ejercicio, la actividad sexual puede continuar, pero debe ser orientada de acuerdo con la etapa de la insuficiencia cardíaca, con el fin de evitar que suscite síntomas como disnea, ahogo, fatiga, palpitaciones, etc. (12, 27).

D: Dieta

En cuanto al manejo de la dieta, las personas y sus familias deben tener claro la importancia de la restricción de sodio y de líquidos como medida para evitar la retención de líquidos y la descompensación cardíaca, por lo que las medidas requieren del apoyo familiar para facilitar la adherencia por parte del paciente, y deben ser ajustadas a la etapa de la insuficiencia cardíaca en que se encuentra la persona y su realidad socioeconómica.

En algunos casos es necesario adicionalmente el trabajo interdisciplinar con los profesionales de nutrición para mejorar el manejo de los pacientes, como sucede con (15):

- Pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada NYHA (New York Heart Association) Clase III o IV.

- Pacientes ancianos frágiles.
- Pacientes con pérdida de peso involuntaria no edematosa, peso superior al 6 % del peso normal previo asociado a la IC (caquexia cardíaca).
- Pacientes con reingresos frecuentes al hospital para HF descompensado.
- Pacientes con graves comorbilidades que afectan la nutrición.

Ingesta de líquidos

La restricción debe ser de 1,5 a 2 litros por día (12,15); en casos de insuficiencia cardíaca severa, el ajuste de líquidos debe ser de 30 ml/kg/día (12, 14) o 35 ml/kg/día si la persona pesa más de 85 kg (14). Lo anterior implica que la persona mida ese volumen y lo reparta durante el día en la preparación de los alimentos, con el fin de controlar el líquido que consume. De igual manera es ideal que use tazas, pocillos y vasos pequeños.

En caso de sentir sed, puede: congelar las frutas y consumirlas así; congelar una bebida y beber sorbos a medida que se descongela; saborear un pedazo de caramelo duro sin azúcar; masticar goma de mascar sin azúcar o usar enjuague bucal (42), teniendo cuidado de no incrementar volúmenes de líquidos adicionales a los permitidos en el día. Se les debe aclarar que todos los alimentos que se derriten o son líquidos a temperatura ambiente se consideran líquidos (42).

Restricción de sodio

La restricción de sodio debe individualizarse de acuerdo con la etapa de la insuficiencia cardíaca, siendo indicada en los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada de 2-3 g/d de sodio (14, 27).

Es importante enseñar a la persona las alternativas a la sal que puede usar con el fin de conseguir adherencia a la indicación de la restricción salina sin desmejorar el sabor de las preparaciones; por

ejemplo, usar hierbas y especias como el orégano, tomillo, paprika y ralladura de cáscara de limón (43).

Recomendaciones acerca del consumo de sal (43):

- Preferir preparar los alimentos en casa, con productos frescos.
- Revisar las etiquetas de los alimentos, un 5 % o menos del valor diario de sodio por ración se considera bajo.
- Evitar el consumo de embutidos, comidas rápidas, congeladas, preparadas, enlatadas o procesadas.
- No adicionar sal a la comida ya preparada, no tener disponible un salero en la mesa.
- Reducir el tamaño de la porción de la comida, lo que implica consumir menos sal.
- Al comer fuera de casa, escoger porciones pequeñas o compartir el plato. Pedir que no se adicionen salsas o aderezos a la comida.

Dieta saludable y peso saludable

Las recomendaciones generales para todas las personas, respecto a una dieta equilibrada y saludable, se deben mantener con el fin de garantizar todos los nutrientes y un peso adecuado, que no aumente las demandas metabólicas y con ello el esfuerzo cardíaco. Por lo que se debe aconsejar el consumo de fruta, verduras, legumbres y pescado, y reducir la cantidad de alimentos grasos.

A: Ambiente

Es necesario que las personas y sus cuidadores comprendan que para facilitar su adaptación a la enfermedad y evitar posibles descompensaciones, deben seguir algunas recomendaciones en cuanto a ajustes en su entorno doméstico y rutinas diarias, lo que les garantizará conservación de energía y comodidad (17):

- Usar ropa suelta con botones, que facilite su movimiento y la respiración.
- Mantener a su alcance los objetos de uso más frecuente, por ejemplo, los elementos de higiene diaria.
- Ajustar su cama para dormir más cómodo, quizás usar una almohada más alta o elevar la cabecera de la cama colocando algún elemento seguro bajo las patas delanteras.
- Teniendo en cuenta la etapa en que se encuentre la enfermedad, organizar las tareas que realiza durante el día para evitar sobrecargarse, pero sin perder su independencia y funcionalidad.
- Idealmente, ubicar la habitación en el primer piso y cerca del baño, de manera que no deba utilizar con tanta frecuencia las escaleras.

R: Recreación y uso del tiempo libre

Actividad física

El ejercicio regular tiene beneficios en cuanto a que mejora el equilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno, y el trabajo del miocardio, ya que disminuye el avance de la aterosclerosis, y la actividad simpática (44). Además, si el ejercicio es aeróbico puede disminuir o revertir la remodelación ventricular (45, 46), favorecer la contractilidad miocárdica mediante la mejoría de la sensibilidad al calcio, beneficiando la función sistólica y diastólica (47).

Estudios (47, 48) en personas con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada encontraron que se benefician de realizar ejercicio físico, ya que presentan mejoría en su capacidad funcional y por consiguiente en su calidad de vida, lo que contribuye a su independencia, mejora su autoestima y disminuye el riesgo de

depresión (49, 50). Adicionalmente, el trabajo de fuerza de miembros superiores mejora la ventilación durante el ejercicio y la resistencia de los músculos respiratorios, aliviando la disnea (47).

Es necesario evaluar la etapa de la insuficiencia cardíaca en que se encuentra la persona, con el fin de prescribir la actividad física de manera individualizada y acorde a la clase funcional (17, 27). En caso de estar indicada, la persona debe tener claro que las actividades que realice no le generen disnea ni palpitaciones, y programar momentos de descanso entre la actividad física (15, 17). Podría usarse la escala de calificación del esfuerzo percibido (RPE) para medir qué tan fácil o difícil es para la persona completar una actividad (15).

Aunque está indicada la rutina de actividad física en las personas con insuficiencia cardíaca, está contraindicado iniciarla en las personas que presenten (15):

- Síntomas de la clase IV de la NYHA.
- Insuficiencia cardíaca descompensada o no controlada.
- Angina inestable de alto riesgo.
- Estenosis principal o coronaria izquierda o equivalente.
- Comorbilidades agudas no cardíacas (por ejemplo, infección).
- Estenosis aórtica grave o crítica.
- Miocardiopatía hipertrófica u otras formas de obstrucción del tracto de salida.
- Fibrilación auricular de respuesta lenta o descontrolada.
- Taquiarritmias o bradiarritmias.

La manera más sencilla para determinar la intensidad del ejercicio es a través de la cuantificación de la frecuencia cardíaca, ya que guarda relación con el volumen de oxígeno máximo utilizado (50, 51). El American College of Sports Medicine (50, 51) recomienda que durante el ejercicio no se supere la frecuencia cardíaca de reserva,

que se refiere al 50– 85 % de la frecuencia cardíaca máxima. Esta se obtiene a través de la fórmula: frecuencia cardíaca máxima = 220 - edad. Otra forma de calcular la frecuencia de reserva consiste en restar de la frecuencia cardíaca máxima la frecuencia cardíaca que se tiene en reposo sentado (50).

Recomendaciones para la práctica de actividad física

- La mejor opción de actividad física para la persona con insuficiencia cardíaca es realizar caminatas en casa 10 a 15 minutos cada día (11, 15, 52). Inicialmente puede probar 2–3 sesiones de 5 minutos para un total de 15 minutos al día, y si no presenta disnea, fatiga o palpitaciones puede gradualmente aumentar el tiempo de caminata en 5 minutos por día, hasta poder completar 30 minutos al día, divididas en 3 sesiones (15) realizando caminatas saliendo de casa, de acuerdo con su tolerancia. El objetivo sería lograr marchas de una hora de duración con una frecuencia semanal de, al menos, 5 días (50).
- Otra opción es la práctica de la danza, que, al estar asociada con la música, favorece el restablecimiento de la función neurohormonal y la reducción de la respuesta inflamatoria, lo que disminuiría el progreso de la insuficiencia cardíaca (11,53).
- Para ejercitar los músculos involucrados en la respiración, se puede recomendar a la persona que sentada en una silla realice ejercicios con las extremidades superiores, evitando subirlos por encima de la cabeza.
- En personas muy descondicionadas se puede iniciar la actividad con el reforzamiento de los músculos inspiratorios y de los grandes grupos musculares, venciendo la gravedad, desde la posición de sentadas o acostadas (15).
- Previo al inicio del ejercicio se debe incluir un calentamiento de 5 a 10 minutos y además efectuar un ligero estiramiento antes y después de la sesión, y finalizar con un periodo de enfriamiento (15, 50, 51).

- Si la persona puede conversar mientras camina, es buen indicador de que tolera la actividad, si no lo puede hacer, debe disminuir la intensidad o sentarse, evitando acostarse (15).
- Debe aconsejarse que realice la actividad física en el momento del día cuando más se sienta descansado y que haya pasado más de una hora luego de una comida principal (15).
- Llevar un registro diario del tiempo y actividades que realiza y si presenta síntomas, con el fin de que pueda observar su progreso (15).
- Los líquidos que consuma durante el ejercicio deben ser tenidos en cuenta dentro de la restricción de líquidos diaria.
- La persona debe procurar mantenerse activa mediante la ejecución de actividades cotidianas, como cocinar, ir de compras, pasear al perro, jardinería, etc., mientras no le produzcan síntomas. Mantener una vida activa mejora tanto su estado físico, como el estado de ánimo y la calidad de vida.

M: Medicamentos y tratamientos no farmacológicos

Medicamentos

Además de las medidas no farmacológicas descritas, la adherencia a la terapia medicamentosa es crucial para el mantenimiento de la estabilidad de la insuficiencia cardíaca (14, 37).

Dentro de los fármacos más utilizados en el manejo de la insuficiencia cardíaca crónica, la literatura describe a los diuréticos que a corto plazo siguen siendo el tratamiento más eficaz para el alivio de los síntomas desencadenados por la sobrecarga de volumen (12,20). Los betabloqueantes, han demostrado mejoría de los síntomas, la mortalidad y las tasas de ingreso hospitalario (12). Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), presentan beneficio en la reducción de la mortalidad y las hospitalizaciones cuando la función sistólica está reducida, y los antagonistas de los receptores de

la angiotensina II (ARAI), que han mostrado una disminución en las hospitalizaciones, aunque sin beneficio en la mortalidad (12, 32).

Freitas y Püschel (20), al evaluar los conocimientos de las personas sobre su enfermedad, encontraron que aunque la mayoría de ellas tienen claro que llevan mejor control de su enfermedad con el consumo de los medicamentos prescritos, reconocen que no están seguras de sus nombres, para qué sirven y cuáles son sus dosis; lo que interfiere en la adherencia y predispone a efectos adversos, por lo que es indispensable crear conciencia en ellas de la importancia del régimen farmacológico en el mantenimiento de su calidad de vida.

Es necesario generar mecanismos que permitan a las personas y sus cuidadores reconocer los medicamentos indicados desde la hospitalización, lo que facilita su manejo en casa, evitando sobredosis u olvidos (24, 27, 28). Idealmente se debe elaborar una cartilla, tabla o cartelera, donde se relacionen el nombre del medicamento, su efecto, dosis, horario de toma y efectos secundarios más frecuentes; estar dispuesta en un lugar visible, con un tipo de letra que facilite la lectura, y pueda ser apoyada con alarmas, en el celular, por ejemplo, que recuerden la hora de toma del medicamento.

Otra estrategia que puede implementarse es el uso del pastillero, donde se especifique en cada compartimento el nombre del medicamento, la dosis y la hora; de igual manera se puede instruir para que en el blíster del medicamento se escriba el día de la semana y la hora de toma para llevar mejor control de las dosis administradas. Por otra parte, se les debe indicar cuáles medicamentos de uso libre no son "favorables" para el mantenimiento de la enfermedad, como los antiinflamatorios no esteroideos (28).

Las personas no deben aprender a identificar los fármacos por su color o forma, ya que al cambiar de marca, estos pueden variar y generar confusiones y errores en la administración.

Cada vez que la persona asista a controles médicos, o que viaje, debe llevar consigo la relación de los medicamentos que consume, para tener a mano la información completa del tratamiento farmacológico.

E: Espiritualidad

La insuficiencia cardíaca, al ser una enfermedad crónica, le implica a quien la padece aprender a vivir con ella y realizar algunos ajustes a sus rutinas diarias para que la enfermedad no afecte en gran medida su calidad de vida, por esto es muy importante el apoyo de la familia o de las personas que hacen las veces de cuidadores, para que sean refuerzos positivos de las conductas de autocuidado (11,19).

La presencia de depresión en las personas que padecen falla cardíaca es más alta que en la población en general, y está asociada con disminución en la adherencia al tratamiento (41).

Se deben potenciar las cualidades y habilidades de la persona con superposición de sus limitaciones, promocionando las “actividades significativas y que posibiliten el rescate del sentido de la vida a través de la resignificación de la historia de vida y actividades cotidianas” (21, p.127). Encontrar aquellas labores que puede seguir realizando con independencia y que no estén contraindicadas, como el regreso al trabajo, cocinar, coser, tejer, realizar manualidades, prácticas religiosas, etc., compartir con la pareja o con familiares; en los adultos mayores en especial los nietos presentan un significado y motivación especial.

Conseguir que la persona comprenda que los ajustes en la dieta, la adherencia en las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas, son una oportunidad de tener la enfermedad controlada y poder llevar la vida con mayor autonomía y mejor calidad. Cuanto mejor sea la sensación de bienestar y equilibrio emocional, mayor la adherencia al tratamiento (11) y, por consiguiente, el control de la enfermedad.

No olvidar que, de igual manera, las dinámicas de los cuidadores se pueden ver afectadas en cuanto a la limitación de tiempo y del cambio en su rutina diaria, al tener que adaptar su vida a las labores propias del cuidado de una persona con enfermedad crónica.

De Sousa (11) encontró que cuanto menor es la edad de la persona con insuficiencia cardíaca, la percepción de su calidad de vida es más negativa respecto a los de mayor edad, debido sobre todo a la limitación en la realización de actividades por la disnea, y los cambios en la dieta.

“Los pacientes con insuficiencia cardíaca generalmente no entienden la causa y el pronóstico de su enfermedad, y rara vez discuten la calidad y el final de la vida con los profesionales involucrados en su cuidado” (54, p. 251). Por lo que es importante que comprendan el pronóstico de su enfermedad de acuerdo con la etapa en la que se encuentran, realizando el acompañamiento al duelo anticipado (21), en caso de ser necesario.

3. DISCUSIÓN

Como consenso, en diferentes referencias evaluadas se evidencia la necesidad del manejo pre y pos alta de las personas con insuficiencia cardíaca, a cargo de un equipo multidisciplinario; pero la realidad es que el acceso a las instituciones que cuentan con ellos no es suficiente para beneficiar a las personas portadoras de esta enfermedad y en muchas ocasiones su manejo se limita a seguir las recomendaciones que le entreguen por escrito a través de fórmulas y órdenes de control, y no al seguimiento en programas estructurados.

Esta falencia confirma una vez más la necesidad de generar planes de egreso hospitalario que logren mitigar el problema; y aunque la propuesta del presente estudio está basada únicamente en atención enfermera en personas con insuficiencia cardíaca, puede ser una iniciativa para que en el departamento de Boyacá se trabaje en la creación de programas donde los diferentes profesionales sanitarios

involucrados en la atención de la persona estén comprometidos y se logre el objetivo común que, como siempre, será mejorar la calidad de vida de las personas sujetos de cuidado, y no solo con esta patología, sino lograr abarcar en general a las personas que padecen las diferentes enfermedades crónicas que aquejan a la población.

4. CONCLUSIONES

Las enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de las cuales se encuentra la insuficiencia cardíaca, deben ser materia de constante investigación y estudio, dada la alta incidencia y, sobre todo, las graves implicaciones en la vida y entorno de las personas que la padecen.

La adopción de planes de egreso representa una alternativa costo efectiva, ya que mediante la implementación de programas educativos se pueden disminuir las complicaciones en las personas con enfermedad crónica, las consultas por urgencias y reducir los reingresos hospitalarios.

La propuesta de plan de egreso mediante la nemotecnia CUIDARME abarca los temas básicos que debería contener todo plan para garantizar los mínimos que, tanto en educación teórica como práctica, deben ser impartidos a la persona con enfermedad crónica que es dada de alta hospitalaria; además es aplicable y extensible a otro tipo de enfermedades o situaciones de salud.

La implementación de planes de egreso es de gran importancia para el ejercicio profesional de enfermería, tanto en el ámbito clínico, donde deben ser iniciados, como en el ámbito ambulatorio, donde se debe dar seguimiento y retroalimentación, con el fin de empoderar a la persona y su cuidador en el manejo de su enfermedad, para favorecer la adherencia en el tratamiento y el control de la enfermedad crónica.

Aunque el presente estudio tuvo como centro a la persona que ya padece la insuficiencia cardíaca, se debe tener siempre en mente que los mayores esfuerzos inician en la prevención de la enfermedad

mediante la adopción de hábitos de vida saludable desde la infancia, pues solo así se logrará disminuir la incidencia de la enfermedad crónica.

5. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva: Enfermedades no transmisibles. [Internet] 2018. [Acceso 04, febrero, 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. [Acceso 04, febrero, 2019]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2017. p.106.
4. Secretaría de Protección Social. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud, Tunja, Boyacá 2018. Colombia; 2018.
5. Navarrete Hurtado S. Clasificación y diagnóstico de la insuficiencia cardíaca. En: Sociedad Colombiana de Cardiología –SCC–, organizadores. Insuficiencia cardíaca. [Internet]. Colombia, 2010. [Acceso 06, junio, 2019]. Disponible en: <http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/capitulo8.pdf>
6. Blue L, McMurray J. How much responsibility should heart failure nurses take? *Eur. J. Heart Failure*. 2005; 7:351-61.
7. Azzolin K. D. O., Lemos D. M., Lucena A. D. F. & Rabelo-Silva E. R. Home-based nursing interventions improve knowledge of disease and management in patients with heart failure. *Revista Latino-Americana de enfermagem*. 2015; 23(1): 44-50.
8. Ribeiro da Silva Saccomann I. C., Cintra F. A., Bueno Jayme Gallani, M. C. Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014; 48 (1): 18-24.
9. Viana Castaño, J. C., Arredondo Hernández, A. Cedré Cabrera, A. Efectividad de la intervención terapéutica ambulatoria en adultos con insuficiencia cardíaca crónica. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015; 41(2):253-267.

10. Lambrinou E, Kalogirou F, Lamnisis D, Sourtzi P. Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing readmissions: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. [Internet] 2012;49(5):610-624. [Acceso 08, febrero, 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.002>
11. De Sousa M. M., Dos Santos Oliveira J., Soares M. J. G. O., Da Silva Bezerra, S. M. M. Dos Santos Oliveira, S. H. Efeitos físicos e psicossociais da insuficiência cardíaca na percepção da qualidade de vida. *Cogitare Enfermagem*. 2017; 22(2).
12. Jaramillo C., Gómez E., Hernández E., Saldarriaga C., Flórez N., Buitrago R. et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia cardíaca crónica. Sociedad Colombiana de Cardiología. Bogotá; 2014.
13. Ormaechea G. Álvarez P. Programando el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca. Conceptos generales y aportes de una unidad nacional. *Revista Uruguaya de Cardiología*. 2018; 33(1): 205-244.
14. Jaramillo C., Gómez E., Hernández E., Saldarriaga C., Flórez N., Buitrago R. et al. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia cardíaca aguda. Sociedad Colombiana de Cardiología. Bogotá; 2014.
15. Health Quality Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care. Quality-based procedures: clinical handbook for heart failure (acute and postacute). Toronto: Health Quality Ontario. 2015.
16. Lessa QCSS, Frossard JM, Queluci GC. Educação de pacientes com insuficiência cardíaca pelo enfermeiro: uma revisão integrativa. *Rev pesqui cuid fundam*. [Internet] 2010; 2(3): 591-595. [Acceso 04, febrero, 2019]. Disponible en: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/986/pdf_224.
17. De Araújo A. A., Da Nóbrega M. M. L. & García T. R Telma. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013; 47(2): 385-392.
18. Sousa M. M. D., Oliveira J. D. S., Soares M. J. G. O., Bezerra, S. M. M. D. S., Araújo A. A. D. & Oliveira, S. H. D. S. Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. [Internet] 2017; 38(2): e65885. [Acceso 22, febrero, 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.65885>.

19. Achury Saldaña D.M., Restrepo Sánchez A., Torres Castro N.M., Buitrago Mora A.L., Neira Beltrán N.X., Devia Flórez P. Competencia de los cuidadores familiares para cuidar a los pacientes con falla cardíaca. *Revista CUIDARTE [Internet]*. 2017; 8(3): 1721-1732. [Acceso 28, enero, 2019]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359552589002>
20. Freitas M. T. S. D. & Püschel, V. D. A. A. Insuficiência cardíaca: expressões do conhecimento das pessoas sobre a doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013; 47(4): 919-926.
21. Queiroz M. E. G. & Foz M. L. F. N. N. Atenção integrada a pessoa com insuficiência cardíaca na perspectiva terapêutico-ocupacional e psicológica: um relato de experiência. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*. 2018; 6(1): 123-129.
22. Llorens Soriano P., Manito Lorite N., Manzano Espinosa L., Sánchez M., Javier F., Comín Colet J., ... & Herrero, P. Consenso para la mejora de la atención integral a los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda. *Emergencias*. 2015; 27(4): 245-266.
23. Burguez, S. Insuficiencia cardíaca aguda. *Revista Uruguaya de Cardiología*. 2017; 32(3): 370-389.
24. Da Costa Galvão P. C., Gomes E. T., Figueirêdo T. R. & Da Silva Bezerra S. M. M. Diagnósticos de enfermagem aplicados a pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. *Cogitare Enfermagem*. 2016; 21(2).
25. Eymin G. et al. Proceso de alta hospitalaria, revisión de la literatura. *Revista Médica de Chile*. 2014; 142(2): 229-237.
26. Medeiros J., Medeiros C.A. Avaliação do autocuidado nos portadores de insuficiência cardíaca. *Cogitare Enfermagem*. [Internet] 2017; 22(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.51082>
27. Goncalves F. G. & Albuquerque D. C. D. Educação em saúde de pacientes portadores de insuficiência cardíaca. *Rev enferm UERJ*. 2014; 22(3): 422-428.
28. González, M. & Pedrero, V. Estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista chilena de cardiología*. 2013; 32(2): 134-140.
29. Pinzón de Salazar, L. El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2005; 10: 22-27
30. Diario Oficial N.º 45.693 de 6 de octubre de 2004. Ley 911 de octubre 5 de 2004.

31. Saldarriaga C.I., Gómez E.A., Hurtado S., González G., Gómez J.E. Actualización 2017 - Versión de bolsillo. Consenso Colombiano para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Bogotá; 2017.
32. Ruiz-Romero V., Lorusso N., Expósito García S., Páez-Pinto J. M., Palmero-Palmero C., Caballero-Delgado G. et al. Hospitalizaciones evitables por insuficiencia cardíaca. Variables relacionadas. Revista Española de Salud Pública. 2016; 90: 1-11.
33. Aliti G.B., Linhares J.C.C., Linch G.F.C., Ruschel K.B., Rabelo E.R. Signs and symptoms in patients with decompensated heart failure: inference of priority nursing diagnoses. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet] 2011; 32(3). [Acceso 22, enero, 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000300022>.
34. Pereira J. D. M. V., Flores P. V. P., Figueiredo L. D. S., Arruda C. S., Cassiano K. M., Vieira G. C. A., ... & Cavalcanti A. C. D. Nursing Diagnoses of hospitalized patients with heart failure: a longitudinal study. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2016; 50(6): 929-936.
35. Piano M., Prasun M., Stamos T. et al. Flexible diuretic titration in chronic heart failure: ¿where is the evidence? J Cardiac Fail. 2011; 17: 944-954.
36. González, G. et al. Cuidado paliativo en falla cardíaca. Revista Colombiana de Cardiología. 2017; 24(3): 286-296.
37. Rojas Sánchez L.Z., Echeverría Correa L.E. & Camargo Figuera F.A. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardíaca. Enfermería Global. 2014; 13(36): 1-19.
38. Lucas TC, Stuchi RAG, Souza, Arreguy-Sena C. Insuficiência cardíaca e crenças dificultadoras na adesão ao tratamento. 2017;7:e1871.
39. Hunt H.A., Baker D.W., Chin M.H. et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). J Am Coll Cardiol 2001; 38: 2101-20113.
40. Hua C.Y., Huang Y., Su Y.H., Bu J.Y., Tao H.M. El modelo de atención colaborativa mejora la capacidad de autocuidado, la calidad de vida y la función cardíaca de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. Revista Brasileña de Investigación Médica y Biológica. 2017;5 0(11), e6355. Epub.

41. Bichara V.M., Santillán J., De Rosa R. & Estofan L. Depresión en insuficiencia cardíaca crónica: causa o consecuencia. *Insuficiencia cardíaca*. 2016; 11(4): 173-200.
42. Cómo controlar la ingesta de líquidos en la diálisis. [Internet]. [Acceso 15, febrero, 2019]. Disponible en: <https://www.freseniuskidneycare.com/es/eating-well/fluid-management-on-dialysis>
43. Food Facts from the U.S. Food and Drug Administration. Hechos sobre alimentos: El sodio en su dieta. 2018. [Internet]. [Acceso 18, febrero, 2019]. Disponible en: <https://www.fda.gov/downloads/Food/FoodbornellnessContaminants/UCM317101.pdf>
44. Keteyian S.J. Exercise training in congestive heart failure: risks and benefits. *Prog Cardiovasc Dis*. 2011; 53: 419-428.
45. Jones L.W., McAlister F.A., Clark A.M. A meta-analysis of the effect of exercise training on left ventricular remodeling in heart failure patients: the benefit depends on the type of training performed. *J Am Coll Cardiol*. 2007; 49: 2329-2336.
46. Chen Y.M., Li Z.B., Zhu M., Cao Y.M. Effects of exercise training on left ventricular remodelling in heart failure patients: an updated meta-analysis of randomised controlled trials. *Int J Clin Pract*. 2012; 66: 782-791.
47. Márquez J., Suárez G. & Márquez, J. Beneficios del ejercicio en la insuficiencia cardíaca. *Revista Chilena de Cardiología*. 2013; 32(1): 58-65.
48. Silva F.J.S., Santos-Silva P.R., Greve J.M.D. Uma visão global do treinamento físico aeróbico para pacientes com insuficiência cardíaca: estudo de revisão. *Acta Fisiátr*. 2016; 23(1): 30-34.
49. Blumenthal J.A., Babyak M.A., O'Connor C., Keteyian S., Landzberg J., Howlett J. et al. Effects of exercise training on depressive symptoms in patients with chronic heart failure: the HF-ACTION randomized trial. *JAMA*. 2012; 465-474.
50. Maroto J. M. et al. Rehabilitación cardíaca. *Sociedad Española de Cardiología*; 2009.
51. Alemán, J.A., De Baranda Andujar, P.S., Ortín, E. J. O. Guía para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular. *Seh-Lelha*, 2014.
52. Pereira F.A.C.. O Autocuidado na insuficiência cardíaca: tradução, adaptação e validação da european heart failure self-care behaviour scale para o contexto português [dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto em Ciências de Enfermagem; 2013.

53. Carvalho T. D., Lima D. P. & Santos, A. R. S. D. Dança, insuficiência cardíaca e função erétil: perspectiva de melhor manejo clínico? *Int. j. cardiovasc. sci.* (Impr.) 2017; 30(6): f-542.
54. Jorge A. J. L., Rosa M. L. G., Da Silva Correia D. M., De Andrade Martins W., Ceron D. M. M., Coelho L. C. F. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com e sem insuficiência cardíaca na atenção primária. *Arq Bras Cardiol.* 2017; 109(3): 248-252. DOI: 10.5935/abc.20170123

CAPÍTULO 3.

SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA: CONSTRUCCIÓN DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA ADMINISTRACIÓN A RECIÉN NACIDOS EN ALOJAMIENTO CONJUNTO BASADO EN UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Edna Lucía Guerrero Cortés

Especialista en Enfermería Materno-Perinatal con Apoyo Familiar

Magíster en Enfermería

Docente Escuela de Enfermería UPTC

Investigadora Grupo Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la salud GERCUS

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la importancia de la lactancia materna en el crecimiento y desarrollo de los recién nacidos; sin embargo sostiene que existen situaciones clínicas tanto maternas como neonatales en donde se hace necesaria la inclusión de sucedáneos o sustitutos de leche materna, bien sea como apoyo total o parcial al crecimiento y la nutrición de los neonatos para su correcto y normal desarrollo; por lo cual se requiere poner en marcha estrategias para el cuidado de la salud de esta población vulnerable. Surge entonces la necesidad de construir un protocolo basado en la mejor evidencia disponible, donde se consignen las recomendaciones entregadas por la literatura y que oriente al personal de salud sobre la manera correcta de administrar estos sucedáneos de

leche materna a los recién nacidos que se encuentren en alojamiento conjunto, a fin de evitar así complicaciones relacionadas con esta práctica (1).

Para el desarrollo de esta investigación se tomó como referente guía la enfermería basada en la evidencia (EBE) (2), mediante una revisión de la literatura científica, perspectiva que permitió unificar los conceptos de las diferentes bases de datos, las revistas científicas, literatura secundaria y terciaria y las guías de práctica clínica (GPC) a través de la construcción de ecuaciones de búsqueda que permitieron precisión en el ejercicio de indagación en la literatura. En la fase de localización de las evidencias, se tuvieron en cuenta parámetros como año de publicación, textos acceso libre y de disponibilidad a texto completo, al momento de consultar las bases de datos, que permitieran la integración de la literatura para el logro del objetivo de la investigación.

El marco conceptual aborda conceptos esenciales como “sucedáneos de leche materna” — desde su normativa y aplicabilidad establecida en el Código Internacional de Comercialización, avalado por la OMS y la UNICEF (3) — “protocolo clínico” (4, 5) y “recién nacido en alojamiento conjunto”, construidos gracias a los hallazgos de la misma revisión de la literatura y que son aplicables al contexto de la práctica clínica a través de una estructura ordenada y secuencial que plasma el objetivo del quehacer, de tal forma que sea comprendido por los profesionales de la salud.

Los aspectos que no se lograron abordar o aclarar en la revisión de la literatura, que se consideran indispensables para la construcción de recomendaciones, se dilucidaron a través de la opinión de expertos en el tema, concedores tanto de la problemática planteada como de la población objeto de aplicación del presente protocolo. Teniendo en cuenta los vacíos del conocimiento o la falta de consenso en la literatura, se elaboran preguntas, lo que permite al investigador elaborar de manera organizada y lógica las conclusiones finales que nutren la construcción del protocolo.

Finalmente, los resultados se presentan a manera de recomendaciones aplicables en el contexto clínico, que le permitirán al profesional de salud entenderlas y utilizarlas en su ejercicio profesional y, de esta manera, garantizar una adecuada atención al neonato que se encuentra en alojamiento conjunto. Analizar estos resultados de investigación, apunta a orientar las decisiones en salud, optimizando los beneficios al recién nacido y evitando que las actuaciones del profesional de Enfermería que cuida a este grupo poblacional de alta vulnerabilidad no se base netamente en la experiencia personal de cada uno o a la intuición o simplemente al sentido común, sino que estas actuaciones sean respaldadas por el rigor metodológico, partiendo, en primera medida de la mejor evidencia científica disponible.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Se reconocen la importancia y los beneficios que aporta la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, tanto para la madre como para el neonato, la familia y la sociedad; sin embargo, es evidente que se presentan situaciones médico-clínicas tanto de la madre como del recién nacido, que impiden que este proceso de lactancia materna exclusiva, efectivamente se dé, y es cuando se hace necesario el uso de sucedáneos de leche materna para poder suplir las necesidades del neonato y así prevenir trastornos digestivos, metabólicos o algún otro tipo de descompensación que amenace su bienestar e incluso su propia vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) desarrollaron una lista de razones médicas aceptables para el uso temporal o a largo plazo de sucedáneos de la leche materna (1), originalmente como anexo al paquete de herramientas de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) en 1992, actualizado por primera vez en el 2007 y cuya última revisión por parte de expertos se encuentra disponible desde el 2010. Así mismo, existen otras recomendaciones basadas en la evidencia sobre esta temática, en donde se resaltan afecciones infantiles y afecciones maternas,

que obligan al uso y administración de sucedáneos, las cuales no se tratarán en el presente protocolo, ya que se tomarán en cuenta únicamente aquellas indicaciones que se refieren al recién nacido sano que se encuentra en alojamiento conjunto y que requiere, por alguna razón propia o de la madre, que se le administre sucedáneo de leche materna.

Es necesario contar con este protocolo, ya que permitirá su aplicación práctica útil, adecuada y consiente, que tenga en cuenta las condiciones del binomio, la capacidad gástrica del neonato de acuerdo con el peso y la edad en días, el perímetro abdominal previo, el ajuste del aporte según cambios fisiológicos, las condiciones adaptativas del neonato, el seguimiento, entre otros (6, 7, 8). Generalmente se administra bajo la metodología a libre demanda, desconociendo que esta técnica se asocia con mayor frecuencia a complicaciones por exceso, como intolerancia, regurgitaciones, vómito, distensión abdominal; o por defecto, como hipoglicemia, aporte insuficiente de nutrientes y, por consiguiente, mayor pérdida ponderal de peso del neonato (9).

La administración incorrecta y equívoca de sucedáneos a recién nacidos sanos genera cambios importantes en su patrón metabólico y digestivo, que aumentan el riesgo de desarrollo de enterocolitis necrotizante, intolerancia de la vía oral, ingreso deficiente o excesivo de nutrientes (agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas), sobrepeso o cambios en la flora intestinal, entre otros. Además, el recién nacido está más expuesto a enfermedades bacterianas o infecciosas, o a ambas, al manipularlos, almacenarlos y administrarlos inadecuadamente (6, 7, 8).

Protocolo clínico como herramienta del cuidado

En la actualidad, la revisión, uso y aplicación de protocolos clínicos en la práctica sanitaria, así como la protocolización de ciertos procedimientos, son un tema de actualidad, ya que permiten

emplear conocimientos actualizados y seguros en la práctica diaria, garantizando resultados favorables en el sujeto de cuidado.

En un porcentaje significativo de los trabajos de investigación y revisiones referidos a los protocolos clínicos (también denominados guías para la práctica clínica), los profesionales que construyen o utilizan protocolos no especifican cómo y con qué criterios los han construido. Tampoco en la bibliografía hemos encontrado ejemplos que expliquen con detalle el proceso de diseño y elaboración de un protocolo; sin embargo, la elaboración de protocolos clínicos es una exigencia de algunos programas formativos como el de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria o de las carteras de servicios de casi todos los centros de salud. Difícilmente unos profesionales que no han aprendido a elaborar protocolos van a poder construir un protocolo adecuado y metodológicamente correcto.

La protocolización, entendida como una metodología o como una técnica, precisa un aprendizaje y un entrenamiento práctico como cualquier otro aspecto de la medicina, sobre todo si se pretende que tenga una base científica. La enorme importancia de estos aspectos se explica porque si un protocolo —que es una herramienta que se va a aplicar a la toma de decisiones clínicas en la consulta y a la toma de decisiones en los momentos de incertidumbre y que, por lo tanto, se aplicará a los pacientes— es una mala herramienta (mal diseñada), puede producir el efecto contrario al buscado (sistematizando decisiones inadecuadas o errores), o no utilizarse (4).

Ahora bien, aunque en la literatura científico-técnica se encuentra una amplia variedad de protocolos, no existen documentos que puedan servir de guía para su elaboración. Por otro lado, es lógico pensar que si una de las finalidades que se persiguen con la elaboración del presente protocolo es disminuir la variabilidad en la práctica de administración de sucedáneos al recién nacido en alojamiento conjunto, la estructura que deben seguir debería estar normalizada, al menos en una misma institución, de tal manera que garantice la calidad científico-técnica al contar con el consenso de expertos e incorporar evidencia disponible destacada (10).

Enfermería basada en la evidencia (EBE)

Una de las estrategias más valiosas con las que cuentan los profesionales de enfermería en la actualidad es la estrategia de enfermería basada en la evidencia (EBE). Esta estrategia mejora las prácticas de cuidado, pues orienta el quehacer profesional con mayor certeza, contribuye a la satisfacción de los usuarios, optimiza los recursos y fortalece el trabajo en equipo, ya que pasa del “control” a la “facilitación” del trabajo en función de la calidad de los cuidados e involucra al personal en las acciones y decisiones de cuidado (11).

Desde finales del siglo pasado ha habido un llamado consistente para que los resultados de investigación se apliquen en la práctica clínica. Este proceso, que inicialmente se denominó “utilización de la investigación”, pasó a llamarse “práctica basada en la evidencia”. En enfermería se expresa con ello que “es el proceso por medio del cual los profesionales de enfermería toman las decisiones clínicas usando la evidencia disponible, su experiencia y las preferencias de los pacientes” (11, 12).

El Observatorio EBE ha ampliado este proceso hacia un paradigma cualitativo y ha precisado que la EBE consiste “en el uso consciente y explícito, desde el mundo del pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la Medicina Basada en la Evidencia, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal, que hace visibles perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico” (2, 11).

En los últimos 25 años la disciplina de enfermería viene haciendo el esfuerzo de aplicar sistemáticamente la estrategia de EBE, sin embargo, es necesario seguir insistiendo para que los profesionales de enfermería conozcan y apliquen estos conceptos, pues mucho del conocimiento que usan, proviene de su experiencia y, por tanto, aún hay prácticas clínicas en el día a día sin documentar, políticas organizacionales para las cuales no existe evidencia y procedimientos

basados en la experiencia y en la opinión y preferencia de los expertos en vez de la investigación en enfermería. Solo un pequeño porcentaje de profesionales de enfermería usa la investigación en su práctica clínica. Las enfermeras son mucho más proclives a consultar con sus colegas cuando se trata de tomar decisiones, en vez de usar la tecnología basada en la evidencia.

Enfermería debe, por tanto, desarrollar una práctica actualizada y fiable, en la que la práctica basada en la evidencia científica represente una alternativa fundamental en la toma de las decisiones más acertadas en el quehacer profesional, el cual requiere compromiso y responsabilidad social (2, 11, 13, 14, 15,16).

Ahora bien, en la práctica de cuidado de los neonatos, los profesionales de enfermería poseen un amplio conocimiento y compromiso profesional, pues son el contacto más cercano y directo con el que cuenta el binomio y la familia para la atención y satisfacción de sus múltiples necesidades en esta etapa de adaptación a la vida extrauterina y de acogida de un nuevo ser en el hogar; además es el personal que entabla una relación de confianza e intimidad. Mediante estos cuidados se busca garantizar calidad asistencial, evitando los efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, así como entregar elementos necesarios a la madre para el cuidado de su hijo en el hogar.

Sucedáneo de leche materna

El sucedáneo de la leche materna se define como cualquier alimento que sea usado con el fin de remplazar o complementar la leche materna, el cual trata de ser lo más parecido posible a la leche materna. En el siglo XX se describió una de las primeras fórmulas lácteas de reemplazo a la leche materna y, en esta misma época, Von Bunge publicó el primer análisis de la composición de la lactancia materna como de la leche de vaca (17).

Según la Sociedad Colombiana de Pediatría, los sucedáneos de la leche materna se describen como productos modificados

para satisfacer las necesidades fisiológicas del bebé, de forma total o parcial, manufacturados bajo procesos industriales acordes con normas del Codex Alimentarius (18), o preparaciones para lactantes, dispuestos industrialmente para satisfacer las necesidades nutricionales y alimentarias de lactantes normales hasta la edad de cuatro a seis meses y adaptados a sus características fisiológicas (19).

Las leches industrializadas, término que se asocia a los sucedáneos de leche materna, se refieren a todo tipo de leches que sufren un proceso de industrialización en términos de deshidratación total o parcial (leche en polvo, evaporada o concentrada). De la misma manera, se encuentran las leches modificadas, que se obtienen a partir de la leche de vaca, en las cuales se ha variado el contenido de lípidos, proteínas e hidratos de carbono y, en ocasiones, se les han adicionado vitaminas o nutrimentos inorgánicos. En el caso de las fórmulas utilizadas para lactantes, se trataría de un preparado para infante y una leche modificada. En nuestro medio acostumbramos a llamarlas leches modificadas, para diferenciarlas de las leches enteras, ya sean industrializadas o “crudas” (8, 9).

Según la Sociedad Colombiana de Pediatría, existen diferentes tipos de sucedáneos de leche materna, entre ellos se encuentran:

- **FLI:** las fórmulas lácteas de inicio se recomiendan para cubrir parcial (cuando se administra a manera de complemento de la leche materna) o totalmente (cuando la lactancia está contraindicada) los requerimientos nutricionales de un lactante sano durante los primeros seis meses de la vida.
- **FLC:** las fórmulas lácteas de continuación se utilizan para niños mayores de seis meses hasta los 12 años de edad y su objetivo es garantizar la cobertura de los requerimientos nutricionales y no con el cubrimiento total como las de inicio.
- **FLE:** las fórmulas lácteas especializadas conforman un grupo de integrado de diferentes sucedáneos con fines dieto-terapéuticos, que por la modificación de uno o más de sus nutrientes se

convierten en paliativas o coadyuvantes del tratamiento médico que afecta a uno o a varios de los tiempos de nutrición (20).

Recién nacido en alojamiento conjunto

Un recién nacido es un niño que tiene menos de 28 días, que puede considerarse aparentemente sano cuando es a término (≥ 37 semanas de gestación), y su historia (familiar, materna, gestacional y perinatal), su examen físico y su adaptación lo garanticen. El término alojamiento conjunto será aplicado para aquel neonato que comparta con su madre y sus familiares, de manera transicional, la misma habitación después del parto, de forma tal que puedan ser atendidos juntos hasta la recuperación inmediata de ambos.

El alojamiento conjunto permite a la madre compartir con su hijo, lo que fortalece los lazos afectivos y desarrolla una mayor sensibilidad por los problemas prioritarios de este; establece una estrecha relación madre-hijo que estimula la lactancia natural y sensibiliza a la madre para aceptar los consejos sobre los cuidados de su hijo (21).

1. REFERENTE METODOLÓGICO

El referente metodológico usado en esta investigación es el método enfermería basada en la evidencia (EBE), definida como "la búsqueda sistemática de una respuesta basada en la investigación, útil y pertinente para la práctica de los profesionales de enfermería, pero que considera un enfoque reflexivo e interpretativo que es el que permite hacer uso de los hallazgos de la investigación en la realidad particular de la enfermera" (2, 11, 13, 22, 23).

1.1 Estrategia de búsqueda

Una vez seleccionada el área temática de trabajo, se realizó la formulación de preguntas por la práctica de tipo PICOT (Paciente o problema; Intervención; Comparación; Resultados; Tiempos),

por ser esta estructura considerada de mayor aplicabilidad para los escenarios clínicos, preguntas que sirvieron para configurar la estrategia de búsqueda en las siguientes bases de datos utilizadas: Biblioteca Virtual de Salud (BVS), MEDLINE, BDNF, SCIELO, READLYC, LILACS, IBECs, CUMED, INDEX, BBO, DSPACE, SCP, LACTMED, EMBASE, entre otras. Los años seleccionados de búsqueda fueron 2007 a 2018, teniendo en cuenta artículos y estudios publicados de preferencia en español, inglés y portugués, idiomas a los cuales fueron traducidos los descriptores bibliográficos y palabras clave utilizados, para facilitar la búsqueda en las bases de datos. También se tuvieron en cuenta documentos como guías de práctica clínica tanto nacional como internacional, principalmente de países como México, Chile, Argentina, entre otras.

Se utilizaron operadores booleanos como “AND” y “OR” para la búsqueda avanzada.

- Para enfermería basada en la evidencia se usó el descriptor enfermería basada en la evidencia y enfermería basada en pruebas.
- Para protocolo de enfermería se usó protocolo de acuerdo y protocolo de adhesión institucional.
- Para sucedáneo de la leche materna se usó: leche no humana, leche en polvo, sustituto de la leche materna, leche de fórmula, leche maternizada, fórmulas infantiles, fórmula láctea, alimentación complementaria, nutrición en lactante, nutrición inicial, fórmula estándar.

1.2 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron los artículos encontrados con los descriptores propuestos, que manejaban como eje principal de la investigación los sucedáneos de la leche materna, sus indicaciones de uso, la elección del correcto tipo de sustituto de leche materna, aporte nutricional y recomendaciones de uso, títulos que se consideraron

interesantes y cuyo resumen presentaba validez teniendo en cuenta el objetivo del estudio.

Como criterios de exclusión se utilizaron artículos o estudios comparativos entre sucedáneo y leche materna, enfermedades derivadas de uso de sucedáneos, el uso en recién nacidos prematuros con alguna comorbilidad; sin embargo, se tomaron datos de interés que aportaran a la construcción del protocolo.

2. RESULTADOS

Al aplicar los criterios de búsqueda en las bases de datos, se identificaron en total 104 artículos sobre los cuales se aplicó el primer filtro consistente en validación por título y resumen, filtros en los cuales se buscaba establecer si el hallazgo daba respuesta a las preguntas de investigación formuladas y teniendo siempre presente el objetivo de la búsqueda, quedando en conclusión un total de 89 estudios. Posterior a esto, se aplicó una primera herramienta de lectura crítica tipo lista de chequeo (chek list) abreviada de validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro, lo que permitió reconocer cuáles fueron los hallazgos más relevantes de cada estudio, clasificarlos de acuerdo a la utilidad y aplicabilidad para el desarrollo del presente estudio, así como identificar la seguridad y validez de estos resultados en el ámbito clínico y con la población objeto donde será aplicado el protocolo; esto dio como resultado la exclusión de 21 artículos quedando como útiles 68 artículos.

Finalmente se aplicó el último filtro de selección a través de la lectura crítica a profundidad utilizando la herramienta CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español), la cual permitió identificar los resultados más relevantes de los estudios, así como su validez y aplicabilidad, teniendo en cuenta el diseño metodológico de cada uno, resultando un total de 52 artículos. Lo anteriormente mencionado se presenta en el siguiente esquema:

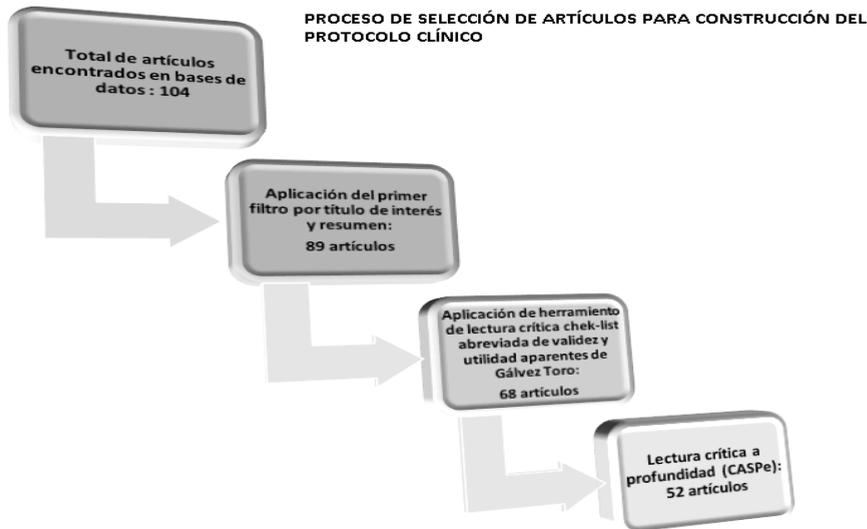


Figura 1. Diagramación del proceso de selección de los artículos para la construcción del protocolo clínico de administración de sucedáneos de leche materna.

2.1 Descripción de las ecuaciones de búsqueda

De acuerdo con la metodología planteada se hizo revisión sistemática de la literatura en diferentes bases de datos, teniendo como parámetros de búsqueda los descritos anteriormente, además se consideraron las guías de práctica clínica, nacionales y extranjeras, principalmente las de México.

Se realizó una búsqueda precisa empleando los operadores booleanos “and” y “or” en el periodo comprendido entre el año 2007 al 2018, tomando como criterios de inclusión aquellos artículos que se encontraban publicados en idiomas español, inglés y portugués, cuyos resúmenes estuvieran disponibles en las bases de datos consultadas con un grado de evidencia sólida sobre la alimentación enteral en los neonatos. Los criterios de exclusión fueron estudios con un nivel de evidencia baja.

Además de las bases de datos descritas, se consultaron las revistas virtuales de la Sociedad Colombiana de Pediatría, Sociedad Mexicana de Pediatría y de la Academia Médica de la Lactancia (Breastfeeding Medicine Academy); así como en la Biblioteca Virtual de la Universidad del Valle, y, al hacer el ejercicio de árbol de búsqueda, se logró establecer que cumplen con los criterios.

Se construyeron las ecuaciones de búsqueda que se sintetizan en la tabla 1.

Tabla 1. Construcción de ecuaciones de búsqueda por Edna Lucía Guerrero, 2019.

ECUACIONES DE BÚSQUEDA			
Palabra clave	Inglés	Portugués	Sinónimo
Sucedáneo de leche materna	Breast-Milk Substitut	Substituto do leite materno	Sustituto de leche materna
Alimentación enteral en neonatos/ lactantes sanos	Enteral feeding in neonates/ healthy infants	Alimentação enteral em neonatos/ bebês saudáveis	Nutrición enteral en recién nacidos
Medicamentos y lactancia materna	Medications and breastfeeding	Medicamentos e amamentação	Fármacos y lactancia materna
Nutrición en recién nacido sano	Healthy newborn nutrition	Nutrição saudável do recém-nascido	Alimentación del neonato
Fórmulas de inicio en neonatos	Starter formulas in neonates	Fórmulas para iniciantes em neonatos	Iniciación alimentaria en neonatos
Recomendaciones nutricionales neonatales	Neonatal nutritional recommendations	Recomendações nutricionais neonatais	Sugerencias alimentarias en el recién nacido

Una vez seleccionados los estudios y de realizar la lectura y el análisis a profundidad, se sintetizó la información más relevante y aplicable a la construcción del protocolo, como el objetivo del estudio, el método aplicado, la población abordada y los principales resultados; de tal manera que se logró verificar la aplicabilidad a las instituciones y población objeto del presente protocolo, consignando lo respectivo en un árbol de búsqueda, tal como se esquematiza a continuación.

2.2 Árbol de búsqueda de artículos

En la herramienta de trabajo de Excel se fueron consignando los hallazgos y el correspondiente árbol de búsqueda, sintetizando la aplicación de cada uno de los filtros hasta obtener un total de 52 artículos elegibles para la construcción de las recomendaciones del protocolo.

En la siguiente tabla se esquematiza estos hallazgos, desglosados por cada una de las bases de datos.

Tabla 2. Árbol de búsqueda: Protocolo de sucedáneos de leche materna

Base de datos	# de Títulos identificados	Aplicación de filtros (SI/NO)	# Títulos después de aplicar filtros	crítica Utilidad aparente (SI/NO)	# Títulos elegibles	# Excluidos	# Resúmenes elegibles	Duplicados	elegibles post Lectura a profundidad (CASPe)	Excluidos	Total Incluidos
		¿Cuáles?		¿Cuáles?							
BVS	32	SI	25	SI	22	3	22	4	17	4	17
		Título		Galves							
		Resumen		Toro							
CUMED	17	SI	15	SI	9	6	9	1	6	3	6
		Título		Galves							
		Resumen		Toro							
REDALYC	6	SI	5	SI	4	1	4	0	3	1	3
		Título		Galves							
		Resumen		Toro							
LACTMED	9	SI	7	SI	5	2	5	0	3	2	3
		Título		Galves							
		Resumen		Toro							
BDEF	4	SI	3	SI	3	0	3	0	3	0	3
		Título		Galves							
		Resumen		Toro							
IBECS	6	SI	4	SI	4	0	4	1	2	2	2
		Título		Galves							
		Resumen		Toro							
LILACS	8	SI	7	SI	5	2	5	0	3	2	3
		Título		Galves							
		Resumen		Toro							
MEDLINE	9	SI	8	SI	5	3	5	0	5	0	5
		Título		Galves							
		Resumen		Toro							
EMBASE	12	SI	9	SI	6	3	6	0	5	1	5
		Título		Galves							
		Resumen		Toro							
SCOPUS	5	SI	4	SI	3	1	3	0	3	0	3
		Título		Galves							
		Resumen		Toro							
SCIELO	2	SI	2	SI	2	0	2	0	2	0	2
		Título		Galves							
		Resumen		Toro							
104 00 00 00 00 00											

Construcción del árbol de búsqueda por base de datos y en las columnas, los filtros aplicados.

La tabla de resultados presenta la referencia completa, el objetivo del estudio, el método aplicado para el desarrollo de la investigación, idioma, la población que aborda el estudio y los principales resultados encontrados, los cuales aportan para la construcción del protocolo.

2.3 Caracterización de la literatura encontrada

La literatura encontrada eran en su mayoría estudios descriptivos (30 títulos elegibles), estudios clínicos prospectivos de corte transversal (6 títulos elegibles), revisiones sistemáticas (12 títulos elegibles), estudios de naturaleza cualitativa (4 títulos elegibles).

En la tabla 3 se realiza una breve caracterización de la literatura encontrada, teniendo en cuenta aspectos como el año de publicación y el idioma.

Tabla 3. Caracterización de la literatura encontrada

AÑO DE PUBLICACIÓN	# DE TÍTULOS	IDIOMA	# DE TÍTULOS
2007	4	Español	37
2008	11		
2009	2		
2010	1		
2011	9	Inglés	6
2012	6		
2013	0		
2014	3		
2015	3	Portugués	9
2016	7		
2017	6		
2018	0		
TOTAL ARTÍCULOS		52	

Se estableció la validez externa de los hallazgos, es decir, la capacidad que tiene cada uno de los documentos seleccionados de ser replicado en la práctica, más que la validez interna del documento que valora su carácter y/u origen metodológico. Los estudios

seleccionados cumplieron criterios de calidad ya que aportaron recomendaciones importantes para la construcción del protocolo.

Como resultado de la búsqueda de la evidencia se construyó un documento bajo los parámetros de elaboración de protocolos institucionales de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja y la *Guía para la elaboración de protocolos*, de Sánchez, González, Molina y Guil (10).

2.4 Principales recomendaciones basadas en la evidencia

Indicaciones absolutas o relativas del uso de sucedáneos de leche materna

La indicación para el uso de suplementos o sucedáneos no solo depende de la condición del neonato, la madre también se ve afectada por situaciones de salud que le impiden la lactancia de forma parcial o total. A continuación, se describen algunas de las indicaciones más relevantes tanto para la madre como para el recién nacido.

De acuerdo con lo recopilado en la revisión de literatura, se puede decir que el uso de sucedáneos de la leche materna debe ser considerado únicamente bajo las siguientes indicaciones médicas aceptables (1, 8, 9, 16, 17, 20, 24, 25, 26, 27, 28, 29):

- Sustituto de la leche materna en aquellos lactantes en quienes la lactancia se contraíndica por alguna razón médica: infección por VIH positivo que sea confirmada por paraclínicos del hospital o por historia clínica, septicemia o enfermedad grave que haga que la madre no pueda cuidar a su hijo.
- Insuficiencia glandular primaria (insuficiencia primaria de la lactancia), que ocurre en menos del 5 % de las mujeres y se evidencia por un pobre desarrollo mamario durante el embarazo e indicaciones mínimas de lacto génesis.

- Complemento en aquellos lactantes alimentados al seno materno que no incrementan de peso adecuadamente.
- Sustituto o complemento de la lactancia materna en lactantes cuyas madres eligen no amamantar o no hacerlo de forma exclusiva.
- Recién nacidos que sean separados de la madre al nacer por un lapso mayor de tres horas: cuando la madre tiene algún examen que requiera uso de medios de contraste u otros medicamentos que pasen por leche materna al neonato, cuando se ausente por más de tres horas debido a algún tipo de procedimiento programado, sin disponibilidad de la leche materna exprimida.
- Medicación materna cuya clasificación de seguridad impide el amamantamiento por efectos secundarios o nocivos en el neonato.
- De común acuerdo por fatiga de la madre.
- Consumo de cocaína, heroína y marihuana por parte de la madre, ya que se excreta en leche materna en cantidad que resulta tóxica para el lactante.
- Cardiopatía: si la madre está en situación de insuficiencia cardíaca moderada o severa, el esfuerzo al dar de mamar puede dificultar su propia recuperación.
- Recién nacidos con riesgo de hipoglucemias debido a una alteración en la adaptación metabólica, o incremento de la demanda de glucosa (hijos de madres diabéticas)

En cualquiera de esas indicaciones se utilizarán como alternativa los sucedáneos de leche materna para cubrir las necesidades nutricionales y de aporte hídrico y calórico del recién nacido. Estas fórmulas tienen que ser prescritas por el pediatra o médico tratante con el fin de que se haga una valoración previa y se determine el tipo de fórmula que se ha de administrar, la cantidad y la frecuencia en la que debe ser alimentado el neonato.

Madres para quienes la lactancia no está contraindicada, aunque presentan condiciones médicas preocupantes (1, 8, 9, 16, 17, 29, 30, 31).

- Absceso mamario: el amamantamiento debería continuar con el lado no afectado; el amamantamiento en el pecho afectado puede reiniciarse una vez se ha iniciado el tratamiento.
- Hepatitis B: los lactantes deben recibir la vacuna de hepatitis B, en las primeras 12 horas de vida o apenas sea posible, procurando no iniciar el amamantamiento hasta tanto no se administre la correspondiente al recién nacido.
- Mastitis, si la lactancia es demasiado dolorosa, se debe hacer la extracción de la leche para que mejore.
- Tuberculosis, la madre y el neonato deben ser manejados en conjunto de acuerdo con las guías nacionales de tuberculosis.
- Herpes simple tipo 1: se debe evitar contacto directo entre las lesiones en el pecho materno y la boca del bebé hasta que toda lesión activa haya sido resuelta.

Tabla 4. Principales recomendaciones

Respuesta basada en la evidencia sobre las consideraciones anteriores		
Se ha encontrado evidencia observacional sobre casos especiales que representan condiciones riesgosas durante la lactancia materna y en estos casos, esta debe suspenderse temporal o definitivamente.	Calidad de la evidencia	Consideraciones de beneficios y riesgos
	Muy baja	Siempre deben considerarse los privilegios que brinda al binomio madre e hijo y a la familia la práctica de la lactancia materna, a no ser que se presenten situaciones o condiciones que pongan el riesgo el bienestar e integralidad de alguno de ellos

Relación del consumo de medicamentos y amamantamiento

La información con la que cuenta el profesional de enfermería acerca de los cuestionamientos entre favorecer el amamantamiento o suspenderlo temporal o definitivamente debido a tratamientos

farmacológicos de la madre es cada vez más escasa, dispersa, contradictoria y poco específica; sin embargo, es evidente que en el momento de abordar estas situaciones en la práctica clínica es importante considerar los factores de toxicidad farmacológica mediados por leche materna, para garantizar que la determinación que se tome de suspender o dar continuidad al amamantamiento sea la conducta más apropiada tanto para la madre como para el recién nacido e incluso considerando los beneficios para el grupo familiar.

Se ha logrado probar que algunos medicamentos se pueden utilizar sin necesidad de suspender la lactancia materna, siempre y cuando sean usados con cierta precaución; sin embargo, también existen medicamentos que pasan a través de la leche humana y por lo tanto están contraindicados. A continuación, se relacionan algunos de estos, los cuales fueron tenidos en cuenta en la construcción del presente protocolo (32):

Tabla 5. *Fármacos contraindicados en la lactancia*

Tipo de fármaco	Recomendación
ANTICOAGULANTES	Fenindiona
CARDIOVASCULARES	Amiodarona (por el yodo) Derivados del ergot (inhiben la prolactina): ergotamina
GINECOLÓGICOS	Derivados del ergot: bromocriptina, cabergolina, lisurida
ANTINEOPLÁSICOS	Los antineoplásicos a dosis inmunomoduladoras, como las que se prescriben para enfermedades sistémicas son compatibles con la lactancia materna.
PSICOFÁRMACOS	Anfetaminas
YODUROS (INCLUSO TÓPICOS)	
DROGAS DE USO SOCIAL	Anfetamina, cocaína, fenciclidina, heroína, LSD, marihuana, alcohol en exceso

Modificado de, Lactancia y medicamentos: una compatibilidad casi siempre posible. Guía rápida para profesionales. 2008

Relación entre la evidencia y recomendaciones

Las recomendaciones provienen de fuentes actualizadas acerca el uso de algunos fármacos por parte de la madre lactante, así como

de fuentes e instituciones de infectología que recogen reportes de estudios en investigación básica de farmacología, toman estudios de eliminación de sustancias y de gérmenes por leche materna, y reportes de eventos adversos, sin reportar resultados de estudios aleatorizados. Las recomendaciones se basan en estudios primarios de investigación básica y reportes de casos. Conociendo los beneficios de la lactancia materna, las condiciones por las cuales se contraindica la lactancia son precisas (33, 34, 35, 36).

Tabla 6. *Fármacos a tomar con precaución durante la lactancia.*

Tipo de fármacos	Ejemplos y recomendaciones *, **, ***
Antibióticos y anti infecciosos	Amantadina (RL), Cloranfenicol (H), Quinolonas (O), Clindamicina (G), Lindano (H)
Antiepilépticos	Fenobarbital, Primidona (S)
Antihistamínicos	Evitar los de primera generación (S, RL)
Antiinflamatorios	Sales de oro (O)
Cardiovasculares	Reserpina (S)
Betabloqueadores (CV)	(Elegir labetalol, Oxprenolol, Propanolol o Metoprolol)
Vasodilatadores anti adrenérgicos (CV)	(Elegir Metildopa o Hidralazina)
Descongestivos nasales (CV, I)	
Diuréticos	Tiazidas (RL)
Drogas sociales	Alcohol (S), Cafeína (I), Tabaco (I)
Endocrinológicos	Algunos antidiabéticos orales Estrógenos (RL)
Gastrointestinales	Laxantes “activos” (G)
Inmunosupresores (H)	(Elegir ciclosporina o Azatioprina)
Psicofármacos	
Antipsicóticos	Fenotiazinas (Clorpromacina) (S), Litio (CV, S): Requiere control clínico y analítico del lactante.
Benzodiacepinas (S)	(Elegir Lorazepam como ansiolítico)
Antidepresivos	Doxepina (S, CV), Nefazodona (S, CV), (Elegir sertralina, Paroxetina o Flooxetina).
*Mayor precaución en madres con insuficiencia renal, en prematuros y en periodo neonatal.	
**Consultar medicamentos prohibidos en niños con déficit de glucosa – 6-fosfato-DH.	
***Posibles efectos a observar: CV- Cardiovasculares, G- Gastrointestinales, H: Hematológicos, S: Sedación, I: Irritabilidad/ Insomnio, O: Otros, RL: Reducción láctea	

Modificado de: Lactancia y medicamentos: una compatibilidad casi siempre posible. Guía rápida para profesionales. 2008

Recomendaciones acerca de la valoración nutricional en el recién nacido

La valoración nutricional del recién nacido debe ser aplicada por el pediatra neonatólogo, que será el encargado de brindar un diagnóstico acerca de la necesidad de administración de sucedáneo de leche materna (37, 38, 39).

Todo neonato que sea alimentado con leche artificial o sucedánea de leche materna debe ser evaluado considerando los siguientes aspectos:

- *Composición corporal*

Tener presente que en el neonato la cantidad de agua representa el 80 % del peso corporal, comparado con el 60 % del adulto, razón por la cual se deben contemplar cálculos de las pérdidas insensibles de agua, a la hora de suplementar a un neonato. Un aporte inadecuado de agua como de nutrientes puede desencadenar desórdenes alimenticios que compliquen el sano crecimiento y desarrollo del neonato, así como su supervivencia.

- *Parámetros antropométricos*

Peso: diario en neonatos; el incremento deseado de ganancia de peso es:

- < 2.500 kg de 15 g/kg/día;
- 2,5-3,5 kg de 10 g/kg/día;
- 3,5 kg de 7 g/kg/día.

Según las condiciones de cada paciente, el aumento hídrico (oral-enteral-parenteral) será entre 10-20 cc/k/día hasta alcanzar en promedio a la semana 120-140 kcal/kg/día (promedio 20 gramos/kg/

día de aumento de peso) según las condiciones particulares de cada paciente.

- *Requerimientos en recién nacido sano de:*

Hidratos de carbono: 10-17 gr / kg / día

Lípidos: 4-6 gr / kg / día

Recomendaciones para el almacenamiento y disposición del sucedáneo: teniendo como base la norma del CODEX para fórmula para lactantes se dan las siguientes recomendaciones para almacenamiento de sucedáneos en preparaciones líquidas que son de las que dispone la mayoría de las instituciones nacionales (18, 19):

- Esta fórmula se administrará directamente al neonato.
- El producto se debe emplear de acuerdo con sus instrucciones de uso dadas por el distribuidor, con el fin de garantizar el aporte nutricional adecuado que favorezca el normal crecimiento y el desarrollo del neonato.
- Si se requiere envasar nuevamente el sucedáneo de leche materna antes de administrarlo, se hace de tal modo que evite la alteración y la contaminación bajo todas las condiciones normales de manipulación.

Recomendaciones para la administración del sucedáneo:

- *Alimentación con copa o jeringa/succión:*

Es la administración del alimento con copa cuando por condiciones del neonato o la madre no se puede alimentar directamente al seno. Es importante estabilizar la cabeza del recién nacido con una mano (en posición *semifowler*) y con la otra ofrecer la copa o jeringa directamente en la boca del neonato.

A todo aquel recién nacido que se encuentre en alojamiento conjunto y cumpla alguno de los criterios para administración de sucedáneo de leche materna, se escogerá como primera elección la administración con taza y/o cucharita. "En las instituciones amigas de la mujer y la infancia (IAMI), se apoya la lactancia materna por lo tanto no se administrará biberones con chupo para evitar la confusión de pezones e infecciones" (37, pág. 58).

- *Procedimiento para alimentación con taza o jeringa:*

- a. Realice estrictamente el lavado de manos, utilice elementos de protección personal (monogafas, tapabocas, guantes).
- b. Mida el perímetro abdominal del neonato y verifique la medida previa. Si este perímetro está aumentado en más de 2 cm debe reevaluar la administración.
- c. Mida con una jeringa la cantidad y clase de leche que va a administrar.
- d. Coloque babero o toallita debajo de la barbilla del recién nacido, para evitar irritaciones con leche que se derrame.
- e. Estabilice la cabeza del recién nacido con una mano (en posición semifowler) y con la otra ofrezca la copa o jeringa.
- f. Administre la cantidad completa según la indicación y hágalo en tomas pequeñas, de acuerdo con la capacidad bucal del neonato.
- g. Realice los registros de enfermería necesarios y haga la solicitud de los insumos requeridos durante la alimentación.

- *Precauciones*

- a. Verificar tipo de leche y cantidad según orden médica antes de su administración.
- b. Colocar recién nacido en posición semifowler.
- c. Después de administrar alimento, verificar la salida de gases.

- d. Dejar recién nacido en posición decúbito lateral derecho o posición de seguridad, para evitar bronco aspiraciones en caso de regurgitación o emésis.
- e. Utilizar para cada toma una jeringa o copa nueva.

Recomendaciones complementarias al protocolo obtenidas mediante el consenso de expertos y su discusión con la literatura (43, 44, 45, 46, 47, 48, 49,50)

Posterior a la realización de una validación y una entrevista individualizada a expertos, en la cual se obtuvo información necesaria y útil respecto a la administración correcta de estos sucedáneos y soportada por una revisión sistemática y actualizada siguiendo las recomendaciones de la OMS, OPS, UNICEF entre otras, se aplicaron preguntas elaboradas a partir de los vacíos que quedaron de la revisión de la literatura

Teniendo en cuenta la falta de exactitud en la información y que no hay una especificación clara en cuanto a correcta administración de sucedáneos de leche materna, se elaboraron preguntas específicas que permitieron el planteamiento de ciertos vacíos que existían y que no eran evidenciados en la literatura.

Teniendo en cuenta las referencias utilizadas en el párrafo anterior y la experiencia clínica de la autora, se puede dar respuesta a las siguientes preguntas:

¿Cuál es el momento de inicio para administrar sucedáneo de leche materna a los neonatos sanos que cumplen cualquiera de los criterios?

Respuesta: las enzimas para desdoblar el glucógeno y para sintetizar glucosa experimentan inducción, sin embargo no funcionan completamente al nacer; como consecuencia, los niveles de glucosa disminuyen en las dos a tres primeras horas de vida extrauterina.

Recomendaciones

Iniciar la alimentación dentro de las primeras dos horas de vida extrauterina a todo neonato que cumpla los criterios descritos con anterioridad en este documento, y que a las dos horas de vida no ha recibido leche materna por cualquiera de las causas especificadas.

No ofrecer agua ni solución glucosada, ya que no aportan los nutrientes (proteínas, lípidos, vitaminas, etc.) que requiere el neonato en sus primeras horas o días de vida.

Cuando un neonato sano ha recibido únicamente leche de tarro durante sus primeras horas de vida, ¿cómo se debe hacer la transición a leche materna?

Respuesta: se debe hacer de manera transitoria, es decir, disminuyendo la cantidad (en mililitros) del aporte y aumentando la cantidad de leche materna humana, hasta que el neonato tenga un nivel de tolerancia completo.

Recomendaciones

Se recomienda que el recién nacido reciba lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad; después de la introducción de alimentos complementarios, la alimentación con leche materna debe continuar hasta terminar el primer año de vida y más adelante, si la madre así lo desea.

Teniendo en cuenta que las fórmulas lácteas se pueden administrar de dos maneras: a libre demanda controlada por la saciedad del neonato o teniendo en cuenta la capacidad gástrica controlada (CGC), ¿cuál sería la indicación clara para la construcción del protocolo que impida la aparición de efectos adversos o síntomas indeseados en el recién nacido?

Respuesta: la alimentación por CGC permite una ingesta constante con menor riesgo de intolerancia, sin aumentar la posibilidad de hipoglucemia o pérdida de peso.

Recomendación

Se recomienda proporcionar volúmenes de la alimentación basados en el cálculo de la capacidad gástrica (CGC) esperada para el peso corporal del neonato, según recomendaciones de la sociedad mexicana de pediatría, tenida en cuenta en el estudio de Jiménez, García Rendón, y Ferreira (25)

(Peso en gramos – 3) / 10

En caso que el neonato llegue a presentar algún grado de intolerancia dado por episodios de regurgitaciones o vómitos, se recomienda realizar el cálculo según la recomendación de la Asociación Española de Pediatría: 50 ml/kg/día, aumentando unos 10 a 20 ml/kg/día (120 – 130 Kcal/kg/día) hacia los 8 – 10 días (52).

¿Bajo qué criterios se debe considerar suspender o diferir la administración del sucedáneo de leche materna?

Respuesta: se considera suspender la administración de sucedáneo de leche materna en los casos que se relacionan a continuación, y reiniciarla según la evolución del neonato y la valoración obtenida por el neonatólogo.

- Alergia oral
- Anafilaxia
- Enterocolitis
- Enteropatía por proteína alimentaria
- Vómitos persistentes
- Estreñimiento

- Cuadros cutáneos

En un neonato suplementado con fórmula láctea, ¿es recomendable llevar control de glucemia? En caso afirmativo, ¿cada cuánto debe llevarse?

Respuesta: se define hipoglucemia como los niveles de glucosa por debajo de 45 mg/dl (2,5 mmol/L) en el primer día de vida y por debajo de 50 mg/dl (2,8 mmol/L) luego del segundo día de vida.

En los casos que toleran la vía oral se debe corregir con leche materna o con fórmulas a razón de 2 a 4 ml/kg. De no ser posible la tolerancia enteral o no elevarse la cifra de glicemia, se deberá tratar la hipoglucemia por vía endovenosa con una carga de dextrosa continua a un flujo de 4 a 8 mg/kg/min, vigilando los niveles en sangre cada dos horas con glucometría o glicemias centrales.

En los **grupos de riesgo de sufrir hipoglucemia neonatal**, realizar glucometría a las 2, 4, 6 horas de nacido y continuar cada 8 horas según resultados y criterio del médico tratante (51).

3. CONCLUSIONES

- Adherirse a los protocolos fomenta la cultura de investigación, interdisciplinariedad, y constituye un acto ético en el desarrollo de la profesión.
- Es necesario que los profesionales sanitarios conozcan los motivos médicos por los que puede ser necesario administrar suplementos de leche materna a un recién nacido sano, para evitar su uso innecesario e indiscriminado.
- Aunque los sucedáneos de la leche materna tratan de ser lo más parecidos a la leche materna en cuanto a sus características y composición, aún no se ha logrado tener una similitud del 100 %. Por mucho tiempo se ha descrito la importancia de la

lactancia materna y los múltiples beneficios para la madre y para el recién nacido.

- Cuando los sucedáneos de la leche materna se ofrecen a libre demanda, desconociendo los riesgos o beneficios que se pueden causar al neonato, se está poniendo en riesgo la integridad metabólica y funcional del recién nacido.
- Instruirse y relacionar la práctica clínica con la evidencia es la forma más adecuada de brindar un cuidado integral y de calidad.
- Es importante que el personal reciba formación que le capacite para la utilización del método más idóneo de suplementación del recién nacido. El método debe así adaptarse a las necesidades y capacidades del recién nacido.
- Sin desconocer la leche materna como alimento de preferencia para el recién nacido sano, se debe resaltar la importancia en cuanto al bienestar y mantenimiento de la salud de los recién nacidos que ofrecen los sucedáneos.

4. REFERENCIAS

1. OMS. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna. Revista Pediatría de Atención Primaria. [internet]. 2009. [Acceso 14 abr., 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69939/1/WHO_FCH_CAH_09.01_spa.pdf
2. Urra M. E., Retamal V. C., Tapia P. C., Rodríguez V. M. Enfermería basada en la evidencia: qué es, sus características y dilemas. Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. 2010; 28(1): 108-118. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215294014>.
3. OMS, UNICEF, Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna, 1981 [internet]. 2017. [Acceso 9, agosto, 2018]. Disponible en: https://www.unicef.org/republicadominicana/Codigo_Intl_Comercializacion_Sucedaneos_Leche_Materna.pdf
4. Saura Llamasa J., Saturno Hernández P. Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración. [Internet]. 2017. [Acceso 9 agosto, 2018]. Disponible en: <http://www.elsevier>.

es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-protocolos-clinicos-como-se-construyen-14307.

5. Aguirre D. A., Hernández A. B. Algunas consideraciones para el diseño de protocolos en la actividad de Enfermería. *Rev. Haban Cienc Méd.* [Internet]. 2014. [Acceso 3 jun., 2018]; 13(3): 487-499. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000300014&lng=es
6. OMS. Pruebas científicas sobre los efectos a largo plazo de la lactancia materna: exámenes sistemáticos y meta-análisis. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2007.
7. Díaz V., Ramírez A. La alimentación inadecuada del lactante sano y sus consecuencias. *Rev Cubana Pediatr.* [Internet] 2008. [Acceso 14, 01, 2019]; 77(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000100007
8. Daza W., Dadan S. Fórmulas infantiles. CCAP [Internet] 2015. [Acceso 10 mayo, 2018]; 8(4): 1-13. Disponible en: https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo8_vin_4/Formulas_Infantiles.pdf
9. Hernández V. Fórmulas infantiles. *Revista Gastrohnutp.* [Internet] 2011; [Acceso 25, jul, 2019]; 13(2): S31-S36. Disponible en: <http://revgastrohnutp.univalle.edu.co/a11v13n2s1/a11v13n2s1art5.pdf>
10. Sánchez Ancha Y., González Mesa F. J., Molina Mérida O., Guil García M. Guía para la elaboración de protocolos. Biblioteca Las casas, [Internet] 2011; [Acceso 25, julio, 2019]; 7(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.php>
11. Gálvez Toro A. Enfermería basada en la evidencia; cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. *Índex de Enfermería*, 2008.
12. Gálvez Toro A. Evidencias, pruebas científicas y enfermería. *Reflexión en voz baja y pensamientos inconfesables.* *Enfermería Global*, 2003; (3).
13. Orellana Yañez A., Paravic Klijn T. Enfermería basada en evidencia: barreras y estrategias para su implementación. *Cienc. Enferm.* 2007; 13(1): 17-24.
14. Vásquez Truisi M. L. La enfermería basada en la evidencia (EBE) y la gestión del cuidado. *Univ. Salud* [Internet]. 2014. [Acceso 3 junio, 2018]; 16(1): 05-08. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0124-71072014000100001&lng=en.
15. Sacket D.L., Rosenberg W.M.C., Muir J.A., Haynes R.B., Richardson W.S. Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't. *BMJ.* [Internet]. 1996. [Acceso 3 jun., 2018]; 312: 71-72. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/312/7023/71>

16. Salud Madrid. España. [Internet]. 18 de junio de 2016. [Acceso 30 septiembre 2018]. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adbe0/5631cd84-41cb-45b2-866b-5c0c11011239/a2d01c42-30b5-42e4-a042-928bc78f1dfb/a2d01c42-30b5-42e4-a042-928bc78f1dfb.pdf>
17. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. Guía de práctica clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
18. Norma del Codex para alimentos envasados para lactantes y niños. [Internet]. OMS, FAO.1981. [Acceso 3 sep. 2018]. Disponible en: http://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/sh-proxy/en/?Lnk=1&url=https%253A%252F%252Fworkspace.fao.org%252Fsites%252Fcodex%252fstandards%252FCODEX%2B2STAN%2B73-1981%252FCXS_073s.pdf.
19. Norma del Codex para alimentos envasados para lactantes y preparados para usos medicinales especiales destinados a los lactantes. [Internet]. OMS, FAO.1981. [Acceso 3 abr., 2018]. Disponible en: http://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/sh-oxy/zh/?Lnk=1&url=https%253A%252F%252Fworkspace.fao.org%252Fsites%252Fcodex%252fstandards%252FCODEX%2B2STAN%2B72-1981%252FCXS_072s.pdf
20. Agueda A., Lazo B., Chinchilla J. Fundamentos sobre alimentación del lactante sano. Acta Pediátrica Hondureña; [Internet]; 2016 [Acceso 3 junio, 2018]; 7(1). Disponible en: [file:///D:/Users/ANGIE%20B/Downloads/fundamentos%20sobre%20alimentaci%C3%b3n%20del%20lactante%20sano%20\(1\).pdf](file:///D:/Users/ANGIE%20B/Downloads/fundamentos%20sobre%20alimentaci%C3%b3n%20del%20lactante%20sano%20(1).pdf)
21. Osorio A., Díaz Rossello J.L., Capurro, H. Programa de alojamiento conjunto para la madre y el recién nacido. Nov., 2011. [Acceso 30 sep., 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/16483/v78n5p391.pdf>
22. Aguirre R. D. La investigación en enfermería en América Latina 2000-2010. Rev. Haban cienc méd. [Internet]. 2011. [Acceso 9 jun., 2018]; 10(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000300017&lng=es.
23. Cabal V. E., Guarnizo M. Enfermería como disciplina. Rev. Colombiana de Enfermería. [Internet] 2011. [Acceso 9 jun., 2018]; 6(6); 73-81. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4036648.pdf>
24. Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Guía lactancia materna para profesionales de la salud. La Rioja; 2010.

25. Jiménez G., García B., Rendón M., Ferreira F. Alimentación con fórmula de inicio a libre demanda contra capacidad gástrica durante el periodo de transición. *Bol Med Hosp Infant Mex.*; 2014.
26. Quispe C., Terukina R. Niveles de glucemia en recién nacidos a término, adecuados para la edad gestacional, alimentados con leche materna exclusiva y no exclusiva. *An. Fac. Med.* 2007; 68(2).
27. Lázaro A., Martín B. Alimentación del lactante sano, 8 protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP; 1 enero 2012. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_lactante.pdf
28. Kellams, A. Protocolo clínico ABM N.º 3: tomas suplementarias en el recién nacido a término sano amamantado. *Academy of Breastfeeding*. [Internet]. 2017. [Acceso 14 abr., 2018]. Disponible en: <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/3-supplementation-protocol-spanish.pdf>.
29. Satriano R., López C., Tanzi M.N., Jasinski C., Rebori A., Peregalli F. Recomendaciones de uso de fórmulas y fórmulas especiales. *Arch. Pediatr. Urug.* [Internet]. 2012. [Acceso 14 abr., 2018]; 83(2): 128-135. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1688-12492012000200010&lng=es.
30. González N., López G., Prado M. Importancia de la nutrición: primeros 1,000 días de vida. *Acta Pediátrica Hondureña*. 2016; 7(1).
31. E-lactancia.org. España. [Internet]. 2017. [Acceso 30 septiembre 2018]. Disponible en: URL de la web <http://www.e-lactancia.org/breastfeeding/heroin/product>
32. Gómez Papí A., Paricio Talayero J., R. Closa Monasterolo. Fármacos y lactancia materna. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Tarragona "Joan XXIII". Hospital Amigo de los Niños OMS/UNICEF. Dénia, Alicante, España: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría; 1997.
33. Hale T. W. Pharmacology Review: Drug Therapy and Breastfeeding: Antibiotics, Analgesics, and other Medications. *Neoreviews*. 2005; 6; e233 DOI: 10.1542/neo.6-5-e233
34. OMS, Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y Adolescente. Lactancia y medicación materna: recomendaciones de drogas en la undécima Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS; 2008.

35. Guías Cenetec, nutrición enteral: métodos de infusión e interacción fármaco nutriente. [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2012. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/catalogomaestro/563_gpc_nutricixnenteralformxlas/ger_nutricionenteral.pdf
36. Patricio Talayero J.M., Lasarte Velillas J.J., Comité de Lactancia Materna de la AEP. Lactancia y medicamentos: una compatibilidad casi siempre posible. Guía rápida para profesionales. [Internet]. 2008. [Acceso 16 marzo, 2013]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm_medicamentos.pdf.
37. Ministerio de Salud de Colombia, UNICEF, Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia –IAMI-. Bogotá, D.C. [Internet] 2011. [Acceso 18 agosto, 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/bibliotecadigital/RIDE/VS/PP/SNA/lineamientos-ami-2011.pdf>
38. Díaz V., Ramírez A. La alimentación inadecuada del lactante sano y sus consecuencias. *Rev Cubana Pediatr.*; [Internet]. 2008; [Acceso 14 abr., 2018]. 77(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000100007#cargo.
39. Alimentación enteral del recién nacido prematuro menor o igual a 32 semanas de edad gestacional. México: Secretaría de Salud; [Internet]. 2012. [Acceso 14 abr., 2018]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/418_GPC_AlimentacionRN/IMSS-418-10-GER_Alimentacion_Enterale_RNP_32_Semanas.pdf.
40. Aguayo Maldonado J., Arana Cañedo Argüelles C., Arena Ansótegui J., Canduela Martínez V., Flores Antón B., Gómez Papí A., Hernández Aguilar M.T., Lasarte Velillas J.J., Lozano de la Torre M.J., Martín Calama J., Navas Lucena V. IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informes, estudios e investigación; 2011.
41. Caba I., Vázquez A. Nutrición en pediatría y neonatología. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. [Internet]. [Acceso 12 septiembre 2018]. Disponible en: <http://formacion.sefh.es/dpc/sefh-curso-nutricion/curso-nutricion-modulo7.pdf>
42. OMS. Pruebas científicas sobre los efectos a largo plazo de la lactancia materna: exámenes sistemáticos y meta-análisis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2007.
43. Ros A. L. Lactancia artificial y leches especiales: usos y controversias. *Rev. Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2015. [Acceso 18 abr., 2018]; 17(Suppl 24): 23-24. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000200003&lng=es.

44. Almagro García M.C., Moreno Muñoz J.A., Jiménez López J., Rodríguez-Palmero S. M. Nuevos ingredientes en fórmulas infantiles. Beneficios sanitarios y funcionales. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 2017. [Acceso 14 abr., 2018]; 34(4): 8-12. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?Id=309253480003>
45. Dorca, J. Ingredientes funcionales en las fórmulas infantiles. *Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*. 486. [Internet]. 2008. [Acceso 18 abr. 2018]. Disponible en: http://www.sccalp.org/boletin/206/bolpediatr2008_48_347-352.pdf.
46. Vega S., Gutiérrez R., Radilla C., Radilla M., Ramírez A., Pérez J. J.,... & Fontecha, J. La importancia de los ácidos grasos en la leche materna y en las fórmulas lácteas. *Grasas y aceites*. CSIC DIGITAL. [Internet]. 2012. [Acceso 18 abr. 2018]; 63(2). Disponible en: digital.csic.es/bitstream/10261/63852/1/ácidos%20grasos%20en%20la%20leche.pdf.
47. Izzedin R., Pachajoa A. Lactancia materna versus lactancia artificial en el contexto colombiano. *Población y Salud en Mesoamérica* [Internet]. 2011. [Acceso 3 abr. 2018]; 9(1): 1-14. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?Id=44618728003>
48. Ara C. Fórmulas de inicio y fórmulas de continuación para el lactante. MA tesis complutense; [Internet]. 2016. [Acceso 14 abr., 2018]. Disponible en: [Http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/ANA%20SALTO%20HURTADO.pdf](http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/ANA%20SALTO%20HURTADO.pdf)
49. Vásquez E. Primer año de vida. Leche humana y sucedánea de la leche humana. *Pubmed* [Internet]. 2016. [Acceso 22 abr. 2018]; 9. Disponible en: [Http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2016/gms161c.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2016/gms161c.pdf)
50. Condra R. Lactancia materna exclusiva y uso de fórmula infantil en el ámbito público y privado. MA tesis. Abierta interamericana. [Internet]. 2011. [Acceso 24 oct, 2018]. [Http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111271.pdf](http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111271.pdf)
51. López M. B., Álvarez-Rivera J. M., Carvajal de Pabón L.M. Desarrollo de dos fórmulas infantiles como alternativa económica y saludable para seguridad alimentaria y nutricional de la población lactante. *Rev. Univ. Salud*. [Internet]. 2016. [Acceso 14 abr., 2018]; 18(2): 291-301. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0124-71072016000200010&lng=en.
52. Muñoz A., Dalmau J. Alimentación del recién nacido sano. *Asociación Española de Pediatría. Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP: Neonatología*. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5_2.pdf.

CAPÍTULO 4.

SIGNIFICADO DEL PROCESO DE LA MUERTE EN LOS ENFERMEROS DE UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Mónica Liliana López Torres

Enfermera

Especialista en Administración en Salud

Magíster en Enfermería

Investigadora Grupo Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la salud GERCUS

INTRODUCCIÓN

La muerte es el destino inevitable de todo ser humano, que constituye la culminación del proceso vital. Aunque incierta sobre cuándo y cómo ha de producirse, marca el cómo vivimos la muerte del otro (1), y cuando es cercana tiene un mayor impacto en quien la presencia y desencadena un proceso reflexivo en torno a su propia muerte (2).

En las unidades de cuidado intensivo, el fenómeno de la muerte es una situación con la cual el personal de salud convive a diario y, por ende, enfermería está inmersa en este contexto. Hablar de la muerte en enfermería, como lo plantea Galindo (3), “es un fenómeno que infunde mucho temor y respeto y se expresa en un ambiente de misterio y con un lenguaje arcano difícilmente descifrable”. Esta afirmación es confirmada por Carmona *et al.* (4), quienes indican en su investigación que: “la mayoría de estos profesionales eligen esta

profesión para beneficiar a las personas que solicitan ayuda, pero, cuando esa ayuda tiene que ver con la experiencia de muerte y duelo, hay algo que limita la capacidad de ayuda”, aun sabiendo que es el profesional de enfermería quien desempeña una función primordial en la asistencia de los pacientes que están a punto de morir y de las familias que están sufriendo por este fenómeno.

El concepto y definición de la muerte ha variado a lo largo del tiempo, de acuerdo con la cultura, religión y pensamiento predominante de cada pueblo y de cada época, con la creencia o no de la vida después de la muerte, que conlleva la esperanza de una vida cuando la estancia terrenal haya llegado a su fin (5). En los últimos tiempos, la muerte ha salido de los domicilios para producirse en los hospitales, es decir, se pasó de la muerte familiar a la muerte prohibida y oculta; hasta hace poco se moría en casa, rodeado de familiares, pero en la actualidad se lleva a la persona que va a morir a los hospitales: “La muerte tenía así una representación que atañía a cada cual de forma inmediata. Cuando fallecía alguien, la familia rodeaba al moribundo, le acompañaba hasta sus últimos momentos, la población entera participaba en su entierro convocado por el doblar de campanas, se le conducía al cementerio, que antes se encontraba dentro de las ciudades. La muerte, al igual que la enfermedad, estaba constantemente presente en la vida del hombre” (6).

Toda persona que ingresa a la unidad de cuidados intensivos como paciente se considera que tiene un alto riesgo de morir y es por eso que estas unidades se crearon para salvar la vida de las personas amenazadas por enfermedades agudas y graves, gracias a la concentración de tecnología de soporte vital y de personal altamente cualificado. Así, mientras que inicialmente se atendían traumatismos y arritmias secundarias a infartos de miocardio, actualmente son más frecuentes las sepsis en pacientes inmunodeprimidos y las reagudizaciones de las enfermedades crónicas respiratorias y cardíacas (7).

Por otro lado, la unidad de cuidado intensivo ofrece al paciente terminal la posibilidad de manejo del dolor y la agitación mediante la administración de analgesia y sedación, muy útiles en este contexto. Sin embargo, la presencia del fenómeno de la muerte proporciona cierta intranquilidad, en especial cuando el paciente cambia de pronóstico, es decir, cuando el paciente se encuentra en inminencia de muerte. Teniendo en cuenta el significado de este evento en la vida del profesional de enfermería, esta situación hace que él busque refugio en cumplir únicamente con sus funciones: "La carga de trabajo que en ocasiones soportan los profesionales de cuidados críticos así como el gran deterioro y dependencia de medidas de soporte con el que con frecuencia llegan los pacientes a la muerte son obstáculos en nuestro esfuerzo para procurarles unas condiciones adecuadas. Además, la frecuencia con la que vemos morir enfermos puede llegar a "endurecernos" en cierta manera, e incluso, puede llevar a trivializar este desenlace" (8).

También se observa que en todas las expresiones manifestadas por los médicos y enfermeras subyacen sentimientos de frustración, fracaso, culpa, dolor, incompetencia y negación de la muerte. Para los miembros del equipo de salud no se trata solamente de identificar las causas y explicar la situación de enfermedad o el porqué de la muerte, sino de tener una visión más amplia de lo complejo del ser humano y sus circunstancias, que les permita comprenderse y comprender lo que está ocurriendo y así poder apoyar las decisiones, expresas o no, de la persona con respecto a su salud (4).

En Colombia se evidencia que existe un vacío en el conocimiento, porque varios estudios hablan sobre actitudes, percepciones y sentimientos ante la agonía y muerte, pero no sobre su significado. En este país no se encontraron estudios sobre el significado que le asignan los profesionales de enfermería al proceso de la muerte que permita llenar este vacío de conocimiento.

Esto hace que el profesional se interrogue el porqué no se está preparado para este suceso, aunque se sabe que es deber del

profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica (9).

La pregunta de investigación que se planteó para esta investigación fue: ¿Cuál es el significado de las experiencias del profesional de enfermería ante el proceso de la muerte de un paciente en la unidad de cuidado intensivo adulto?

1. METODOLOGÍA

Esta investigación es cualitativa, tipo descriptivo interpretativo, que busca conocer la realidad sobre el significado de las experiencias de un grupo de profesionales de enfermería ante la muerte, fenómeno que estuvo sometido al análisis y visto desde su realidad, teniendo en cuenta su contexto, las relaciones dentro de un sistema o cultura y comprendiendo su dinámica, sin imponer el punto de vista de la autora como investigadora o su propia perspectiva frente a las interpretaciones de los participantes (10,11). La recolección de datos y el análisis de la información, se desarrollaron a la vez. Este proceso hace que el investigador esté tomando la decisión del muestreo teórico y los mejores caminos para obtenerlos (12).

Como el tipo de muestreo fue teórico, el tamaño de la muestra dependía de la calidad de la información, por eso uno de los principios que fue guía para el muestreo es la saturación de los datos y se hizo por **pertinencia** (tiene que ver con la identificación de los participantes que le pueden aportar la mayor y mejor información a la investigación); **adecuación** (significa contar con la información suficiente para desarrollar una completa y rica descripción del fenómeno) y **conveniencia** (se refiere a la elección del lugar, las entrevistas se llevaron a cabo en la oficina de juntas que queda fuera de la unidad de cuidado intensivo, con el fin de no ser interrumpidos durante la entrevista; también se tuvo en cuenta la disponibilidad de tiempo del participante), como lo indica Sandoval (13).

El tiempo del estudio estuvo determinado por la saturación de la información, este se desarrolló en dos años, en una unidad de cuidado intensivo adulto del único hospital de III nivel de complejidad en el departamento de Boyacá. Los participantes del estudio fueron los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto del Hospital de Tunja, en total fueron seis participantes: cinco mujeres y un hombre. La procedencia de la mayoría de estos participantes es de los departamentos de Boyacá, Santander y Cundinamarca; el estado civil que más predomina en este grupo es soltero, y el rango de edad de este grupo está entre los 20 y 50 años. El total de experiencia, desde el momento de graduación hasta el momento de la entrevista, oscila entre dos a treinta y un años. La experiencia laboral en la unidad de cuidado intensivo es de ocho meses hasta veinticinco años.

El rol de la investigadora tomado fue el de aprendiz, buscando entender e interpretar qué estaba sucediendo con el fenómeno de estudio, como lo indica Infante (14).

La técnica de recolección que se utilizó en esta investigación fue la de entrevista individual a profundidad, la observación y las notas de campo. Las entrevistas fueron grabadas y se iniciaron con la pregunta general: *¿Quiere compartir conmigo cómo ha sido la experiencia cuando se ve enfrentado a la muerte de un paciente en la unidad?* A lo largo de entrevista, para completar la información, se plantearon otras preguntas como: *¿Qué piensa cuando se ve enfrentado a la muerte de un paciente en la UCI? ¿Qué siente cuando se ve enfrentado a la muerte de un paciente en la UCI? ¿Qué hace cuando se ve enfrentado a la muerte de un paciente en la UCI? ¿Cómo le afecta la muerte de un paciente en la UCI? y ¿Cómo vive el proceso de la muerte de los pacientes?*

Se hicieron, en promedio, tres entrevistas por cada participante, las cuales fueron grabadas y transcritas en su totalidad. Lo que se observó en los profesionales de enfermería fueron las actitudes, acciones, movimientos y sentimientos que expresaron durante

la entrevista. Las notas de campo se utilizaron como medio de apoyo para registrar todas las impresiones, observaciones y la interpretación de las mismas.

También para la recolección de datos se tuvieron en cuenta el tiempo y el lugar de la entrevista, la cual duró aproximadamente una hora, tiempo suficiente para ello, realizándose en un lugar diferente a la Unidad de Cuidado Intensivo, dentro de las instalaciones del Hospital, con el fin de no ser interrumpidos durante el proceso de recolección de los datos.

Para el análisis de la información en esta investigación se utilizó el modelo de análisis cualitativo de Harry F. Wolcott, mencionado por Fuentes Vergara (15), el cual sugirió una variedad de estrategias para la exploración e interpretación de los datos cualitativos. Las tres estrategias sugeridas para la transformación de los datos cualitativos son la *descripción*, el *análisis* y la *interpretación*, cada una de estas se fundamenta en la estrategia anterior y están presentes simultáneamente durante el proceso de reducción de información y en la elaboración de los narrativos de un estudio cualitativo (15).

Una vez que se ha grabado la entrevista a profundidad, se lee cuidadosamente y se van señalando los descriptores, que son fragmentos de la información que corresponden a lo que el informante manifiesta, a estos fragmentos se les asignan códigos (interpretación conceptual que le hace el investigador al efectuar un primer análisis), frente a cada código se construyen los memos, que son registros de los análisis realizados a los descriptores y sus códigos, los cuales contienen pensamientos, interpretaciones, preguntas, análisis y/o instrucciones, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Formato para registrar la codificación de las entrevistas.

REFERENCIA NUMÉRICA	DESCRIPTOR	CÓDIGO SUSTANTIVO	MEMO	OBSERVACIÓN

La codificación de los descriptores, se realizó de la siguiente forma: por ejemplo, el descriptor *C3E1P1* significa: C3 participante tres; E1 entrevista número uno; P1 párrafo uno de la transcripción.

Se identificaron códigos similares, se agruparon y se representaron en una denominación con significado del contenido, que se denominó **Categoría** a la cual se le hizo su respectiva descripción, teniendo en cuenta los memos, el contexto y la confrontación con la literatura. Después de hacer el análisis de la información, emerge el tema central, unas categorías y unas subcategorías (ver figura 1).



Figura 1. Significado de las experiencias del profesional de enfermería ante el proceso de muerte de un paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto.

Los resultados de esta investigación giran en torno al tema principal: “el contacto con la muerte enseña a verla de manera diferente” y cuatro categorías: la edad marca la diferencia, estar ahí en la partida, reflexión sobre lo sucedido y lo que no quiero llegar a

ser. Se concluye: las condiciones del paciente son el punto de partida para brindar un cuidado humanizado e integral, el cual hace que surja en el profesional el deseo de despedirse y reflexionar sobre la muerte y cómo le afecta.

2. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo se clasifica dentro del riesgo mínimo según Resolución 8430 de 1993, para la investigación en salud en Colombia. Según el artículo 11, dado que las actividades de recolección de la información no incluyen intervenciones terapéuticas y se solicitó consentimiento informado firmado para participar en esta investigación. Así mismo, la autora declara que no hay conflicto de interés y que la información recolectada es utilizada con fines estrictamente académicos y bajo el respeto de los derechos de autor.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TEMA CENTRAL: EL CONTACTO CON LA MUERTE ENSEÑA A VERLA DE MANERA DIFERENTE

El hecho de dar cuidado en una unidad de cuidado intensivo hace que se esté todo el tiempo en contacto con la muerte, que se aprenda a ver y a sobrellevar de muchas formas, haciendo que con el tiempo se considere como un proceso natural de la vida y que depende de cada uno la forma como lo enfrente.

En esta investigación surgen elementos muy importantes alrededor del cuidado y la muerte: con el paso del tiempo y en la medida que los profesionales se ven enfrentados a la muerte, ellos han observado cambios en sus sentimientos, en sus comportamientos y en sus actitudes, hacia ellos mismos, hacia los pacientes, los familiares y su equipo de salud. De la misma manera, están ofreciendo un cuidado más holístico en este proceso, que incluye la presencia de la enfermera, el planteamiento de la dimensión espiritual, y dejan ver

su preocupación por ofrecer al paciente las mejores condiciones para que tenga una muerte digna.

A continuación, se describe cada una de las categorías surgidas en esta investigación y contenidas en el tema: "el contacto con la muerte enseña a verla de manera diferente".

3.1 Primera categoría: "La edad marca la diferencia"

La muerte está condicionada por múltiples factores, entre ellos la edad, pues como lo indica Aguinaga cuando cita a Bratt *et al.*, existen varias edades del ser humano, entre las que se encuentran: la edad biológica, que se refiere a los cambios biológicos inherentes a un individuo en el tiempo, que acaban en la muerte. La edad social, que se refiere a los roles, hábitos y capacidad de las personas para comportarse en una sociedad específica cuando se compara con otros que tienen la misma edad. Y la edad psicológica, que se relaciona con las respuestas adaptativas que presenta una persona para cambiar las demandas ambientales (16).

Las reacciones anteriores varían de acuerdo con la edad, las condiciones socioculturales del paciente, si se trata de un padecimiento agudo o crónico, las molestias, dolor y sufrimiento que produce el mismo y, desde luego, el cuidado y apoyo recibido del equipo de salud, familiares y amigos (17). Desde el punto de vista ético, como lo señala Aranda (18), el profesional de enfermería debe llegar a la conclusión de que cuidar, en el más amplio y rico sentido de la palabra, es un atributo que hace la diferencia en el momento de la muerte de un paciente, pues reconoce en él su dignidad y su diferencia.

Subcategoría 1: "Cuando muere una persona joven"

Estos profesionales de enfermería indican que la muerte de las personas jóvenes genera en ellos otra clase de sentimientos, produce sensaciones más duras y fuertes en el momento del fallecimiento, que

algunas veces se manifiestan con el llanto, situación que sucede porque no se espera que muera, por ejemplo, cuando hacen paro cardiaco y/o respiratorio, pues son considerados como personas vitales para el sostenimiento de la sociedad venidera y porque tienen una vida por delante, la cual no han vivido por lo que no han desarrollado su proceso evolutivo. Además, esta muerte les afecta aun más cuando están al tanto de la historia anterior del paciente, han podido tener contacto con la familia y han conocido cómo era esa persona dentro de su grupo familiar:

“Pues me afecta más saber que era una persona que tenía futuro, que tenía la vida, que le faltaban realizar proyectos”. C1E2P5

“Con los pacientes jóvenes, uno tiene otra clase de sentimientos, porque son personas que eran vitales para la sociedad y si conoce uno, lo que te digo, si conoce la historia anterior y ha podido tener contacto con la familia, respecto a cómo era esa persona dentro de su grupo familiar, pues eso le afecta a uno más”. C3E1P1

“En las ocasiones que he tenido jóvenes que han fallecido en mi turno... sí me ha afectado mucho más fuerte... no he podido dejar de llorar, entonces, ya se me salen lagrimas y me afecta durante varios días, ¿sí? Estoy triste, me dan ganas de llorar”. C4E1P6

También a estos profesionales de enfermería les afecta mucho más la muerte de las personas jóvenes cuando saben que son cabeza de familia, pues se cuestionan por el qué será la vida de esos niños que quedan solos, desamparados, que van a sufrir, a llorar y que no tienen a nadie y argumentan que se ponen en la piel de esos niños:

“Es como si yo me pusiera en el pellejo de esos niños que quedan solos, desamparados, que van a sufrir, a llorar, que no tienen a nadie, qué va a ser de sus vidas”. C3E1P12

Asimismo, la muerte de un paciente joven los lleva a pensar en su propia muerte y en los proyectos personales y familiares que en esos momentos dejaría de realizar si le llegara a suceder este evento:

“Me afecta porque me pongo a pensar en que de pronto también puede ser uno. Entonces yo me pongo a pensar si a mí me pasara

eso, en dónde quedan todos los planes de vida y proyectos que tengo con mi familia, entonces es bastante pesado". C1E2P6

Además, la muerte de un paciente joven es difícil de afrontar, porque se asocia la situación del paciente y la familia con personas que estos profesionales tienen como amigos y con su propia familia, especialmente con sus hermanos cuando tienen la misma edad:

"Porque de pronto uno no es capaz de diferenciar las personas que uno conoce y uno lo asocia, lo asocia con esas personas, por ejemplo con mis hermanos, otras personas jóvenes que yo conozco y ver el dolor de la familia y uno saber que de pronto es una persona que le va hacer falta a la sociedad, pues eso es duro, uno trata de aumentar el esfuerzo, quizás por la edad". C5E2P1

Sin embargo, ellos argumentan que antes del momento de la muerte de un paciente joven, se agotan al máximo todos los refuerzos y recursos terapéuticos: tratamiento, cuidados de enfermería, cumplimiento de protocolos, todo ello para salvar la vida de este paciente, excepto cuando son pacientes terminales o en edad avanzada:

"En el momento previo a la muerte, uno agota todos los recursos. Uno quisiera poder hacer y uno ingenia cosas. Mueve el cielo y la tierra por ayudar a esa persona, sobre todo cuando es joven, repito". C5E1P5

La corta edad de la persona que fallece hace más doloroso el duelo, pues se acepta con mayor resignación la muerte a edades avanzadas, ya que se supone que las personas han podido llevar a cabo su proyecto de vida. En los casos en que una persona joven fallece, el ciclo biológico natural se invierte, el profundo dolor, el desconcierto inicial, sensación de despojo e injusticia son las primeras emociones, se produce una ruptura epistemológica donde el sistema de creencias del individuo se siente profundamente modificado.

Subcategoría 2: “Cuando muere una persona adulta mayor”

Para este grupo de profesionales de enfermería el significado de la muerte de un paciente de edad avanzada se acepta y se percibe como algo natural, por lo que la afectación es menor que la muerte de un paciente joven; sin embargo, esta afectación depende de algunas circunstancias como la patología que cursa, la actividad física que ellos realizaban antes de su hospitalización, si son pacientes que están postrados en cama, el apoyo familiar con el que cuentan, la percepción de cansancio en las personas cuidadoras, siendo todo esto una condición que genera en los profesionales sentimientos de compasión, hasta llegar al punto de pedirle a Dios que se lo lleve, que no lo deje sufrir más:

“Pero cuando uno tiene un abuelo, que considero yo que ya ha vivido todas sus etapas, ya digamos, ya está culminando su vida prácticamente, no es que no le duela, sino que uno se sienta a pensar que él ya vivió, que tiene una serie de enfermedades que lo que hacen es agrandarle más el sufrimiento tanto a él, como a la misma familia”. C6E2P2

Además, este grupo de profesionales de enfermería argumenta que los pacientes de mayor edad tienen una hospitalización larga en la unidad; este paciente presenta mayor sufrimiento y la familia alcanza a hacer el duelo con anticipación, es decir, se prepara para el momento de la muerte de su ser querido:

“Porque son personas que hacen un desacomodamiento físico, deterioro neurológico y que con mucha dificultad se recuperan. Entonces, pues una persona que es ya mayor tiene más sufrimiento y la familia como que ya ha hecho ese duelo con anticipación, antes de que la persona fallezca, uno nota eso en la experiencia”. C5E2P2

3.2 Segunda categoría: “Estar ahí en la partida”

El interés y motivación de enfermería es brindar un cuidado integral a la persona al final de la vida y se remonta a los orígenes de la profesión. Florence Nightingale cuidaba de los soldados heridos

en la guerra de Crimea proporcionándoles medidas de confort y los acompañaba al bien morir incluso durante la noche, por eso se le conoce como la dama de la lámpara (19).

Si se tiene en cuenta lo anterior y después de analizar la información suministrada por los participantes, surge esta categoría: "estar ahí en la partida", la cual se convierte en una característica de este grupo de profesionales de enfermería: el estar presente en la agonía, inminencia de muerte y en la propia muerte de un paciente, es decir, quieren hacer la presencia auténtica de enfermería como lo señalan los patrones de conocimiento personal y estético (20); pues como lo exteriorizan ellos, hay que brindar bienestar, es decir, evitar el sufrimiento, aliviar el dolor y, de esta forma, ofrecer un cuidado con atención total teniendo en cuenta la dimensión espiritual. Por eso, es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica como lo indica la Ley 911 (23). Además de esto, tiene que estar preparado para asistir, entender, acompañar y ayudar a cualquier ser humano (paciente y familia) en los difíciles momentos de todo el proceso de la muerte (21).

La necesidad de estar y sentirse acompañado es de gran significado para las personas que se encuentran cursando con el proceso de muerte, porque el sentirse acompañado por alguien les permite atenuar el miedo y satisfacer algunas otras necesidades de orden físico (22).

Subcategoría 1: "Brindarle bienestar"

Este grupo de profesionales de enfermería considera que brindar bienestar es evitar el sufrimiento físico y psicológico, el cual es relacionado con el dolor y lo que puede llegar a sentir el paciente: por la separación de la familia y el tratamiento invasivo que tiene la estancia en la unidad de cuidado intensivo cuando el paciente no

tiene buen pronóstico. Además considera que la muerte debería ser sin sufrimiento sin ningún tipo de sufrimiento:

“Pienso que la muerte debería ser sin sufrimiento, que debería para las personas en general y para uno llegar sin ningún tipo de sufrimiento físico ni psicológico”. C3E1P3

“Sufrimiento es dolor, es separación de los familiares de su entorno familiar. Sufrimiento es invasión de cosas: tubos, chuzadas, tomarles exámenes, ¿sí? Hacerle cantidad de cosas invasivas a la persona, cuando ya no tiene opción, por ejemplo. Entonces eso no debería existir”. C3E1P4

Además consideran que otra clase de sufrimiento que se presenta en la unidad de cuidado intensivo es el aislamiento al que están sometidos los pacientes que ingresan a la misma, pues no se les permite que la familia esté permanentemente con ellos, generando así un dolor en el alma que puede llegar a sentir esta persona, siendo manifestado de diferentes maneras como ansiedad y mutismo; a las personas no les interesa comunicarse, algunas lloran:

“Sí, hay otra clase de sufrimiento que es el aislamiento al que a veces se someten los pacientes a donde no se les permite... que la familia no esté permanente con ellos, no se les permite, eso es un sufrimiento para ellos... uno ve que la gente, que los pacientes sí sienten ese sufrimiento porque entran en mutismo, no hay comunicación y lloran algunos”. C3E2P5yP6

También estos profesionales indican que cuando un paciente está en agonía, tratan de administrarle algún calmante o sedante para que no sufra, porque piensan que siente dolor y de esta manera le brindan bienestar:

“Pues me da tristeza y trato de que se le administre algún calmante, algún sedante para que no sufran esa agonía, porque pienso que siente dolor, que siente, se trata de darle un bienestar”. C3E2P17

Así mismo, estos profesionales indican que otra forma de brindar bienestar es ayudando a arreglar el cuerpo del paciente cuando ya ha muerto y su muerte ha sido de manera gradual:

“A veces lo ayudo a arreglarlo, pero como una forma de despedirlo y lo hago con calma, lo hago con suavidad, o sea, ayudo a quitar las venopunciones suavemente, le quito el catéter”. C4E1P12

Del mismo modo, para estos profesionales de enfermería brindar una atención total es permitir que el paciente pueda morir dignamente, es decir: permitirle que la familia lo esté acompañando todo el tiempo, que la persona no sufra dolor, asfixia, frío, hambre y que se le preste una atención total por parte del personal de enfermería, que se le haga todo hasta el último momento como un paciente que tiene buen pronóstico:

“Pues la atención total es que se le bañe, se le peine, se le hagan todos los cuidados de la piel, como si fuera un paciente cualquiera que se espera que sí va salir, ¿sí? Así sea que se espere que va morir, que se le haga todo”. C3E2P19

“Que estuviera el familiar al lado, que se le permita a la familia estar con su familiar y que no sufra dolor el paciente, que no sufra de asfixia, que no sufra frío y que no sufra falta de comida, digamos alimentación, entonces eso es lo digno de la muerte en una unidad, y con la atención total hasta el último momento del personal de enfermería”. C3E2P18

Subcategoría 2: “La despedida”

Esta subcategoría surge porque estos profesionales señalaron que una de las acciones que hacen cuando se muere un paciente en la unidad es hacer una “despedida”, la cual consiste en hablarle, cogerle la mano, quedarse ahí al lado y dejar entrar a la familia. Estas acciones se hacen como muestra de respeto hacia el paciente y contribuyen a que la persona que se está muriendo se sienta acompañada. Esta despedida, por parte del profesional de enfermería, se hace de manera individual y personal, cuando se tiene el tiempo disponible para hacerlo, puesto que muchos de ellos manifestaron que se sienten incómodos cuando alguien del grupo de salud los ve despedirse del paciente, pero si están miembros de la familia cerca del paciente prefieren que ellos hagan esa despedida:

“Yo creo que uno despide, es su recuerdo de él o algo así... Como que no es hacia el paciente, porque uno sabe que ya no está ahí. Es respeto, respeto por el cuerpo del paciente y por lo que fue el paciente y porque uno tuvo una relación con el paciente. Pero una forma como de decirle a uno bueno, esto es lo último que voy hacer de especial con usted y ya, ya se va. Es como eso”. C4E1P14

Otro significado que tiene la despedida cuando el paciente está en inminencia de muerte es de **acompañamiento**, es por eso que estos profesionales realizan este acompañamiento al paciente a través de diferentes acciones como coger la mano, deja entrar la familia si esta se encuentra en este momento, hablarle al oído o simplemente se queda cerca de él, pero no lo toca. Para realizar algunas de estas acciones los profesionales prefieren privacidad, es decir, estar solos para realizarlo sin el auxiliar de enfermería a cargo del paciente y sin el médico. También indican que deben estar sin estrés, sin ninguna sobrecarga de trabajo y no tener interrupciones como llamadas. Si no se presentan estas condiciones prefieren no hacerlo:

“A veces le cojo la mano, y a veces le hablo al oído, cuando se puede. Cuando no estoy sola, sino está el familiar, dejo entrar al familiar para que esté ahí, cuando se ha podido y básicamente eso, o me quedo cerca y no lo toco”. C4E2P15

“Pues, a veces cuando se van muy gradual, cuando no es fulminante. Cuando se van gradual, pues yo espero que se vayan. Generalmente me quedó ahí. No me quedo haciendo como, como haciendo un rito no, sino me quedo ahí esperando. Si se demora mucho en irse el paciente, si eso es, voy hago algo y regreso, estoy pendiente, pendiente, pendiente”. C4E1P12

Otra de las acciones que llevan a cabo estos profesionales es hablar con el paciente en la agonía y en la inminencia de muerte y lo hacen con el fin de que ellos pidan perdón y se vayan tranquilos, en paz, y utilizan frases como: “vaya tranquilo, no tenga miedo” y esto lo hace porque este profesional considera que van a un lugar mucho mejor:

“Pues le hablo, le hablo precisamente en ese momento... que se va, de poderle decir que se vaya tranquilo, de poderle hablar, de que no

tenga miedo ¿sí? Considero que van a un lugar mucho mejor que en el que estaban". C6E1P7

"Hablar con ellos, el contacto físico para mí es muy importante, yo estoy hablando y le estoy tocando la mano, tocando el hombro, yo digo, lo último que uno desearía es morir uno en soledad, al menos digo yo, no se va a sentir solo, que se está yendo solo. Entonces, el contacto físico para mí es muy importante, así que generalmente le tomo la mano o le cojo el hombro y hablo con él. Eso". C6E2P36

"Y de que hablo con él: del perdón, del amor, de ese proceso de dejar un cuerpo, de ir a otro lado, de irse a descansar definitivamente y es algo que siempre, siempre lo he hecho. Es algo que desde que comencé mi profesión, siempre lo he hecho, con la mayoría de mis pacientes". C6E2P40

La experiencia de coger la mano en la despedida para este grupo de profesionales tiene varios significados como señal de acompañamiento, apoyo y vínculo entre Dios, el paciente y el profesional:

"Coger la mano, es el hecho de que va sentir como el contacto con uno, con una persona que no se va sentir que esta allá tirado en una cama, sin que ni siquiera a nadie le importe lo que está viviendo él en ese momento ¿sí? Es como decirle: "yo estoy aquí, a mí me importa". Es eso". C6E2P37

"A mí me gusta cogerles la mano, como para que sintieran que cuando se morían no se estaban muriendo solos, porque había alguien que los estaba acompañando". C2E1P9

"Es un acompañamiento, por más que jamás en la vida lo haya visto, pero no más con el hecho de que yo lo toque con cariño y le diga: "váyase en paz o le haga la oración", igual se va sentir acompañado. No se va sentir igual de acompañado que si yo hubiese tenido un proceso de interacción con él, pero sí se va sentir acompañado, por más que sea la primera vez que yo lo veo, se va sentir acompañado". C2E2P10

"Coger la mano es como un símbolo de apoyo, de decir: "mire usted no está solo, estoy aquí presente, no está solo". C2E1P10

"Es como un vínculo con el paciente, y con Dios, como que estamos conectados los tres en ese momento". C5E2P34

Para estos profesionales de enfermería, la compañía de la familia en el momento de la despedida es importante, puesto que consideran que los pacientes escuchan, por lo que escuchan a sus seres queridos

decirles “que lo aman” y de esta manera se van en paz. Por lo que creen que es la mejor forma de morir. A pesar de que los profesionales consideran una situación difícil de afrontar el hecho de llamar a la familia para despedirse de su familiar, los profesionales quedan más tranquilos al saber que la familia alcanza a llegar a despedirse, manifestar los sentimientos y acompañar al paciente para que no muera en soledad, sin embargo, una de las preocupaciones en ese momento de los profesionales es que la familia vea a su ser querido lo mejor posible, antes de desconectarle la terapia invasiva:

“Uno al principio, cuando se está entrenando en UCI, uno piensa que no va poder, que la mente no va poder soportar eso, sí?, por ejemplo, un paciente no tiene pronóstico, llame a la familia para que se despidan, eso siempre me ha parecido muy duro y todavía me parece muy duro”. C5E1P24

“Entonces me parece bien que esa persona sepa que la aman. Yo creo que para una persona muy viejita que manifiesta deseos de morir ya, de descansar, para ellos tiene que ser muy agradable escuchar que alguien les diga: ‘que los ama y que se vaya en paz’, eso me parece bonito”. C5E1P25

“Ahora, quedo como más tranquila que la familia alcance a llegar, que vengan a despedirse y a acompañarlo, entonces la familia llega y pues manifiesta sus sentimientos y acompaña al paciente y uno queda más tranquilo que el paciente no se quede en ese momento”. C5E2P27

“El acompañamiento es que esté el familiar más querido, que lo pueda tocar, que le pueda hablar, que le pueda masajear, que pueda estar con él en los últimos momentos”. C3E1P18

“Irse en paz es saber que está acompañado en los últimos momentos de su vida, que lo van a recordar, que lo quieren, que no tiene deudas con nadie, ni rencores, que las personas más allegadas lo perdonan por alguna cosa que hubiera hecho y que le están diciendo: “tranquilo, descance, váyase”. C5E1P26

Sin embargo, para uno de los profesionales, el apoyo y su colaboración en la despedida para la familia consiste en enfocarla con respecto al duelo que están viviendo y enfatiza en indicarle la importancia de expresar los sentimientos a esa persona que va a morir, pues como lo expresa, siempre se espera hasta el último momento para exteriorizar los sentimientos. Cuando este profesional hace este cuidado busca que no lo afecte:

"Trato de que no me afecte eso, pero sí procuro colaborarle a la familia para que le hablen a esa persona que está ahí, que le expresen sus sentimientos, para que ellos tampoco se queden con ese, como con ese taco en la garganta, sin decir lo que no pudieron expresarle cuando estuvo vivo, porque desgraciadamente nos pasa así, dejamos de expresar nuestros sentimientos cuando están vivos, cuando nos pueden escuchar, cuando nos pueden decir y encontramos, ya a último momento, cuando esa persona se nos está yendo para decirle muchas cosas ¿sí? Pero igual, pues trato de enfocar a la familia con respecto al duelo, eso sí". C6E1P10

No obstante, en algunas ocasiones es difícil hacer la despedida, sobre todo cuando el profesional de enfermería se siente identificado con el paciente en cuanto a su situación y no acepta que él se va a morir:

"Yo le hablaba, yo lo tocaba, él tenía su muerte cerebral y yo le decía: "No, mire, Giovany, tiene que salir adelante". Yo le tocaba su carita, sus manitos y yo lo miraba tan frío y en ese momento yo quería calentarlo, le poníamos la cobija térmica y yo no aceptaba que él se iba a morir". C2E1P19

También la despedida se hace como una forma de hacer conciencia, de dejar partir a la persona:

"Uno va haciéndose a la idea o uno se va convenciendo a uno mismo de que ya hay alguien que no va a estar. De que ya hay alguien que ya se va a ir y que toca empezar a dejarlo ir, no solamente en lo físico, sino que ya tiene uno que empezar a dejarlo ir en el corazón. Y saber que lo va a extrañar y que le va a afectar a uno". C4E1P2

Subcategoría 3: Comunicación espiritual

En cuanto a esta subcategoría, la comunicación espiritual está influenciada por el conjunto de creencias y actitudes características de la vida espiritual que tiene cada uno de los profesionales de enfermería.

Cuando este grupo de profesionales tiene en cuenta la comunicación espiritual hace referencia a las acciones que realizan

cuando se ven enfrentados a la muerte de un paciente, como orar, darle la bendición al paciente y darse la bendición, encomendárselo a Dios y guardar la esperanza.

3.3 Tercera categoría: “Reflexión sobre lo sucedido”

El profesional de enfermería que trabaja cerca de la muerte cuida al moribundo y atiende a la familia de este; sin embargo, cuando se dispone a dar cuidado, tiene dos caminos para recorrer durante su jornada, que requieren el mismo gasto energético y emocional: el camino de la queja, el lamento y la postergación; o el camino del entusiasmo, el esfuerzo, la dedicación y acción. En otras palabras, debe escoger entre sufrir la amargura durante su turno y por ende en la vida, o vivir bien el turno y disfrutar el goce de lo cotidiano: el cuidado.

Teniendo en cuenta lo anterior, este grupo de profesionales de enfermería no se aparta de esta realidad y surge esta categoría como reflexión de lo que piensan, después de haber enfrentado la muerte de un paciente. Ellos indican que después de este evento los pensamientos se dirigen hacia cómo se presentó: si se dieron las condiciones para una muerte digna y concluyen en lo observado y en la experiencia: que la unidad de cuidado intensivo no es el lugar indicado para morir. También estos profesionales reflexionan sobre la nueva situación de la familia que deja el paciente y cómo esto les afecta. Pero a pesar de las dos situaciones anteriores, indican que el vivir a diario con la muerte los ha llevado a concebirla como un proceso natural de los seres vivos y esta connotación hace ver la muerte y la vida de manera diferente.

Subcategoría 1. “La UCI no es el lugar indicado para morir”

A esta conclusión llegó este grupo de profesionales de enfermería, quienes tienen muy claros dos aspectos: primero, que los pacientes que ingresan a la unidad tienen un alto riesgo de morir, al cual se enfrentan todos los días, y segundo, que la unidad de cuidado

intensivo no es el lugar indicado para morir, pues no se brindan las condiciones para tener una muerte digna, por lo que se presentan varias situaciones que los llevan a esta conclusión.

"La muerte en cuidado intensivo por lo mismo que los pacientes siempre que ingresan acá, se ven enfrentados a la muerte, eso es una realidad". C5E1P1

Existen también otras razones que los llevan a pensar que la unidad no es el lugar adecuado para morir: se dan cuenta de que existen diferentes formas de morir. Una de ellas, la que se vive en una unidad de cuidado intensivo: solo, inmovilizado, con personas extrañas, todo un personal de salud ocupado que, cuando llega la muerte a un paciente, esta se ve reflejada en la soledad y el frío. Y la otra forma es la que se vive en otro lugar diferente, acompañado con los seres queridos.

"[...] a mí me parece que si dicen: "paciente sin pronóstico", deberían decirle: "su merced, lléveselo para la casa..."; pero muérase en su casa, no acá en la soledad y el frío de la madrugada, por ejemplo, cuando los auxiliares o los enfermeros o los médicos están ocupados y ya se murió, desconéctelo, se murió, no me parece... Entonces, por qué no se lo llevaban a morir a la casa, en compañía de la gente que quería. No estar con visita de una hora y no puede ver a nadie más y sin cariño...". C5E1P27

"Creo que no es la manera adecuada de morir. Yo creo que la muerte, si uno tuviera que morir, yo preferiría morirme frente a mis seres queridos, mi familia, mis amigos. Pero acá en la unidad, uno muere totalmente solo. Abandonado, creo que no es la forma correcta de terminar sus días". C1E1P34

Indican también que la persona que ingresa a la unidad no está con la familia y no se respeta su voluntad, pues han observado que a los pacientes de mayor edad cuando toman la decisión de que los dejen morir, esta voluntad no es tenida en cuenta:

"Yo digo que lo mejor sería como estar rodeado de la familia... por ejemplo pacientes que ya llevan mucho tiempo que se le ha hecho, vuelve y sale y vuelve y entra, ¿sí? Y que ya están cansados y ellos le dicen a uno: "yo ya estoy cansado, yo ya me quiero morir, déjenme

morir”, yo digo que deberían respetarle esa parte, porque aquí no se respeta”. C6E1P13

“[...] rodeado de los seres que uno quiere o que lo quieren a uno, mejor. Sí, yo pienso que rodeado con las personas más cercanas y que siempre lo quieren a uno: hijos, esposo, esposa, padres, hermanos, todo. Y ojalá sin dolor me imagino... Solo eso: en compañía de la familia y sin dolor”. C4E1P26

Además, señalan que en lo observado, las personas que laboran en las unidades se vuelven como máquinas a las que solo les interesa cumplir funciones: que el monitor y el cuerpo funcionen bien, es decir, que se encuentre con signos vitales estables. Aunque también indican que no siempre es así, puesto que en algunas oportunidades tratan al paciente consciente con sus angustias, problemas y pensamientos:

“Porque acá todos venimos a cumplir las funciones, a mantener unos signos estables bien, a mantener el monitor estable. Pero, pues, eso es en lo que uno se fija, en un monitor, para nosotros eso representa la vida, pero no quiere decir que no podamos de pronto, en un momento, mirar el paciente, preguntarle: qué angustias tiene, qué problemas y qué está pensando..., uno no tiene tiempo de dedicarle a la persona, uno solo le dedica al cuerpo, a que el cuerpo funcione. Entonces, sí, sí es triste estar en la UCI, no es lugar para morir”. C5E1P28

Estos profesionales mantienen la filosofía de que cuando un paciente tiene una enfermedad terminal y si ya los métodos tradicionales de medicina no le pueden ofrecer algo más, debería tener una muerte digna, considerada como estar en la casa, rodeado de la gente que más lo quiere, sin sufrimiento, sin dolor y sin cosas extrañas. También que no sufran asfixia, hambre, frío, que estén cómodas, sin estarle provocando dolor con procedimientos invasivos una hora antes de fallecer y, según las creencias, con un guía espiritual:

“No, no, no en las unidades que tenemos acá. “El paciente, pues la persona debería estar con su familia, rodeado de su familia, a la hora que sea... con buena analgesia, si la persona tiene una creencia con alguien que esté ahí, guiándolo en su parte espiritual, sobre todo con su familia, con sus seres queridos. Sin causarle dolor horas antes: le están tomando gases, lo están pinchando o lo estamos pinchando, estamos haciendo, a veces les duele al movilizarlo”. C4E1P25

"Yo soy de la filosofía de que un paciente terminal debería morir en su casa, ¿sí? Si ya no tiene opción, si ya la medicina no le puede ofrecer nada, le deberían permitir dar salida a su familiar a la casa y que tenga una muerte digna allá en su casa". C3E1P18

Ellos piensan que deben existir unas condiciones para morir dignamente, como son brindar comodidad a una persona para terminar sus últimos momentos, con una oración, tranquilidad y en compañía de los seres queridos:

"Morir dignamente para mí, es estar acompañado de la familia, de los seres queridos que uno tiene. Que le brinden a uno todas las opciones y le den a uno la comodidad de una manera adecuada de terminar sus últimos momentos, con una oración, tranquilidad y en compañía de los seres queridos". C1E3P23

Terminan señalando que morir en el hospital es inhumano, porque la filosofía que se maneja en la parte médica es biológica y no se piensa en la dignidad de la persona y en los deseos por seguir viviendo. Por lo que la persona muere en medio de extraños:

"Primero, morir en el hospital es inhumano, porque los médicos y el personal de salud se fijan solamente en las condiciones fisiológicas del paciente, no en la dignidad, ellos acceden a realizar todos los procedimientos sin detenerse a pensar en un segundo ¿será que el paciente quiere continuar con esto?... Ellos no ven a la persona de una manera integrar biopsicosocial, sino solo biológica. No piensan en lo que estará sintiendo el paciente... además, de manera personal, a mí me gustaría que en el momento de mi muerte tuviera la opción de morir al lado de mis seres queridos, no allá en medio de extraños". C2E3P7

Por lo anterior, es importante tener en cuenta lo que señala Sanz (23), quien dice que para conseguir una muerte en paz se deben cumplir las siguientes premisas: a) seleccionar el lugar que nos permita, según las circunstancias de cada persona y cada familia, la mayor comodidad y paz; b) conseguir tanta atención de bienestar como sea necesaria para aliviar los síntomas, y c) hacer que el proceso no se prolongue innecesariamente. También señala que es necesario tener los siguientes componentes para tener una muerte en paz: dejar

buenos recuerdos, estar unido con la familia y el personal de salud en una comunicación permanente, evitar el sufrimiento con un buen alivio de los síntomas, no sentirse abandonado, es decir, mantener el control de la situación, la privacidad, la dignidad y el apoyo, estar preparado espiritualmente, despedirse y morir acompañado, callada y tranquilamente (23).

Subcategoría 2. “La nueva situación de la familia”

Esta subcategoría surge porque una de las preocupaciones que presentan estos profesionales de enfermería es “qué va a pasar con la familia después de que saben que falleció el paciente”, y como lo indican en las diferentes entrevistas, para ellos es importante que la familia se despidiera del paciente. Además, esta subcategoría va muy relacionada con las características que tiene el paciente como la edad, la naturaleza de la muerte si es inesperada o esperada y lo que él representa para sus seres queridos.

Para los profesionales encuestados, la situación familiar les genera sentimientos de tristeza, pero principalmente de incertidumbre, pues consideran que esta es la más afectada en este proceso de la muerte; el profesional, en ese momento, tiene una reacción que puede ser de sufrimiento, tristeza, desesperación, incertidumbre por lo que va a pasar con ellos (la familia) sin esa persona, debido a que no hay nadie que los oriente y les brinde apoyo:

“Pues, lo primero que siempre pienso es en la reacción de la familia y el sentimiento de la familia, que es lo que más me acoge a mí”.
C1E1P1

“Es importante, porque la familia independientemente después de la muerte, es la que más queda afectada, son las personas que van a sufrir, en esos momentos van a estar con mucha tristeza, mucha desesperación y de pronto en el momento no hay nadie que los oriente, no hay quien les diga una palabra, entonces, es muy triste saber que no hay ninguna persona que se acerque al familiar y le dé unas palabras de apoyo o algún tipo de explicación”. C1E2P40

Además, se evidenció lo que dice Bravo (24): "La muerte es una experiencia de desprendimiento tanto para el que muere como para los que quedamos vivos", y con respecto a esto, en enfermería existen dos vertientes: por una parte, argumentan que en la unidad no hay preocupación por esta situación y que, por otra parte, no queda tiempo para hacer alguna intervención, todo ello lleva a la falta de acompañamiento a la familia:

"Siento pesar por la familia. Uno de familiar no asume una muerte como: "va estar mejor", uno asume la muerte como que "el afectado voy a ser yo y la tristeza va a ser para mí"; entonces siento pesar porque la familia no puede manejar eso y uno tampoco acá en la UCI no se preocupa mucho por manejar eso y no le queda tiempo".
C5E2P14

El otro punto de vista se refiere a que sí existe el apoyo a la familia ante la inminencia de muerte y este consiste en enfocar a la familia con respecto al duelo y la importancia de expresar los sentimientos a esa persona que va a morir, pues indican que el ser humano siempre espera hasta el último momento para exteriorizar los sentimientos. Cabe aclarar que cuando este profesional realiza esta acción busca que no le afecte:

"Trato de que no me afecte eso, pero sí trato de colaborarle a la familia, de que le hablen a esa persona que está ahí, que le expresen sus sentimientos, pues para que ellos tampoco se queden con ese, como con ese taco en la garganta, sin decir que no, que no pudo expresarle cuando estuvo vivo, porque desgraciadamente nos pasa así, dejamos de expresar nuestros sentimientos cuando están vivos, cuando nos pueden escuchar, cuando nos pueden decir y encontramos ya a último momento cuando esa persona se nos está yendo que decirle muchas cosas ¿sí? Pero igual, pues, trato de enfocar a la familia, con respecto al duelo, eso sí". C6E1P10

Subcategoría 3. "Ver la muerte de manera diferente"

Como lo indica Bravo, "La muerte es una separación. Morir no es solo perder el cuerpo, es algo más profundo y doloroso, que implica siempre la posibilidad de un aprendizaje" (24). Realmente

este aprendizaje se encontró al analizar la información que recoge esta subcategoría, puesto que todos los profesionales indican que el enfrentarse a la muerte de un paciente es un aprendizaje que se va adquiriendo en el transcurso de la vida profesional y el hecho de estar trabajando en la unidad de cuidado intensivo hace que todo el tiempo se esté en contacto con la muerte, y es por eso que la muerte se aprende a llevar y esto hace que con el tiempo se considere como un proceso natural de la vida y que depende de cada uno la visión y la forma como lo enfrenta. Pues estos profesionales consideran que dependiendo de la visión positiva que se tenga sobre este evento no le va a afectar en su vida, a diferencia de los profesionales que no saben cómo afrontar la muerte, pues siempre que se les muera un paciente, se van a sentir conmovidos:

“[...] eso como que lo aprende uno por el camino a trancazos... Tú tienes que aprender a las buenas o a las malas a llevar este proceso y depende de ti cómo lo lleves, para bien o para mal definitivamente, ¿sí? Porque hay las dos contrapartes: si lo llevas para bien sin que te afecte tu vida o lo llevas para mal para que todo el tiempo te afecte tu vida recordando cosas que ya pasaron, de pacientes que ya no están con nosotros, pero que se encariñaron con uno y uno pasa a esa parte en la que todo te afecta...”. C6E1P14

Igualmente, los profesionales en su totalidad indican que con el paso del tiempo cambian los sentimientos hacia la muerte y esto es por el estar enfrentados a la muerte de un paciente muchas veces. Para que este cambio se produzca en el profesional de enfermería, este tiene que pasar por lo que yo denomino el *ciclo de afectación*, el cual se originó del análisis de la información.

El ciclo de afectación

Este ciclo consta de tres etapas:

Etapa 1: “Al comienzo el enfrentarse a la muerte de un paciente es difícil y está acompañado por un sentimiento fuerte”. Cuando estos profesionales hablan sobre la primera experiencia que tuvieron ante la muerte de un paciente, argumentan que es una situación difícil,

porque no saben cómo enfrentarla, pues no se está acostumbrado a que se mueran las personas, como ellos mismos lo indican: "lo coge a uno como fuera de base"; además recuerdan y afirman que cuando entra a la unidad el profesional es muy sensible frente a este hecho. También refieren que los sentimientos que surgen en este evento son como el miedo o terror que algunas veces son inculcados en la casa, sobre todo cuando muere una persona conocida; además el ver el dolor, el sufrimiento y el aislamiento que tiene que pasar el paciente en la unidad de cuidado intensivo, lejos de la familia, es algo que también les afecta y algunos lo manifiestan por medio del llanto. La actitud que más predomina en esta etapa es la de salir corriendo o huir:

"Al principio, cuando se morían a mí me daba muy duro, yo lloraba, porque... yo comparaba y yo decía: puede ser mi hermano, puede ser mi papá, puede ser... o sea, cuando uno entra a la unidad, uno entra muy sensible, porque uno no está acostumbrado a que se muera la gente". C2E1P7

"Al comienzo, pues duro, duro porque no sabías cómo enfrentarlo, cómo se enfrentaba la muerte de una persona, pues puede que no sea familiar tuyo ni nada, pero igual es muy duro tener uno que enfrentarse a la muerte de una persona...". C6E1P1

"Cuando la persona muere, al principio cuando moría, uno no era consciente de que esa persona tenía esto, tenía lo otro, que su calidad de vida iba a ser pésima, si sobrevivía. Pero o que si lo estábamos teniendo ahí vivo a la fuerza, y que igual se iba a morir; no, uno no lo pensaba, porque lo tenía más con el corazón, que con la razón". C2E2P9

"Cuando yo empezaba a ver que se moría una persona, pues, me parecía trágico, triste, deprimente, o sea como que no me cabía en la cabeza como una persona se le iba a uno de las manos...". C2E2P9

"De la primera vez que se murió el paciente. Pues salí corriendo a buscar a mi profesora." C3E2P9

"[...] el miedo ese de la primera vez... como se dijera: es diferente porque ese miedo de antes nunca uno lo había vivido, por eso me dio, digamos de salir corriendo de tal, de ahí". C3E2P15

Etapa 2: "Después se toma una actitud crítica". A medida que el profesional de enfermería tiene más contacto con la muerte, ya comienza a pensar y a tener en cuenta la situación del paciente y la

evolución con respecto al tratamiento cuestionando el actuar, es decir, si se está haciendo el bien dependiendo del pronóstico y se considera cómo va a ser la calidad de vida después de la hospitalización, llegando a concluir si se está realizando encarnizamiento terapéutico. En esta etapa, el sentimiento que se tenía en la fase anterior se vuelve más de pensamiento y de razón, algo más consiente, el cual le permite tomar la decisión de actuar o no actuar, lo que se refleja en preguntas como: ¿estará bien que lo toque o que no lo toque? ¿Le conviene o no morir a ese paciente? También, se atreve a comparar situaciones tanto del paciente como de la familia, sin embargo, al recordar algunos momentos, todavía se le llenan los ojos de lágrimas al relatar algunas experiencias, sobre todo las que más le han afectado:

“Ya con el tiempo uno lo va pensando y va como metiéndole más el aspecto lógico, de si es mejor que muera o es mejor que viva, eso fue lo que cambió, pasó de ser sentimiento a ser algo más abstracto a ser algo más de pensar, sirve o no sirve, sirve trabajarle o le estamos haciendo un mal al trabajarlo”. C2E2P9

“... pero con el tiempo uno ya empieza a ser consciente”. C2E2P9

“...ya cuando uno mira la situación clínica de los pacientes, uno se va más hacia el paciente, a decir: “le convenía morir, le convenía seguir el tratamiento, que era lo que le convenía a él”, entonces ya ahí es cuando uno se viene acostumbrar a la muerte”. C2E1P7

Etapa 3: “Se transforman los sentimientos y la forma de ver la muerte con el paso del tiempo”. La última etapa lleva al profesional a transformar los sentimientos y la forma de ver la muerte, lo que termina cambiando su visión frente a ella. Es por eso que en esta etapa, con el tiempo se considera que la muerte es lo último a lo que uno se enfrenta en la vida y es el proceso que se aprende a llevar también con el paciente. En esa medida, se van venciendo los temores y se va adquiriendo más confianza personal, por lo que se atreve a coger la mano, mirar a los ojos y buscar que la persona en inminencia de muerte no se sienta sola y de esta manera, logra concientizarse de lo que es mejor para el paciente:

“Pero llega un momento en que no es que no le importe a uno, sino como que ya tú sabes que es un proceso, que es la última puerta definitivamente que uno en esta vida tiene que atravesar y es a lo

último que se tiene que enfrentar uno en la vida, que es la muerte ¿sí? Digamos que lleva uno y que uno aprende de todos modos a llevar ese proceso también con el paciente". C6E1P1

Ver la muerte de manera diferente lleva al profesional de enfermería a concluir que es una situación muy difícil de afrontar, pero que cambia con los años, dependiendo de las vivencias y experiencias, lo cual hace que el sentimiento cambie o se transforme, como lo argumenta uno de ellos:

"No, no cambia, se transforma, que es diferente. Se transforma porque puede que en el momento en que yo, por ejemplo, empiece a oír las experiencias de muerte con mis pacientes, el primer momento sea de miedo, de temor, porque en la casa siempre le dicen a uno: "se murió tal persona, qué miedo"... enfrentarse uno a la muerte no es fácil, y la primera vez que te toca te mueres del miedo, porque tú no sabes qué hacer, comenzando porque no más el hecho de ir a tocar a una persona que ya está muerta, no es fácil, no es fácil, ya está fría, esta tiesa, le salen olores por todos lados y no es fácil". C6E1P8

"Sí se transforma, sí se transforma, dependiendo de sus vivencias, de sus experiencias..., si usted en la primera vez tuvo una experiencia mala, créame que el resto va ser muy difícil que usted asuma una actitud positiva con respecto a la muerte, ¿sí? Pero todo se transforma y todo depende del ojo con que lo mire usted definitivamente". C6E1P8

También el cambio se refleja en acciones a las que antes no se les veía la importancia y ahora son realizadas, como acompañar al médico a hablar con la familia e intervenir en la conversación con preguntas acerca de la muerte, pues esto los ayuda a enfrentarla; esta acción es realizada por el profesional como pauta para indicar que ya no le tiene tanto miedo a la muerte como antes:

"Pues antes de pronto veía a la muerte como algo de temor, de miedo, como algo así feo y ya pues, ahorita en este momento uno sigue cambiando mucho, o sea, la muerte siempre será algo no muy agradable al ser humano, pero, por lo menos ya, antes sí me enfrentaba algo de la muerte, yo por lo menos, cuando ese paciente se murió ni siquiera acompañé al médico para hablar con la familia, ni después me interesé por saber del caso ni nada, no supe nada más de eso, no quise saber porque igual era un pueblo pequeño".

“Pero ahora como que ya uno puede adentrarse un poquito más, puede hablar con la familia acerca de la muerte, ayudarlos a enfrentarla un poco más; no hacerle el quite, sino intervenir un poquito más, no tenerle tanto miedo, tanto temor e igual, igual no deja de producir como expectativa de qué va a pasar o qué va a suceder y mucho”. C4E1P19

Este cambio que ha ocurrido en estos profesionales, como lo indican Lazarus *et al.*, pertenece a un proceso de afrontamiento, que “significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. Por tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otros, con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno” (25).

Es por eso que hasta el concepto de muerte que cada uno tiene también ha cambiado:

“Sí, han variado muchísimo porque ya yo veo la muerte, ya la afronto como un proceso natural, como el fin de la vida, es parte de la vida. (Mientras habla mueve mucho las manos). Entonces ya lo asumo como que sucedió y no se puede evitar, a pesar de lo que se hubiera hecho por evitarlo”. C5E1P17

“Pues que uno sale de la universidad viendo que los riesgos de muchas patologías es la muerte... cuando fui estudiante nunca experimenté la muerte de un paciente y entonces mi primera experiencia como enfermera era traer muchas vidas al mundo, entonces era mucha felicidad y uno pasar a la UCI adulto, adonde llegan muchos pacientes y fallecen, entonces, pues es un golpe muy duro. Uno no piensa que la muerte sea tan en serio y más que yo tampoco en mi vida familiar he experimentado muchas muertes, entonces fue duro”. C5E2P20

“Sí cambia, yo digo que también depende de la visión que uno tenga sobre la muerte ¿sí? Si para mí la muerte es una tragedia y es la muerte total de la persona y es una pérdida, es diferente a que si la muerte para mí es un paso para el cielo”. C2E1P23

Sin embargo, un profesional considera que la muerte le trae a uno unos sentimientos claros de tristeza, los cuales no cambian a pesar de haber tenido varias experiencias frente este evento:

“No, yo creo que la muerte le trae a uno unos sentimientos claros de sensibilidad, como de tristeza, no sé cómo expresarlo, pero creo que esos sentimientos para mí no han cambiado, yo sigo siendo la persona sensible ante el dolor de las personas. O sea no ha cambiado con el tiempo”. C3E2P11

3.4 Cuarta categoría: “Lo que quiero evitar y no quiero llegar a ser”

Esta categoría surge de la preocupación que manifiesta este grupo de profesionales de enfermería por dejar de ser enfermeros humanos, es decir, el llegar a volverse máquinas y perder la esencia del cuidado: entender a quien se le brinda cuidado.

Como lo indica Montoya (26) en su investigación, muchos de los profesionales han construido a lo largo de los años “escudos” para acostumbrarse a la muerte y que no les afecte en el plano personal. Muchos de estos “escudos” están basados en la no implicación emocional, aunque algunos profesionales prefieren afirmar que han “asumido” la muerte o la ven como algo natural.

También cuando se habla de acostumbrarse a la muerte, Moss, citado por Montoya (26), argumenta que muchos profesionales deben hacer frente a una gran carga emocional derivada de las constantes pérdidas humanas que se producen en el trabajo. Es por eso que dotan de significado a la muerte de los pacientes y contemplan el fallecimiento como un descanso, el fin de un sufrimiento, elaborando estrategias para considerar el proceso de morir como normal, lo que lleva al profesional a acostumbrarse a esta etapa de la vida (27). Es por esta razón que la búsqueda de la humanización en el cuidado se les ha convertido a estos profesionales en una lucha cotidiana y, a la vez, en una preocupación, debido a que en parte los factores laborales no permiten que la humanización se visualice, llegando a

considerarse como máquinas humanas, las cuales están pendientes de un monitor y dejan de lado al ser humano que es la razón de la esencia del cuidado.

Subcategoría 1. “Acostumbrarse a la muerte”

Acostumbrarse a la muerte, para este grupo de profesionales, tiene diferentes significados. Uno de ellos ha surgido de la observación y los recuerdos que han tenido al llevar mucho tiempo trabajando en la unidad y uno de esos recuerdos es el trato irrespetuoso en el momento de la muerte. Se observa que al manejar muchos momentos de muerte se olvida que el paciente era una persona con sentimientos:

“Pues yo siempre había escuchado que cuando las personas llevan mucho tiempo trabajando en salud y con pacientes se les olvida como tratar. Tratan la enfermedad pero se les olvida que hay un ser humano, se les olvida que es un persona que tiene sentimientos”. C1E2P21

“Acostumbrarse a la muerte es vivir un caso tras otro y como desgraciadamente la mayoría de las veces son personas ajenas a uno las que están con nosotros, entonces uno no le da como la importancia a ese proceso”. C1E2P28

Estos profesionales de enfermería consideran que en las unidades de cuidados intensivos se ha perdido la parte humana al acostumbrarse al estrés y a la dinámica que maneja la unidad, haciendo que se pierdan algunas cosas, como el cuidado humano:

“En las unidades de cuidados intensivos se vive a la carrera, se vive mucho estrés por la misma complejidad de los pacientes, pero lo que te digo, de la costumbre se pierden algunas cosas y se pierde la parte humana. Entonces, a mí me parece que no solo es esta unidad de cuidados intensivos sino en la mayoría que se ha perdido como esa parte, esa parte humana, ¿no? Esa partecita interna que tenemos todos y que nos gustaría que nos hicieran a nosotros como a nuestra familia o a alguno familiares”. C1E2P37

Uno de los profesionales de enfermería señala que no es conveniente el hecho de acostumbrarse a la muerte y lo indica como

un error, como un sentimiento inhumano que no debería existir en el personal de enfermería, porque la base de enfermería es la esencia del cuidado con humanidad. Entonces, acostumbrarse a la muerte de una persona es, en pocas palabras, como si se perdiera la esencia de la vida; sin embargo, en algunas circunstancias, a partir de las condiciones de vida que tiene el paciente, se piensa y se dice que "sería mejor que el paciente se muriera", entonces, el paciente se muere y se siente como tranquilidad de decir: "ya paró su sufrimiento":

"Me parece tenaz... como que eso no está bien hecho, eso es un error. Porque ¿cómo se va acostumbrar uno a que se muera una persona? Cuando esa persona es el mundo para otras personas, es el todo. Entonces, me parece un sentimiento inhumano, incluso me parece que hasta eso no debería existir en el personal de enfermería, porque se supone que nuestra base es la esencia del cuidado con humanidad, entonces que uno se acostumbre a la muerte de una persona, es como si uno estuviera tratando con animales. No es comparable un animal con una persona, pero es más o menos eso, es como si se perdiera la esencia de la vida". C2E2P8

"Acostumbrarse a la muerte es que uno mira, si el paciente estaba muy mal, si es mejor que muriera a que se le siguiera haciendo, o sea, si realmente iba a tener malas condiciones más adelante, uno dice: 'fue mejor que el paciente se muriera', entonces, el paciente se muere y uno siente como tranquilidad de decir: 'ya paró su sufrimiento'". C2E1P8

La rutina es otro de los significados que lleva a acostumbrarse a la muerte, como lo indican estos profesionales de enfermería. Las personas que laboran en las unidades de cuidado intensivo se vuelven como máquinas a las que solo les interesa cumplir funciones, que el monitor y el cuerpo funcionen bien, verificar que los signos vitales se encuentren en estables condiciones y demás quehaceres del turno, pero no se piensa en lo que el paciente está sintiendo:

"Porque acá todos venimos a cumplir las funciones, a mantener bien unos signos estables, a mantener el monitor estable. Pero pues, eso es lo en que uno se fija, en un monitor, para nosotros eso representa la vida... uno no tiene tiempo de dedicarle a la persona, uno solo le dedica al cuerpo, a que el cuerpo funcione". C5E1P28

"Sí, porque acá estamos pegados a los signos vitales, que no se vayan a desacoplar del ventilador y que todo esté dentro de parámetros

normales y vivimos en función de eso y como las máquinas, pues no sentimos ni se nos ocurre pensar que es lo que está sintiendo el paciente muchas veces, por eso”. C5E2 P31

“[...] generalmente uno pierde mucho el contacto con el paciente que está sedado o con el paciente que está inconsciente, porque simplemente se mecaniza uno administrando medicamentos y ni siquiera un: “hola, adiós, ni hasta luego”, ni siquiera ir a tocarlo y decirle ‘fulanita cómo está, cómo se siente’ ¿sí?”. C6E2 P4

Aunque también indican que no siempre es así, puesto que hay algunas oportunidades en las que se trata al paciente consciente con sus angustias, problemas y pensamientos:

“[...] pero no quiere decir que podamos de pronto en un momento mirar al paciente, qué angustias tiene, qué problemas y qué está pensando. Un paciente que esté consiente y no sé, un paciente que esté sedado, qué tanto puede pensar en sus problemas y sus cosas, yo creería que sí puede pensar...”. C5E1P28

Sin embargo, el ambiente laboral influye para actuar libremente cuando se ve enfrentado a la muerte de un paciente, puesto que consideran a la UCI como un entorno de trabajo pesado, porque se maneja mucha comunicación y tensiones, además indican que se tiene mucho estrés y que su trabajo se convierte en una rutina por tantas actividades que deben realizar, razón por la que no queda tiempo suficiente para hacer las actividades de cuidado directo como lo es mirar al paciente a los ojos y comunicarse con él por medio de expresiones como: ¿Quiere que se le traiga un cura? ¿Qué quiere? Esto con el fin de brindar buen descanso, tranquilidad y paz. También señalan que cuando fallece una persona todo el personal de salud está ocupado y cuando la muerte ocurre en la madrugada, la soledad y el frío se refleja en el cuidado:

“Uno quisiera decirle cosas como ‘¡luche, mire salga adelante!’. Si uno se lo dice en el periodo antes de que muera, pero uno, pues, a veces por el tiempo, por el mismo estrés que lleva como si..., o sea, como acá en la UCI, entonces uno a veces lo pasa, lo pasa, no lo hace... también a veces uno quisiera decirle: ‘¿qué quiere? ¿Quiere que le traiga un cura? ¿Qué quiere? Para que descanse bien, para que descanse en paz’. Pero uno llega y hace su rutina de enfermería,

que tantas actividades que a uno no le queda tiempo de ir a dirigirse al paciente y a mirar al más crítico, porque uno sabe que ya se va a morir, entonces a uno no le queda tiempo de decirle todas esas cosas...". C2E2P3

"Váyase para su casa y dure vivo tres días, pero muérase en su casa, no acá en la soledad y el frío de la madrugada, por ejemplo, cuando los auxiliares o los enfermeros o los médicos están ocupados y ya se murió, desconéctelo, se murió, no me parece... porque acá todos somos maquinas". C5E1P27

Subcategoría 2. "Volverse indiferente"

Volverse indiferente ante el cuidado de las personas es no despertar interés o afecto, como lo señala la Real Academia de la Lengua (28), por eso para este grupo de profesionales de enfermería, esta indiferencia se relaciona con las características del paciente:

"Muchas veces uno se vuelve indiferente, aunque dependiendo de la situación de la persona. Porque si es un viejito, que tiene cáncer, que en su vida cotidiana no puede comer bien, no hace sus necesidades por sí solo, yo digo, por qué alargarle el sufrimiento a esa persona, es mejor que muera... eso uno lo asume, pues en el cielo va a estar mejor y va a descansar, entonces es más relacionado con eso. Pero, en cambio, si es una persona joven, uno dice: 'no, una persona joven, no se puede'. Una persona joven, con hijos, su familia, sus papás, es como toda la situación como tal de la persona individual". C2E1P12

También estos profesionales de enfermería refieren que la relación de los demás miembros del equipo de salud con el paciente y la familia es de manera indiferente e impersonal, es decir, que no se aplica a nadie en particular (29), situación que se da al observar la forma como son arreglados, como los alistan, es como si se fuera limpiando una mesa lo que se percibe, como si la gente y el paciente no tuvieran sentimientos, como si no les afectara nada. Además, consideran que este trato impersonal se está dando porque a las personas que están llegando a trabajar en la unidad les falta preparación para la sensibilización humana y emocional, por lo que piensan que no se está haciendo una buena selección del personal. Además, se llega a la reflexión de que la rutina en el cuidado hace

que este se vuelva mecanizado, situación que lleva a las personas a un trato más impersonal:

“Si, yo veo, yo observo, yo observo a la gente como si no tuviera sentimientos, digamos en el aspecto de la forma como los arreglan, los alistan, es como si fuera limpiando una mesa o si... pues percibo eso, no creo que sientan delicadeza de las personas que hacen esa actividad”. C3E1P13

“Como si fuera un objeto o alguna cosa... pero llega un momento cuando la muerte se vuelve tan impersonal, se murió, otro más en la lista, eso me da duro, me da duro en cuanto a eso. Lo he visto mucho con los médicos”. C6E1P16

“Como muy impersonal. Recuerda que antes dejábamos... si está el familiar llamémoslo, esperemos que venga, entrémoslo, que lo visite, fulana póngale una sillita, dele un vasito de agua, acompáñelo, ¿sí? Ahora, en esta UCI tan grande, donde los cuartos son tan separados, a veces uno ni se da cuenta”. C3E1P11

“Por un lado, porque a la gente que está llegando, no la están preparando, les falta mucha preparación, que digo yo, emocional, sensibilización humana, es como si fueran maquinas, y no sé, no se está eligiendo muy bien al personal de enfermería, no se le está haciendo una buena selección del personal, a mi modo de ver. Yo noto como que no les afecta nada”. C3E1P14

Además, estos profesionales señalan que han observado que la mayoría de los profesionales de enfermería que trabajan en la unidad de cuidado intensivo prefieren callar las experiencias que han tenido de cómo enfrentar la muerte de un paciente, porque les es muy difícil y cuando se habla sobre este tema se hace de manera impersonal, es decir, se habla como si se tratara de un objeto o una cosa, no como si se estuvieran refiriendo a una persona:

“Muchas veces nos callamos muchas cosas: las experiencias que nosotros tenemos de las muertes que hemos tenido, de cómo enfrentarlas, creo que la mayoría prefiere callarse, es lo que he visto yo, ¿sí? De hablar así como libremente de que ‘ah no, pues, que el paciente, pero tal cosa’, es muy difícil, uno no se lo hace impersonal ¿sí? Un muerto más.” C6E1P15

Subcategoría 3. “Volverse insensible e inhumano”

Antes de analizar esta subcategoría es importante aclarar los términos *insensible* e *inhumano*. *Insensible* hace referencia a que no sienten las cosas que causan dolor y pena, está privado de sentido por dolencia (30), e *inhumano* es la falta de sensibilidad, compasión de las desgracias de nuestros semejantes (31).

Cada vez es más frecuente escuchar quejas de los familiares y de los mismos pacientes acerca de la atención en enfermería. Es como escuchar un eco: “las enfermeras con el tiempo se vuelven insensibles ante el dolor, la enfermedad y la muerte”. “El acercamiento a la muerte genera emociones y sentimientos de difícil manejo. La enfermera puede verse involucrada en un conflicto moral cuando se compromete con la voluntad del enfermo. Comprender la situación del paciente que atraviesa una agonía indigna, invadida de dolor tanto emocional como físico, puede despertar en la enfermera inquietudes, ansiedades e impotencia. El hecho de involucrarse con el moribundo, fuerza a la enfermera a considerar su propia mortalidad, aumentando sus temores personales sobre la muerte. Es necesario contar con un grupo de apoyo que le permita a ella ventilar esos sentimientos” (32).

Existen muchas circunstancias en las unidades de cuidado intensivo que afectan la autonomía de los profesionales de enfermería y que interfieren con la expresión de sus sentimientos y con la comprensión de los pacientes: lugares inadecuados, que no guardan un silencio respetuoso, espacios visualmente fríos, poco acogedores, que contribuyen a una comunicación poco profunda y confiable, actuaciones precipitadas, falta de tiempo, poca dedicación y contacto emocional con el paciente moribundo, situaciones estas que los aíslan de su realidad y los llevan a sentirse desprotegidos (33).

Los profesionales de enfermería reflexionan sobre el trato que se le está brindando al ser humano, se trata a la persona como un objeto, entonces llegan a la conclusión de que la esencia de la vida se está perdiendo porque no se ve a la persona como es, es por eso que

no quieren llegar a ser inhumanos e insensibles. Y definen que ser inhumano es asumir la muerte como una persona más, como una costumbre e insensible: es no ponerse en el lugar del otro:

“Hago referencia a que ya no se tiene ese sentido de lo que es la persona como tal”. C2E3P1

“De manera personal, yo dije: -Dios mío, jamás en la vida quiero llegar a ser tan inhumana y tan insensible como él-, y fue lo único que yo pensé”. C2E1P17

“En ese momento, pues, por la actitud de él, como asumí la muerte del señor: ‘ah, se murió, toca que se acostumbre’, entonces yo dije: eso no es ser humano, porque igual, el que se estaba muriendo era una persona, joven, entonces eso es ser inhumano”. C2E1P18

“Insensible, porque es como no ponerse en el sitio de él y ahora la familia qué va a decir, qué va a pensar, qué va a sentir, cómo le vamos a decir”. C2E1P18

“Lo único que digo yo es que cuando yo deje de sentir lo que siento, o sea o me sienta tan mecanizada de las cosas, que me saquen de esto, porque es de humanidad... yo siempre he dicho: ‘nosotros no estamos manejando máquinas’”. C6E1P16

“Digo yo: “¿Estamos trabajando entonces con máquinas?” Y no es eso. Esto es amor a lo que hago y trabajamos con seres humanos, trabajamos con sentimientos, trabajamos con amor, entonces uno no puede poner una barrera de emociones ¿sí? Decir yo no voy a sentir, yo no me voy a involucrar... no entiendo, cómo podemos entonces ayudar a ese paciente que está ahí, si no nos involucramos”. C6E2P18

4. CONCLUSIONES

En esta investigación surgen elementos muy importantes alrededor del cuidado y la muerte: Con el paso del tiempo y en la medida que los profesionales se ven enfrentados a la muerte, ellos han observado cambios en sus sentimientos, en sus comportamientos y en sus actitudes, hacia ellos mismos, hacia los pacientes, los familiares y su equipo de salud. De la misma manera, están ofreciendo un cuidado más holístico en este proceso, que incluye la presencia de la enfermera, el abordaje de la dimensión espiritual, y dejan ver su preocupación por ofrecer al paciente las mejores condiciones para que tenga una muerte digna.

Las condiciones del paciente son el punto de partida para brindar un cuidado humanizado e integral, el cual hace que surja en el profesional el deseo de despedirse y reflexionar sobre la muerte y cómo le afecta.

Para los profesionales de enfermería, la edad de los pacientes en proceso de muerte tiene un gran significado, ya que *marca la diferencia* en los sentimientos, en las acciones y en las actitudes.

Estar ahí en la partida, significa para ellos *hacer presencia* en el proceso de la muerte y está representado en el ritual de la "despedida", que se hace como muestra de respeto hacia el paciente y contribuye a que la persona que se está muriendo se sienta acompañada.

Llama la atención que en este grupo de profesionales, independiente de la edad que tenga cada uno, la espiritualidad es un componente que permite alcanzar la paz interior y buscar la manera de acompañar a la persona en su último momento de vida manifestándose en acciones como encomendárselo a Dios por medio de una oración y compartir la bendición, acciones que ayudan a guardar y preservar la esperanza, tanto para el profesional, como para el paciente y la familia.

Las experiencias y vivencias ante la muerte de un paciente en la UCI llevan a los profesionales a cambiar o a transformar los sentimientos y la forma de ver la muerte, lo que termina cambiando su visión frente a ella, llegando con el tiempo a considerarla como un proceso natural de la vida y que dependiendo de la forma como lo enfrenta, le puede o no afectar su vida.

A pesar que los profesionales de enfermería trabajan en la unidad de cuidado intensivo, ellos refieren que este no es un lugar indicado para morir; muchos de ellos argumentan que el aislamiento y la soledad son los dos acompañantes durante el proceso de los pacientes que mueren allí, debido a que no se permite la presencia constante de la familia.

5. REFERENCIAS

1. Comité para la Defensa de la Vida. La Eutanasia. [En línea] 2007. [Acceso 28 de julio de 2007]. Disponible en: <http://www.conferenciaepiscopal.es/documentos/Conferencia/comisiones/ceas/familia/eutanasia.htm>.
2. Oviedo Soto S.J., Parra Falcón F.M. Reflexiones, ensayos la muerte y el duelo. *Enferm Global -Esp-*. 2009; 1-8.
3. Galindo G. Êthos vital y dignidad humana. Colección Bioética. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008; 103.
4. Carmona Z., Bracho C. La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Rev. de Salud Pública*. 2008; 12(2):14-23.
5. Olive L. Ética y diversidad cultural. México: UNAM, FCE; 1993.
6. Gómez Sancho, R. El médico ante la muerte de su enfermo. En *Medicina paliativa en la cultura latina*. Madrid: Arán; 1999.
7. Fernández Fernández R., Baigorri González F., Artigas Raventós A. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI? *Med. Intensiv*. 2005; 29(6): 338-41.
8. Godoy García J.E. Miscelánea Cartas al Director: Afrontamiento de la muerte del paciente ingresado en UCI. Aportación de Enfermería. *Rev. Index Enferm*. [En línea] 2008. [Acceso 17 de mayo de 2011]; 17 (4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000400017&script=sci_arttext
9. Ley 911 de 2004, Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Ley Deontológica de Enfermería, Título III, capítulo I; artículo 9. (2004).
10. Polit D.F., Hungler B.P. Investigación científica en ciencias de la salud. 6.ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
11. Souza A.M.A. Problemas de investigación y diseños en estudios cualitativos. En Mercado F.J., Gastaldo D., Calderón C., Editores. *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, 2002.
12. Prado M.L., Quelopana del Valle A.M., Compean Ortiz L.G., Resendiz González E. Investigación cualitativa en enfermería. En *Contexto y bases conceptuales*. 9ª Ed. El diseño en la investigación cualitativa. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Serie PALTEX Salud y Sociedad; 2000.

13. Sandoval C. Investigación cualitativa. En Programa especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Bogotá: ICFES; 1996.
14. Infante P. La entrevista en profundidad según J. Spradley. The Ethnographic Interview, James P. Spradley, Holt, Rinehart and Winston. USA.1979. [en línea] 2001. [Acceso 29 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/investigacion/genetica/cg03.htm>
15. Fuentes Vergara C. El modelo de análisis cualitativo de Harry F. Wolcott. INEVA en acción. Boletín informativo: Investigación y evaluación educativa, Universidad de Puerto Rico. [En línea] 2008. [Acceso 20 de marzo de 2011]; 4(3): pp.12-14. Disponible en: <http://ineva.uprrp.edu/boletin/v0004n0003.pdf>
16. Aguinaga Benítez O.W. Enfermería, muerte y duelo. Un texto de reflexión académica. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2010.
17. Campillo S.C. La angustia vital. Gaceta Médica Mexicana. 1994, 130-162.
18. Aranda Otero D.A. La ética del cuidado. Conferencia Clausura del Curso Académico de la E.U.E. Virgen de la Paz de Ronda. [En línea] 2007. [Acceso 5 de junio de 2007]. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriamalaga.com/Web/Articul%20del%20cuidado.htm>
19. Prieto de Romano G. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Cuidado de enfermería en el final de la vida. En Panel Dilemas éticos al final de la vida. Universidad de la Sabana, Facultad de Enfermería. Chía, Cundinamarca, 2005.
20. Boykin A., Schoenhofer S. La enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica. En Marriner Tomey A., Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 6.ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
21. FUDEN. Cuidados de enfermería en el enfermo terminal. [En línea] [Acceso 9 de febrero de 2012]. Disponible en: http://www.fuden.es/ficheros_administrador/aula/aula_acredit_terminal_julio04.pdf
22. López Campos S.P. Experiencia de cuidado en casa por personas crónicamente enfermas en fase de muerte inminente. Avances en Enferm. 2001; XIX (1).
23. Sanz-Ortiz J. ¿Es posible gestionar el proceso de morir? Voluntades Anticipadas Med Clin (Barc). Servicio de Oncología Médica y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Facultad de Medicina. Santander. Cantabria. España. [En línea] 2006. [Acceso 20 de abril de 2012]; 126(16): 620-3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v126n16a13087720pdf001.pdf>

24. Bravo Mariño M. Cómo afrontar la pérdida de un ser querido. *Revista Digital Universitaria*. [En línea] 2007. [Acceso 22 de abril de 2012]; 8(1): 1-12. Disponible en: www.tanatologia.entornomedico.net o http://www.revista.unam.mx/vol.8/num1/art06/ene_art06.pdf. pág.3
25. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.
26. Montoya Juárez R. Aquellos que nos verán morir: significado y respuesta de los profesionales sanitarios de una residencia de ancianos ante la muerte y los moribundos. *Index Enferm*. [En línea] 2006 junio. [Acceso 23 de mayo 2012]; 15(52-53): 25-29. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100006&lng=es.
27. Moss M.S., Moss S.Z., Rubinstein R.L., Black H.K. The metaphor of “family” in staff communication about dying and death. *J Gerontol B-Psychol*. 2003; 58B(5): 290-296.
28. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua española*. 22ª ed. Madrid. 2012. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=indiferente
29. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua española*. 22ª ed. Madrid. 2012. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=impersonal.
30. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua española*. 22ª ed. Madrid. 2012. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=insensible
31. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua española*. 22ª ed. Madrid. 2012. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=inhumano
32. Ferreira CI. Enfermería y cuidados. Una mirada a la luz de la bioética. *Actual Enferm*. [En línea] 2006, ago. [Acceso 2 de mayo de 2012]; 8(1): 23-25. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9106-enfermeria.htm>
33. Uribe, C. La enfermera ante el paciente moribundo. *Actual Enferm*. [En línea] 2002. [Acceso 10 de mayo de 2012]; 5-(3). Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5302-enfermera.htm>

CAPÍTULO 5.

RECONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ

Miguel Ángel Tobo Tobo
Enfermero. Magíster en Administración de Salud
Especialista en Epidemiología
Especialista en Pedagogía
Investigador Grupo Municipio Saludable

INTRODUCCIÓN

La estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) junto con la medicina social tiene sus orígenes desde el siglo XVIII, con Johann Peter Frank y Villermé; después, en 1848, surgió el movimiento liderado por Rudolf Virchow y Jules Guerín entre otros, interesados en visibilizar un pensamiento que concibiera la salud como un derecho humano fundamental (1). Con lo mencionado se quiere precisar que el surgimiento de la estrategia APS no fue en 1978, como afirman en la mayoría de los textos sobre el tema.

La Declaración Internacional de Alma-Ata de 1978 fue el resultado de una apuesta heroica de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), para buscar alternativas frente a las grandes y crecientes desigualdades e injusticias sociales en las condiciones de vida, así como la pobreza y el abandono de los sectores mayoritarios de la población (2).

A esta convocatoria asistieron 134 países, 67 organismos internacionales y muchas organizaciones no gubernamentales, escenario que dio origen a una iniciativa mundial que llevara al cumplimiento progresivo de la meta social y política de “Salud para todos”, acontecimiento que buscó visibilizar y rescatar experiencias internacionales en medicina tradicional de países como China e India y otras formas académicas no occidentales, que hicieron énfasis en una atención en salud con enfoque integral; igualmente países de África y América Latina, a pesar de la duras críticas ejercidas por los representantes del modelo hegemónico(3).

Como menciona el Dr. Apraez

(1) hubo experiencias que no fueron reconocidas ni integradas en tal conferencia internacional, y las razones de dicha ausencia estuvieron relacionadas con las dinámicas impuestas por la bipolaridad ideológica y económica entre los llamados bloques socialista y el capitalista, siendo visible una nueva forma de confrontación, denominada “la guerra fría”. Igualmente, esta dinámica incidió directamente en la adopción de la propuesta de Alma-Ata en todo el mundo, razón por la cual en los gobiernos de nuestro continente hubo resistencias y sobre todo interpretaciones erróneas de la propuesta original (4).

1 Dr. Halfdam Malher, director general de la OMS y Dr. David A. Tejada de Rivero, Médico; MPH; especialista en Salud Pública; especialista en Planificación y Desarrollo Económico; Dr. en Ciencias Políticas, ex subdirector general de la OMS, coordinador general de la Conferencia de Alma-Ata y exministro de Salud del Perú.

Por consiguiente, la filosofía original de Alma-Ata, que enfatizaba en la concepción integral de la salud, fue remplazada por un enfoque restringido; hoy denominado por la Organización Panamericana de la salud, como “APS selectiva” y propiciado por la UNICEF y el Banco Mundial, como un programa de lucha por la sobrevivencia infantil y materna, razón por la cual nuestro país y, por ende, el departamento de Boyacá, fueron permeados fuertemente por esta iniciativa; orientada principalmente al control de las enfermedades endémicas de los países en desarrollo, mediante intervenciones médicas costo-efectivas. Los principales programas incluidos en este enfoque, fueron conocidos por sus siglas en inglés como GOBI, control de crecimiento y desarrollo, técnicas de hidratación oral, lactancia materna e inmunización; que posteriormente fue ampliado y conocido como GOBI-FFF, también por sus siglas en inglés, y que incluye tres intervenciones adicionales: alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar (5).

El presente documento muestra la reconstrucción de la experiencia en la implementación de la estrategia de APS en el departamento de Boyacá, contada por sus protagonistas y enmarcada en un contexto político, social, económico y cultural, propio de la época; dejando ver cómo la experiencia local, inicia desde antes de la declaración de Alma-Ata, por influencia directa e indirecta de actores nacionales e internacionales respectivamente.

Justificación

En el marco de un compromiso político de la Asamblea Departamental de Boyacá, del periodo 2009-2012, se expidió la Ordenanza 023 de 2010, la cual retoma la estrategia de APS, con enfoque de salud familiar y comunitario, para la optimización e integración del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para el departamento (6). Proceso liderado por un equipo de profesionales de la secretaría departamental con el respaldo del secretario departamental de Salud de dicho periodo, quienes reconociendo la experiencia vivida por el departamento en la

implementación de la estrategia de APS, en las décadas del 80 y 90 del siglo pasado, deciden impulsarla nuevamente.

La socialización de la ordenanza contó con el apoyo de profesionales de la Universidad de la Sabana y para reconocer experiencias operativas en APS, se hizo articulación con un equipo de profesionales con experiencia en el tema, quienes incorporaron los logros de la experiencia de APS en Bogotá durante los años 2002-2005, específicamente de las empresas sociales del Estado (ESE) de Nazareth y Red Sur, en las localidades de San Juan de Sumapaz y Kennedy, respectivamente. Siendo uno de los compromisos de dicho equipo, la reconstrucción histórica de la estrategia de APS en el departamento, la cual se retoma como objeto del presente capítulo.

El problema central a resolver en este ejercicio investigativo se plantea desde la inexistencia de documentación de más de 20 años de experiencia acumulada en la implementación de la estrategia de APS en el departamento de Boyacá, departamento que ha sido pionero en el tema para el país. La falta de dicha documentación también ha impedido el reconocimiento y reflexión sobre el camino recorrido, sus logros, aprendizajes, situaciones, circunstancias y actores que incidieron en la evolución del proceso de operacionalización de la estrategia de APS en el departamento.

Desde esta perspectiva, la presente investigación reconstruye el proceso de la estrategia APS en Boyacá; desde 1978 hasta 2010, a partir de la interpretación y comprensión del punto de vista de algunos de sus protagonistas, principales hitos, actores y situaciones que incidieron en el desarrollo del proceso. La relevancia de los resultados está en poner en práctica los aprendizajes, que sirvan de insumo para el fortalecimiento del proceso departamental y municipal, en el contexto de la Ley 1438 de 2011 y del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y el Modelo de Acción Integral Territorial en Salud, para el departamento.

1. METODOLOGÍA

La metodología utilizada se denomina *Sistematización de Experiencias*, y pertenece al enfoque cualitativo de la investigación social; dicha metodología es útil en la producción de conocimiento intencionado y colectivo, desde la práctica. Establece un espacio y un momento construido por consenso para ir reflexionando ordenada y críticamente sobre lo que hacemos; es retrospectiva, es decir, se han reconstruido, interpretado y socializado procesos ya vividos, prácticas ya concluidas. En definitiva, es la reconstrucción ordenada, coherente y crítica de una práctica social, de tal modo que pueda ser interpretada y contextualizada histórica y socialmente, así como socializada entre sus participantes, con el propósito de contribuir a cualificar dicha experiencia (7).

Según, Jara (8) la sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su organización, ordenamiento y reconstrucción, descubre o explica la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí y por qué lo han hecho de ese modo.

1.1 Ruta metodológica

Tomando como base la propuesta de Zúñiga *et al.* (9), la interpretación y el análisis se llevan a cabo en tres fases: reconstrucción, interpretación y potenciación de la experiencia.

Reconstrucción total y particular en cada actor clave

Se inicia provocando el relato de experiencias por parte de los sujetos involucrados, conformando un corpus de relatos tal como son interpretadas por los actores; es decir, cargadas de imaginación, afectividad y represión. De esta manera, la riqueza de las historias es fundamental, pues contiene todo el contexto sociocultural en el que se expresa el sentido de la experiencia, se privilegian todos relatos de la experiencia vivida por los actores, no solo los actores claves o

destacados, ya que todos tienen algo que decir de ella. En este sentido, el esfuerzo de la sistematización se dirige a reconstruir una versión compartida de la experiencia (10).

Los actores

Corresponden a cuatro profesionales de la salud; un Médico y tres profesionales de Enfermería, todos con formación en Maestría en Salud Pública; 2 trabajadores actuales, 2 exfuncionarios; trabajadores de la academia que participaron o conocieron el proceso y, por ende, contribuyeron con el desarrollo y sus resultados, ya sea desde la Secretaría Departamental de Salud (SESALUB), desde los municipios, o desde ambos. La selección de los informantes se hizo por conveniencia, buscando obtener información desde las dos categorías de actor definidas por los investigadores: *operativos*, por visión directa de la experiencia, al estar totalmente involucrados en el ámbito comunitario, y *administrativos*, por su liderazgo en la gestión institucional y en algunos casos con alguna aproximación a la comunidad.

Recolección de la información

La recolección de la información es de base testimonial, por medio de la técnica de entrevistas semiestructuradas a profundidad, individuales, a los actores claves, utilizando un guion de preguntas abiertas, flexibles y ajustadas a la dinámica de cada actor y orientadas desde el marco conceptual de APS a los objetivos de la investigación. De esta manera, los datos surgen de la transcripción de las entrevistas y la configuración de los relatos, siendo estos la unidad básica de sentido; los relatos se organizan para favorecer la confrontación de las versiones de los actores y la periodización endógena, a través de la denominada “reconstrucción de episodios”, hasta lograr un macrorrelato consensual, sin ocultar la diversidad de vivencias, la pluralidad de miradas y la existencia de conflictos (9).

En el contexto de la investigación cualitativa, la *entrevista abierta y personal* es un instrumento útil para indagar un problema y comprenderlo tal como es contextualizado e interpretado por los sujetos estudiados, sin imponer categorías preconcebidas; dado que, la entrevista no es un protocolo estructurado, el investigador decide cómo enunciar las preguntas y cuándo formularlas (11).

La interpretación

Según Zúñiga *et al.* (9), esta fase tiene un carácter hermenéutico y consiste en captar el sentido de la experiencia, desde las categorías significativas puestas en juego en la interpretación de la experiencia, no solo la de los actores, sino también la nuestra. Descubrir si estamos hablando de lo mismo, clasificando y encuadrando algo semejante; en últimas, implica asumir la diferencia semántica no para ponernos de acuerdo, sino más bien para hablar de esa diferencia en cuanto modos diversos de constituir e interpretar el mundo y actuar sobre él.

En esta fase se presentan tres pasos:

- a. *Principios de legibilidad de la experiencia*: implican hacer lectura de relatos, ubicando núcleos temáticos hasta lograr su saturación, poner a prueba los núcleos seleccionados por parte de los actores, reorganización de los núcleos en función de los ejes estructurales de la experiencia.
- b. *Gramática de las relaciones sociales dentro de la experiencia (actores y perspectivas)*: se procede a distribuir a los actores en categorías, relaciones de las distintas categorías de actor (estructura de poder y mecanismos de control) y división de las modalidades interpretativas en relación con cada categoría de actor.
- c. *Construcción de las lógicas subyacentes a la experiencia*: se hace análisis comparativo de las transformaciones y negociaciones en los procesos y en los sujetos en el desarrollo de la experiencia.

Potenciación

Esta fase justifica el esfuerzo anterior; es decir, la reconstrucción histórica general de la estrategia de APS, porque permite ubicar la diferencia de lo local respecto a lo nacional, no como déficit o problema sino como riqueza, para sacar conclusiones que sean útiles para la reorientación del trabajo de APS de ahora en adelante en el departamento, retomando los principales logros, aprendizajes y dificultades; y a la vez permite releer la experiencia a la luz de un análisis comparativo con otras experiencias (9).

2. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se dio cumplimiento a las disposiciones de la Resolución 8430 de 1993, para la investigación en salud en Colombia. Según el artículo 11, la presente investigación es catalogada como *sin riesgo*, dado que es realizada a través de entrevistas retrospectivas, en las que no se tratan aspectos sensitivos de la conducta; igualmente se garantiza protección de la privacidad de los entrevistados, siendo el insumo principal (fuentes primarias); no se hará ninguna intervención o modificación de las características físicas, biológicas o psicológicas de los participantes; la participación de los individuos es voluntaria y el consentimiento informado fue expresado en forma verbal por parte de los entrevistados. Asimismo, el autor declara que no hay conflicto de interés y que la información recolectada es utilizada con fines estrictamente académicos y bajo el respeto de los derechos de autor (12).

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La transcripción de los testimonios obtenidos a través de entrevistas, permitieron elaborar narrativas con la información descrita por los actores y a partir del análisis e interpretación de las mismas, emergen los acontecimientos visualizados en líneas de tiempo que representan gráficamente el proceso; catalogado por el

autor un curso ascendente o descendente, según su cercanía con los postulados de la estrategia.

La presentación de resultados se hará en dos partes; la primera, denominada *reconstrucción histórica*; donde se muestra en orden cronológico la aparición de los acontecimientos y la segunda denominada *sistematización segunda parte*, donde se presentan logros, dificultades y aprendizajes acerca de la evolución del desarrollo de la estrategia de APS.

3.1 Reconstrucción histórica de la estrategia de APS en Boyacá (primera parte)

La línea de tiempo representada en la Figura 1 muestra en orden los acontecimientos de aproximadamente 34 años, transcurridos desde antes de 1978, hasta el año 2010, y para facilitar la comprensión del orden de los sucesos en las figuras 2 y 3 se representan dos grandes procesos; lo sucedido entre 1978 hasta 1998, y desde 1998 hasta el año 2010.

En general, se puede observar un proceso evolutivo incremental en el desarrollo de la estrategia APS, con un protagonismo del profesional de enfermería, visibilización de un enfoque comunitario de participación y organización comunitaria desde sus inicios, enfoque familiar integral y procesos de educación para la salud tanto en el ámbito comunitario como en los equipos de salud, relato que reconoce el trabajo previo del departamento en la estrategia APS, desde la inclusión de voluntarias de salud. Igualmente se aprecia un punto de inflexión con la implementación de la Ley 100 de 1993, el cual se revierte con la Ordenanza 023.

Proceso Histórico de la Implementación de la Estrategia APS en el Departamento de Boyacá

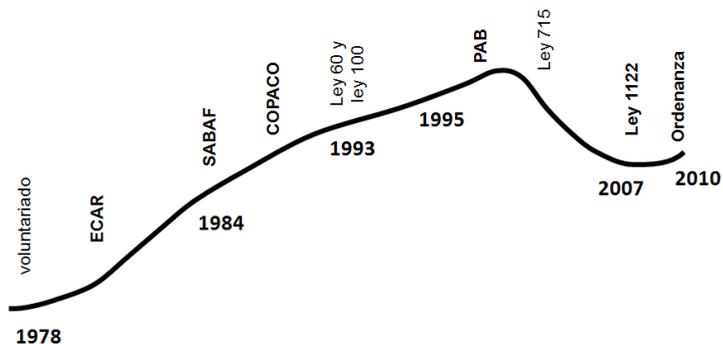


Figura 1. Proceso histórico de la implementación de la estrategia APS en el departamento de Boyacá.

Comienza con la directriz desde Alma-Ata en 1978, aunque en Boyacá ya estaba preparado el terreno: desde 1976, el Ministerio de Salud (MS) financiaba un equipo dedicado exclusivamente a la atención de la población materna e infantil; equipo que estaba conformado por un médico, una enfermera y una voluntaria o ayudante de enfermería; esta última con el tiempo fue formada como promotora de salud o como auxiliar de enfermería y dejó de ser voluntaria.

Igualmente, desde antes de 1977 el programa de lepra, uno de los más antiguos del país, llevaba a cabo su trabajo dando respuesta a las necesidades del paciente y su familia, con un tratamiento integral en la vivienda, y un tratamiento clínico individual, familiar, y adecuación del entorno acompañado de un componente educativo realizado por médico y auxiliar de dermatología.

Simultáneamente, el departamento hizo parte de la prueba piloto del proyecto de investigación nacional, denominado Extensión de

Coberturas en el Área Rural² (ECAR), financiado por la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) y el Fondo para la Educación en Bogotá, con el objetivo de medir el impacto en la ampliación de coberturas de los programas a través de la figura de las promotoras rurales de salud.

Según Vega (5), en la implementación de la estrategia APS para Colombia, la acción intersectorial se interpretó como una colaboración entre programas del sector salud y otros programas verticales orientados desde las instituciones del Gobierno, hacia poblaciones prioritarias. En este caso, la articulación del Programa Sectorial de Ampliación de Coberturas en Salud, (ECAR) que se ejecutó inicialmente con Módulos de Ampliación de Cobertura (MAC), para luego ser reemplazados por las Unidades Primarias de Atención (UPAS), que junto a los programas de Desarrollo Rural Integrado (DRI) (1974-1978), el Plan de Alimentación y Nutrición (PAN) (1978-1982) y el Programa de Atención Integral de la Familia, se convirtieron en las prioridades de la política social de los gobiernos de turno.

Proceso Histórico Primera Parte - 2 Décadas 1978-1998

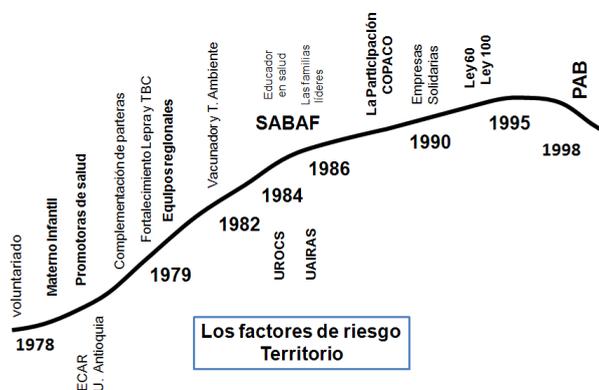


Figura 2. Proceso histórico, primera parte- dos décadas 1978-1998.

2 El Proyecto ECAR se desarrolló en cuatro regionales demostrativas: Tunja, Sogamoso, Duitama y Moniquirá.

El fuerte de la estrategia en Boyacá fue el desarrollo del personal de enfermería: dos aspectos fundamentales incidieron en este liderazgo; el primero, la formación en salud pública del recurso humano del servicio seccional de salud, específicamente en la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP) de la Universidad de Antioquia (UdeA) y, en segundo lugar, la cercanía entre los profesionales de enfermería del servicio seccional de salud, con las escuelas de auxiliares de enfermería, aspectos que facilitaron el proceso de formación del recurso humano de auxiliares y promotoras rurales de salud, incentivo otorgado en primera instancia a las voluntarias del programa materno infantil, quienes dependían laboralmente de los departamentos de enfermería de los hospitales regionales, con un valor agregado para las estudiantes en la calidad de la formación en salud pública y actualización en la normatividad vigente; característica que generó beneficios para las instituciones en términos de menor desgaste en los procesos de selección e inducción del personal. Igualmente se evidencia un alto interés por parte del personal auxiliar y mínima articulación con la escuela de profesionales de enfermería de la región que iniciaron desde 1974.

Esta coyuntura exitosa del proceso boyacense tiene un vínculo directo con las experiencias antioqueña, Valle de Cauca e incluso con experiencias internacionales como las de México y Chile, principalmente. El punto de unión de estos procesos es la formación recibida por los profesionales de SESALUB en la FNSP de la U de A, siendo formados por docentes pioneros en el tema en América Latina, como Héctor Abad Gómez, docente reconocido por sus aportes a la estrategia de APS, desde antes de 1978, con experiencias como el establecimiento del servicio social obligatorio para profesionales de la salud y el de las promotoras rurales, experiencia inspirada en “Morones Prieto” de México, (influencia sobre Abad de Milton Roemer, destacado salubrista discípulo de Henry Sigerist y profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California) (1).

Igualmente, el profesor Gustavo Molina (exiliado chileno y compañero de Salvador Allende, alumnos de Henry Sigerist) docente de la FNSP de la UA, quien aportó experiencias importantes en el

trabajo con población de zonas rurales, experiencias que incidieron directamente en la conformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) colombiano. Cabe resaltar que Henry Sigerist es una figura de las más representativas en el mundo por sus aportes en el tema, la promoción de la salud y salud integral en países de África, Canadá, Estados Unidos e Israel (1939) (1).

De la mano va el programa de capacitación de las parteras: el Ministerio de Salud y la UNICEF, en los inicios de la estrategia de APS, promovieron un programa en el que hubo capacitación complementaria de parteras, otorgándoles reconocimiento como líderes en promoción de la salud materno-infantil, y con recursos del programa materno-infantil se financió la formación de las promotoras de salud, con énfasis en el binomio madre-niño.

Las promotoras rurales de salud se convirtieron en las protagonistas de la estrategia, ellas eran personas de la comunidad y vivían en el lugar donde trabajaban, seleccionadas por la misma comunidad, con una escolaridad básica y con características de liderazgo comunitario; fueron capacitadas durante tres meses internas, para luego trabajar junto con el equipo del puesto de salud de su municipio. De esta manera, el éxito de la figura de la promotora de salud en el departamento fue notorio, por la necesidad de llegar a poblaciones ubicadas en zonas rurales dispersas, dando un complemento a la labor que realizaban las comadronas o parteras, personas necesarias e importantes en estas zonas rurales del departamento.

El proceso fue estructurado desde el SNS, a través de los hospitales regionales, como centros de operaciones de cada agrupación municipal desde donde la Enfermera Coordinadora de la regional lideraba los planes. El departamento de Boyacá nuevamente le imprime su sello personal al trabajo, pues la experiencia ganada en los programas de lepra y tuberculosis, y de enfermedades transmitidas por vectores (ETV), se convierte en otra de las competencias para desarrollar en las promotoras; al pasar de una auxiliar y un médico

expertos en el tema por cada regional, a varias promotoras y médicos rurales expertos por municipio, le dan un alcance mayor no solo al programa materno-infantil, sino, a todos los programas. Igualmente, el equipo regional se fortalece por las acciones realizadas por la promotora en los temas de Medio Ambiente y vacunación apoyando a los técnicos responsables, quienes desde la regional se programaban para todos los municipios de la zona de influencia.

Consolidación y organización de los primeros equipos de APS: inicialmente, con promotoras, auxiliares de enfermería, y luego con profesionales de enfermería, quienes se fueron incrementando de manera exponencial, asumiendo un papel importante en la planeación y gestión de la estrategia; a cada grupo por unidad regional se le hacía seguimiento al cumplimiento de metas e indicadores en el área de salud pública; el cuidado del medio ambiente lo hacían las promotoras conjuntamente con los técnicos de salud ambiental y posteriormente en 1980-1983 se vinculan al equipo de salud los vacunadores.

Entre 1983 y hasta 1995, la estrategia de APS experimentó un proceso de expansión, siguiendo el énfasis del programa materno-infantil, avanzando en los programas de prevención de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (IRA), con la incorporación de madres comunitarias formadas en los dos temas, ampliando el campo de acción del recurso humano del puesto de salud, muchas veces respaldado por las auxiliares de enfermería; cuando el grupo de profesionales era insuficiente. Las madres líderes accionaban desde sus viviendas en las UAIRAS y UROCS, lugares denominados Unidades de Atención de las Infecciones Respiratorias Agudas y Unidades de Rehidratación Oral Comunitaria, respectivamente. Estas estrategias tuvieron un importante aporte en la disminución de la mortalidad infantil en la primera mitad de la década del 80.

Entran en vigencia los postulados de la Declaración de Alma-Ata, donde se ratificó el concepto de salud, planteado en 1948 por de

la OMS, como *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad*; se proclamó la salud como derecho humano fundamental y objetivo social, y se consideró la equidad en salud como pilar, resaltando la relación entre promoción de la salud y desarrollo económico y social de los países, con enfoque de participación social y comunitaria en las decisiones en salud (13, 14).

Sin embargo, la tensión generada por la *guerra fría* hizo que los gobiernos de nuestro continente hicieran resistencia y sobre todo interpretaciones erróneas o simplistas de la propuesta original (4). Así como afirma el Dr. Vega (5), la filosofía original de Alma-Ata, hacía énfasis en la concepción de integralidad de la salud y fue posteriormente remplazada por el enfoque de "APS selectiva", propiciado por la UNICEF y el Banco Mundial, como un programa de lucha por la sobrevivencia infantil. Este enfoque estuvo orientado principalmente al control de las enfermedades endémicas de los países en desarrollo, mediante intervenciones médicas costo-efectivas. El principal programa fue conocido por sus siglas en inglés como GOBI, que abarcaba el control de crecimiento y desarrollo, técnicas de hidratación oral, lactancia materna e inmunización. Posteriormente, fue ampliado y conocido como GOBI-FFF, también por sus siglas en inglés, e incluye tres intervenciones adicionales: alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar.

Ingresa el programa de Salud Básica Familiar (SABAF) en 1985, con énfasis en Educación para la salud: un programa de salud pública con enfoque de salud familiar y comunitaria, con respaldo del Comité de cafeteros, el Ministerio de Salud (MS), y la Fundación para el Desarrollo de la Educación en Colombia (FUDESCO), fortalecieron los equipos de atención primaria, incrementando en 25 enfermeras y cinco médicos exclusivos para el programa de salud básica familiar en todo el departamento; este equipo respaldó el trabajo de la promotora de salud.

Con este programa, igualmente se avanzó en la construcción de procesos sociales en favor de la salud; es decir, se incorporaron

líderes de salud, representantes de las familias, para mejorar el alcance del trabajo de las promotoras, quienes recibían formación en aspectos básicos de detección precoz, identificación de necesidades y problemas de la comunidad, prevención y manejo inicial de las enfermedades más prevalentes en la población. Esta estrategia de democratización del conocimiento en salud constituyó un avance social hacia el empoderamiento comunitario y el posicionamiento político de las necesidades de la comunidad frente a las autoridades locales, como la alcaldía y el mismo sector salud. Como resultado de este proceso se obtuvieron diagnósticos comunitarios a partir de los problemas sentidos y priorizados por la misma comunidad.

Esta iniciativa toma fuerza desde la Secretaría Departamental, llegando incluso a municipios no cafeteros, en respuesta a la política central de restricción de recursos para la formación de nuevas promotoras de salud con el programa conocido como de Salud Básica para Todos (SABAT). Uno de los mayores aportes de esta iniciativa se encuentra el enfoque de educación para la salud ofrecido por FUDESCO; es decir, los trabajadores de la salud adquirieron competencias propias de las corrientes sociales de la educación y la pedagogía, incorporando didácticas que favorecían un proceso de educación a la comunidad en forma participativa y vivencial con un nuevo integrante del equipo: los educadores en salud.

El capital social formado se convierte en un escenario propicio para la construcción de un verdadero proceso de participación comunitaria, contando con una comunidad informada y empoderada, condición que al inicio de la década de los noventa hizo posible la conformación de los Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS), entorno al área de influencia del puesto de salud, en el marco del proceso de descentralización del sector.

En 1990, la Ley 10 introdujo cambios al SNS, incorporando la municipalización de la atención, fomento de la ampliación de coberturas, integración funcional entre los subsectores de: seguros sociales, asistencia pública y medicina privada; en este marco, el propósito fue universalizar el acceso a servicios básicos de salud,

poniendo a la familia como blanco de la misma, promoviendo el aseguramiento privado y la participación comunitaria (15).

La descentralización del SNS y la organización de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) le dan una perspectiva sistémica a los componentes de la APS, pues se esperaba que el municipio fuera el mejor escenario para lograr el fortalecimiento de la participación comunitaria, fomento de la intersectorialidad, complementación de recursos del sector salud en el marco de una planeación estratégica participativa, en función de las necesidades locales. Como resultado de esta apuesta política, el país avanzó en el fortalecimiento de la capacidad de gestión y liderazgo político de la autoridad sanitaria, y en la estructuración de programas acordes a las necesidades de las personas según las etapas del curso de vida, como: Salud del Adulto, con énfasis en la Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), violencias, salud escolar, agua potable y saneamiento básico, entre otros, integrando en el nivel local las iniciativas de promoción de la salud (15).

La era empresarial de la salud con empoderamiento comunitario: en los primeros cuatro años de la década de los noventa surgieron dos iniciativas que pretendieron avanzar desde una perspectiva familiar y comunitaria. La primera respondía a la estrategia de Promoción de la Salud (PS), denominada "Familia sana en ambiente sano" y buscaba integrar a la comunidad a través de las Unidades de Salud Ambiental Familiar (USAF); consistía en el trabajo de un equipo compuesto por médico, odontólogo, enfermera, técnico de medio ambiente y promotora, al nivel de las necesidades familiares.

Esta forma de organización social se convertía en uno de los mecanismos para hacer gestión política desde la comunidad, pues empoderar a la comunidad implicaba un proceso de capacitación; se construían planes, que luego se evaluaban a partir del cumplimiento de los compromisos adquiridos por los implicados. Igualmente, la incorporación de los nuevos integrantes al equipo de salud, el médico

y el odontólogo, trae la iniciativa en salud oral que se denominó “los incrementales”; que consistía en hacer seguimiento a una cohorte de niños sanos en salud oral y mantenerlos sanos hasta cuando tuvieran su dentadura permanente.

En la segunda iniciativa, el MS promovió el modelo de las empresas solidarias de salud (ESS), con un componente de educación para la salud, organización comunitaria y gestión empresarial. Un grupo de personas de la comunidad por iniciativa propia se agrupaban bajo la figura de cooperativa o mutual y luego de la capacitación recibían apoyo financiero por parte del MS. El dinero entregado se destinaba al desarrollo de acciones de PS y prevención de la enfermedad a través de agentes comunitarios, o para el pago de los servicios de atención médica u hospitalaria de los asociados a la cooperativa.

La iniciativa nacional de las ESS, como política social para ampliar las coberturas y el acceso a un paquete básico de servicios de salud en poblaciones más vulnerables del país, además fue concebida como una estrategia para modificar el subsidio en salud, de la oferta hacia la demanda, buscando mejorar la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud, dando respaldo financiero a las comunidades vulnerables, además de incentivos para responsabilizarlos de su propia salud, con ayuda de los agentes comunitarios de salud (Salud M. d., 1993).

Diez años después de la Conferencia Internacional de Alma-Ata se pudo evidenciar la interpretación restringida de la estrategia APS, pues a pesar de haber iniciado con una ventaja desde el Servicio Seccional de Salud de Boyacá, el peso de la responsabilidad sobre la salud no siguió avanzando hacia los demás sectores y el nuestro se estancó en la visión morbicéntrica. Como lo afirma el mismo Dr. Tejada (2), los tres términos del concepto *atención primaria de salud* han sido mal interpretados:

- “Atención”: la versión original en inglés usó el término ‘cuidado’ (care), y no ‘atención’. El ‘cuidado’ tiene una connotación mucho

más amplia e integral que la 'atención'. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial, la atención deviene fácilmente no solo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos".

- En lo lingüístico, el término "primario" tiene diversas y hasta contrarias acepciones. Entre ellas, dos son extremas y hasta opuestas: una se refiere a lo "primitivo, poco civilizado"; y la otra a "lo principal o primero en orden o grado". Por las percepciones simplistas y sesgadas de las experiencias que dieron origen al concepto fue más fácil, más cómodo y seguro entender el término "primario" en la primera acepción, cuando el espíritu de Alma-Ata se refería a la segunda.
- La "Salud para todos" fue confundida por una forma simple de programación, más técnica que social y más burocrática que política. Además de la reducción simplista del término "Salud y su Cuidado Integral", con atención médica reparativa, centrada en la enfermedad y "para todos" aclaraba que no es un privilegio de algunos, sino el sentido social de la propuesta; la meta social era que para el año 2000 todos los países del mundo hubieran definido políticas públicas de Estado en este sentido, tomando como base valores ético-morales de equidad, solidaridad y justicia social. *No fue nunca una parte aislada del sistema ni mucho menos circunscrita a la atención más periférica y de bajo costo para los pobres.*

Proceso Histórico Segunda Parte -Tercera Década 1998-2010

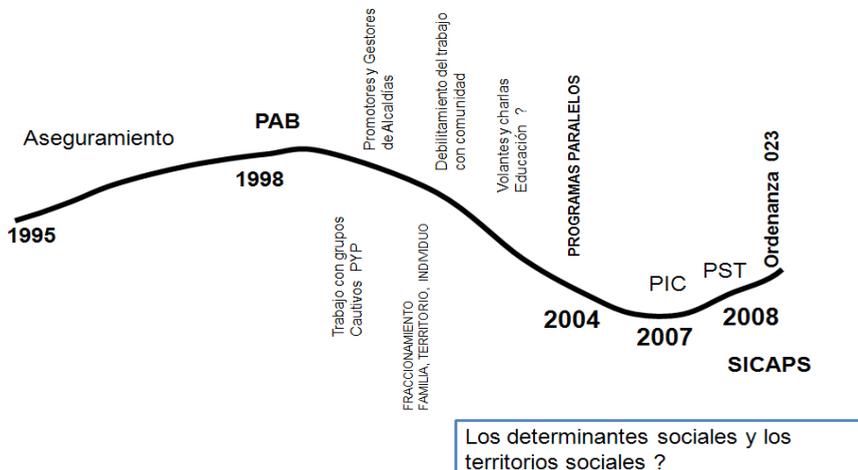


Figura 3. Proceso histórico, segunda parte. Tercera década 1998-2010.

La Ley 100, el cambio de orientación técnica y política de la salud: la concepción del SGSS cambió radicalmente las reglas de juego y promovió dos tipos de competencia en el mercado: competencia entre los aseguradores por los afiliados, esperando que el mercado incentivara la competencia y la calidad de los servicios relacionados con la representación del afiliado y entre prestadores de servicios de salud por la supervivencia económica; en ambos casos, la utilidad financiera se convirtió en el incentivo principal superior al de las necesidades de las personas. Este ejercicio llevó a la transformación de los hospitales y puestos de salud en Empresas Sociales del Estado (ESE), incorporando modelos de gerencia y gestión con sistemas de facturación robustos, donde la mayor experiencia era la de facturar servicios individuales y consultas por enfermedad, razón por la cual fue difícil facturar las acciones familiares y colectivas extramurales de las promotoras de salud y los promotores de saneamiento ambiental; los primeros afectados, algunos de ellos reubicados y en el caso de las promotoras, tuvieron que formarse como auxiliares de enfermería o desarrollar acciones intrainstitucionales de apoyo, antes de su despido; puede afirmarse que en el departamento era tan fuerte la

iniciativa de APS anterior, que el proceso de transición duró hasta 1998, cuando ya por dificultades administrativas, cambio de actores, responsabilidades y políticas de financiación, fue imposible mantener el esquema de trabajo.

En Colombia, la reforma de 1993, orientada para el cumplimiento de la agenda del Banco Mundial, puso freno a los avances y aprendizajes alcanzados en favor del enfoque integral, pues limitó las intervenciones a centros de atención y clínicas de primer nivel de complejidad para el desarrollo de un paquete básico de acciones de salud pública. Los programas relacionados con los SILOS y la PS, entre 1993 y 1996 se debilitaron en extremo para luego desaparecer como consecuencia de la nueva racionalidad de la reforma; competencia de mercado y la selección de intervenciones médicas costo-efectivas.

La descentralización en el ámbito departamental y municipal favoreció la transformación de los hospitales en (ESE) dándoles autonomía administrativa y financiera, para competir en el mercado de la prestación de los servicios mediante contratación con las ARS (Aseguradora del Régimen Subsidiado), empresas promotoras de salud EPS y facturación por venta de servicios a los Fondos Financieros Territoriales de Salud (15).

Las ESS se incorporaron en el componente del aseguramiento para convertirse en aseguradoras del régimen subsidiado (ARS), camino fácil para una organización que nació con el objetivo de trabajar con las poblaciones de bajos recursos; sin embargo, la competencia de estas organizaciones comunitarias contra organizaciones privadas, al final generó su desaparición o su alianza con los monopolios.

Hubo eventos desafortunados para el avance de la estrategia de APS, por ejemplo: el programa SABAF y el trabajo en comunidad se acabó; dado que, ganó la rentabilidad financiera, las promotoras se reubicaron o fueron expulsadas de los hospitales, las ARS configuraron un perfil de agentes de salud, orientado al mercadeo de sus empresas con el objetivo de ganar afiliados; es decir, la metas ya no son formuladas en términos de salud, sino metas de afiliación

y carnetización, dejando de lado las necesidades de la población; lo cual fortaleció la participación de las ARS, y los alcaldes de los municipios fueron protagonistas en la selección del personal, la formación en salud de los agentes pasó a un segundo plano; realizada por las mismas aseguradoras, y el clientelismo político se convirtió en el principal criterio para la contratación.

Después de 1998, las alcaldías locales comienzan a jugar un papel protagónico en el manejo de la salud de su municipio; pese a que todavía los recursos fluían a través de las instituciones de salud, el alcalde se convirtió en el responsable de la ESE, configurándose con mayor claridad la descentralización administrativa de las acciones de salud y específicamente las acciones de salud pública. Este cambio desencadenó dos modificaciones estructurales en el desarrollo de las acciones en salud a nivel municipal; contratación del recurso humano en un contexto de flexibilidad laboral a través de cooperativas o por contratos temporales, circunstancia que desencadenó la alta rotación en el desarrollo de las acciones de salud pública, principal limitación para la continuación y consolidación de programas y procesos.

Un momento crítico para la salud pública: con la implementación del Plan de Atención Básica (PAB), los indicadores de salud pública empezaron a deteriorarse, sobre todo de las coberturas de vacunación de los años 1997 y 1998, hubo reemergencia de tuberculosis; fue evidente el cambio del enfoque. El departamento se centró en el aseguramiento y redujo su capacidad local de respuesta en materia de salud pública, en un marco normativo y programático que apostaba a la universalización como meta del sistema.

Con la estructuración y definición de los planes obligatorios de salud, contributivo y subsidiado POS-C, POS-S y el Plan de Atención Básica, PAB, SESALUB inició un proceso de liderazgo en la construcción de lineamientos técnicos generales; que daban la directriz de lo que había que hacer, incluyendo una fundamentación conceptual y la meta por cumplir. El mecanismo operativo de trabajo se hacía a través de los profesionales de cada municipio;

desafortunadamente, la alta rotación del personal hacía que la información finalmente tuviese limitaciones para trascender el trabajo diario, al pasar la salud pública al activismo del PAB. El planteamiento comunitario se hacía a criterio de cada profesional con dificultades de enfoque y/o metodológico, sumado a una formación de profesionales de la salud centrado en la gerencia en salud en el contexto de un modelo de mercado. El concepto de comunidad se desdibujó y tomó mucha fuerza el trabajo con poblaciones cautivas, principalmente "las charlas educativas" en colegios, en centros de trabajo, etc. La visita domiciliaria se cambió por una convocatoria a talleres grupales, incluyendo a las madres comunitarias, para que ellas replicaran su trabajo con sus respectivos usuarios.

La participación comunitaria municipal se restringe y se centra en las asociaciones o alianzas de usuarios, con énfasis en las quejas y reclamos por la prestación de servicios de salud y con poca importancia en el mejoramiento de las condiciones de calidad de vida de la gente. Estrategias de ampliación de coberturas como las brigadas de salud, ya no se podían realizar, con los trámites administrativos dispendiosos que retrasaban todo. La Ley 100 incluye la necesidad de soportar todas las atenciones, como un mecanismo para demostrar que se hizo la atención, lo que era muy difícil de lograr en las veredas. En los programas de lepra y TBC, ya era casi imposible asegurar el tratamiento acortado y supervisado, pues era muy costoso; el programa de vacunación funcionaba no a expensas de los promotores y vacunadores, sino de las jornadas nacionales de vacunación.

La reducción de la salud pública convencional a bienes públicos con altas externalidades positivas incluidos en el PAB, más la incorporación de todas las demás actividades de atención médica en el Plan Obligatorio de Salud (POS), como bienes privados o mixtos por los cuales se debía pagar individualmente una cotización, fueron la expresión de la implementación del mercado del aseguramiento, el cual hizo una negación del territorio, en sus múltiples dimensiones social, cultural, política, económica y natural. Lo único que se mantuvo en algunos lugares fue la propuesta de Municipios Saludables por la

Paz, en búsqueda de la equidad, como un componente nuevo, las escuelas saludables como iniciativa para promover estilos de vida saludables, afrontar el consumo de sustancias psicoactivas, tabaco y alcohol por parte de niños y jóvenes (15).

Ahora la responsabilidad de la APS es de los alcaldes y se da el cambio de perspectiva: la transición fuerte para la implementación de la Ley 100 fue entre 1993 y 1998. En 1998 se dieron los primeros recursos y el departamento se empieza a dividir por zonas con centros de salud, y con la descentralización, entre 1995-1998 llegaron los recursos para la compra de equipos, materiales informativos y de publicidad, la cual fue confundida con las acciones de promoción y prevención; las ESE pasaron a ser unidades administrativas del orden municipal y cada alcalde definía los asuntos de salud, de acuerdo con sus compromisos políticos.

En general, se puede decir que todo el proceso del PAB hasta el año 2007 estuvo permeado por una visión fraccionadora; es decir, ya el territorio no interesaba mucho, sino la cantidad de personas o grupos para trabajar; ya no interesaba el número de familias, sino el número de personas que podían recibir acciones desde cada programa, el cual abordaba a las personas, no desde la integralidad, sino desde la necesidad del programa. Por ejemplo, el de salud mental hablaba solo de su tema y luego el de salud oral y así sucesivamente, fraccionando a la persona por temas de interés de los profesionales.

Se puede afirmar que el POS y el PAB funcionaron en forma paralela, contrario a lo esperado, las acciones del PAB se convirtieron en intervenciones que nunca trascendieron la definición de *intervenciones colectivas con altas externalidades positivas*, no se fortaleció la rectoría del Estado, ni se dio ninguna estrategia de atención integral organizada con base en la APS como los SILOS o como la salud familiar con enfoque comunitario (15).

Boyacá a la vanguardia, con la APS renovada como modelo de atención: con la expedición de la Ordenanza en septiembre del

año 2010, bajo el liderazgo del secretario de Salud y un equipo de profesionales de la Secretaría de Salud se integra la estrategia de APS como modelo de atención departamental, Boyacá se constituye como líder en reconocer y retomar la APS antes que la Ley 1438 del 2011 la definiera para todo el país. Asimismo, el departamento fue piloto en el sector educativo con la introducción de los contenidos de APS del plan de estudios, especialmente en los programas de pregrado de Enfermería y Medicina de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC).

La Ordenanza 023 de 2010(6) propuso “Adoptar el modelo de salud de APS con enfoque de Salud Familiar (APS-SF), como política pública, para la optimización e integración del sistema general de seguridad social en salud, en el Departamento de Boyacá, mediante la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, tendientes a mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de los (as) boyacenses”.

Definió objetivos específicos, que incorporan “la educación para la salud basada en el desarrollo de competencias de autocuidado, participación comunitaria como estrategia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio”. Desde la *prestación de servicios de salud*, garantizar el acceso universal y equitativo a través de un modelo de atención APS-SF, con acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para reducir índices de morbilidad y mortalidad en las diferentes etapas del ciclo vital. En el tema *intersectorial*: formulación de políticas públicas en salud, desde los diferentes sectores involucrados en los problemas de salud, que favorezcan la equidad sanitaria, la salud ambiental para garantizar la dignidad y el derecho a la salud.

Estableció como escenarios básicos de intervención del modelo de APS-SF: el familiar, comunitario, institucional y político. En el escenario *familiar*, las intervenciones estarán orientadas a la persona

y su entorno familiar, buscarán la identificación de necesidades en salud, la determinación del riesgo con el fin de dirigir las intervenciones de promoción, prevención, atención, mitigación, superación o paliación. En el escenario *comunitario* se proponen estrategias que permitan anticipar, enfrentar e intervenir necesidades en salud a través de redes, iniciativas y espacios sociales que se articulan con la oferta de servicios. En el escenario *institucional*, la oferta de servicios intra y extramural proporcionados por los equipos de salud en APS-SF, que hacen parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, garantizan el logro de las metas y un servicio integral, integrado y continuo. Por último, el escenario *político* con la función de realizar monitoreo de la APS-SF de manera que le permita ajustar las directrices políticas y decisiones administrativas que posibilitan mejorar las condiciones de salud de las personas.

Adicionalmente, instauró metas a 2015 para la implementación de la política definida por la Ordenanza. Estas metas involucraron aspectos como el tiempo para la implementación del Modelo para las ESE y EPS, la articulación de los planes de desarrollo municipal y departamental con la política pública de salud, el incremento de pacientes tratados y controlados por los servicios de baja complejidad, la reducción del uso de servicios de mediana y alta complejidad, la formación de profesionales, técnicos y auxiliares en ciencias de la salud con perfil laboral orientado a la APS-SF, y el cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionadas con el sector salud.

Por último, la Ordenanza instituyó como órgano de monitoreo y seguimiento del Modelo al Consejo Departamental de Seguridad Social en Salud, con el acompañamiento de representantes de las universidades, quienes tendrán la función de retroalimentar la APS-SF en términos académicos e investigativos. Además, la Ordenanza fijó las responsabilidades para cada uno de los actores del SGSSS que incluyeron la Secretaría de Salud Departamental, los municipios, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las aseguradoras, y estableció las funciones en los ámbitos de gestión de la política, salud pública, prestación de servicios y aseguramiento.

3.2 Sistematización (segunda parte)

La sistematización como metodología de investigación cualitativa permite construir conocimiento a través de la experiencia vivida por los actores. El presente apartado comprende tres grandes categorías de análisis: logros, dificultades y aprendizajes acerca de la evolución del desarrollo de la estrategia de APS.

Logros percibidos por los actores acerca del desarrollo de la estrategia de APS

En la implementación de la estrategia

La implementación de la estrategia APS en el departamento contó con un escenario administrativo, político y técnico favorable: apoyo financiero por parte del Ministerio de Salud, bajo la iniciativa del Programa Materno Infantil, condiciones de ruralidad y pobreza de su población, etc., todo lo que favoreció la implantación de la estrategia para ampliar la cobertura de población con mayores necesidades. Fue una de las experiencias exitosas para el país y gran parte del éxito se atribuyó a la formación del personal que lideraba el proceso desde la Secretaría Departamental en Salud Pública, lo que favoreció un pensamiento unificado en el equipo y sus directrices.

[...] Pues nosotros éramos de mostrar no solo en el departamento sino en el país, la Secretaría de Boyacá en todo el componente de salud pública, y es que además nosotros teníamos una cantidad de gente con una preparación extraordinaria teníamos como seis médicos formados en salud pública y como unas seis enfermeras en el área de trabajo".GB1

En el nivel departamental había un grupo técnico con experiencia en procesos de planeación, que trascendió su lógica de trabajo al nivel de cada una de las regionales, lo cual favoreció procesos de comunicación y coordinación a partir del seguimiento explícito a indicadores de cumplimiento, predefinidos, con sus respectivos instrumentos de trabajo.

Gran parte del liderazgo de la estrategia estuvo a cargo de los profesionales de enfermería desde el nivel departamental hasta el municipal, lo que garantizaba la programación y supervisión estricta del trabajo diario de la promotora, dependiendo de la distribución de las familias, siendo notorio el incremento de profesionales de enfermería, promotoras y auxiliares de enfermería.

“[...] nosotros, fuera de eso, teníamos un componente de planeación muy fuerte, aquí yo tenía un comité de enfermería donde las traía, las felicitaba les tiraba las orejas y hacíamos jornadas de trabajo donde hacíamos todo el planeamiento anual, y además hacíamos las reuniones de seguimiento al planeamiento y teníamos indicadores, si entonces que se planeaba allí, como toda la política salía del Ministerio, del Ministerio hacia acá”.GB1

La incorporación de procesos de investigación aplicada le permitió a la estrategia hacer su adaptación al contexto local, además del fortalecimiento y desarrollo de competencias investigativas en el personal operativo, experiencia tomada como referente para el nivel nacional.

“[...] epidemiológicamente para mí la ECAR era un estudio de casos y controles [...] empezamos a meter en el maletín de la promotora anticonceptivos orales y condones, antiparasitarios y portafolios para educación, entonces a un grupo le dábamos anticonceptivos y antiparasitarios y a otro solamente anticonceptivos, a otro antiparasitarios y a otros no les dábamos nada, y después yo no me acuerdo bien; en todo caso, antes de darles los antiparasitarios hacíamos coprológico, para ver cuál era el comportamiento de los bichos; por eso digo que fue una investigación”. RJ2

El estudio de ampliación de coberturas no solo fue una prueba piloto para el país, fue usado por la OPS para desarrollar en otras partes del mundo. Igualmente, sirvió para establecer como política nacional el rol de las promotoras de salud, sus funciones e incluso el trabajo complementado con parteras. Política que duró hasta 1993, cuando inicia la Ley 100.

“Se demostró que la promotora era capaz de hacer no solo vigilancia del embarazo, y el parto, sino que podía vacunar, entonces se

le enseñó y empezó a vacunar, [...] por eso el hecho de que nos quitaran todo eso con el nuevo sistema fue terrible, no solamente educación sino el manejo, hacían primeros auxilios, llevar anticonceptivos, antiparasitarios, podían llevar su termo vacunas, mejorar la cobertura, impactos que la OPS demostró en otras partes del mundo. Las mejores coberturas de vacunación del país fueron las de 1985-86 y jamás ha vuelto a demostrar eso el país”. RJ2

La estrategia entre 1983 y hasta 1995 tuvo su expresión a través del Programa Materno Infantil; materno: embarazo, parto, planificación familiar, citologías; infantil: crecimiento y desarrollo, y los programas de EDA e IRA, tanto en el ámbito institucional como comunitario.

“[...] hacíamos todas las acciones del Programa Materno Infantil, todas las acciones de maternidad, embarazo, parto, planificación familiar, citologías, y en infantil crecimiento y desarrollo, programa de EDA e IRA, los primeros UROCS Y UAIRAS, yo las ayudé a formar, que es lo que ahorita trabajan en AIEPI, eso empezamos con la comunidad. A partir del 83- EDA y 85 IRA se volvió programa de EDA, IRA”. RJ2

Proceso de formación y selección del recurso humano

La Secretaría de Salud, con voluntad política, lideró el proceso de formación del recurso humano que conformaba los equipos, a través entidades como el SENA; en sus diferentes sedes o en la Escuela de Formación de la Secretaría Departamental de Boyacá se dio el paso de las ayudantes de enfermería a auxiliares de enfermería o promotoras de salud; proceso coordinado por las enfermeras que trabajaban en la Secretaría de Salud, es decir, desde la formación ya había un énfasis en la salud pública, antes de Alma Ata ya había una articulación de la formación del recurso humano con la realidad en salud departamental.

“[...] Iba muy enfocada la formación del recurso humano auxiliar inclusive el recurso humano profesional tenía un énfasis muy grande en salud pública, desde antes de salir la estrategia, con la estrategia de atención primaria y ya cuando surge Alma-Ata y todos sus postulados, aquí específicamente en Boyacá, nosotros teníamos

una escuela de auxiliares de enfermería y teníamos el SENA, eran los únicos que formaban”. GB1

La selección de las promotoras incluía una participación activa de la comunidad; ellas eran preseleccionadas por la misma comunidad a la que pertenecían, donde se tenían en cuenta características personales como liderazgo, conocimiento de la población de la vereda, gusto por este trabajo y un nivel de formación de básica primaria, cursaban aproximadamente tres meses y una práctica supervisada, para luego presentar un examen de conocimientos y habilidades. Las elegidas eran devueltas al municipio de origen, idealmente a trabajar en la misma comunidad de donde provenían.

“Nuestro departamento es eminentemente rural, entonces las promotoras en esa época las concentrábamos en la casa de las promotoras internas, las teníamos tres meses y en esos tres meses se hacía la formación [...]”. GB1

La formación de las promotoras era eminentemente para trabajar en el ámbito extramural y la diferencia fundamental entre el rol de las auxiliares de enfermería y las promotoras de salud era que las auxiliares de enfermería asumían un rol como de mayor jerarquía, dado que podían orientar y servir de respaldo a las promotoras y, a la vez, desempeñaban labores de la consulta externa e incluso ejercían en el espacio intrahospitalario, ante la ausencia de profesionales.

“[...] la fortaleza nuestra era que involucrábamos, por un lado, a la Secretaría de Salud en la formación tanto de las auxiliares como de las promotoras, entonces las auxiliares salían con sus normas nuevas, no había que hacer unos procesos grandes de inducción cuando ellas iban a trabajar, ya venían formadas, y nosotras capacitábamos a las promotoras de salud”. GB1

Dentro de los temas en los que eran formadas estaban vacunación, tuberculosis, lepra, enfermedades transmitidas por vectores, saneamiento básico, primeros auxilios, administración de medicamentos, curaciones básicas, signos de alarma en caso de IRA y EDA, y tratamiento casero para evitar complicaciones, o mientras

acudía al centro de atención; atención del parto, para que ayudaran a las parteras en los casos en que no logran el parto institucional, o en los casos de barreras de acceso, sobretodo geográfico. Con esta formación se garantizaban las herramientas básicas para abordar los problemas más frecuentes en sus comunidades y, a la vez, para fortalecer el desarrollo de los programas de interés en salud pública. El incentivo mayor era la remisión de personas en riesgo, educación, identificación de personas enfermas, con énfasis en los niños y las maternas.

“[...] porque tanto las auxiliares como las promotoras hacían la detección y la remisión de los pacientes con cáncer [...] con los problemas prioritarios, que en ese momento era la tuberculosis, y nosotros teníamos lepra en este departamento, en toda la cercanía con Santander había focos de lepra y ellos también hacían su seguimiento, la promotora y la auxiliar de enfermería también tenían un componente de formación en el medioambiente [...]”
GB1

La capacitación a líderes comunitarios de las familias, en el marco del programa SABAF, estaba orientada al desarrollo de habilidades sencillas para la detección oportuna y tratamiento inicial de las enfermedades más comunes en la comunidad, y en los horarios y funciones de los integrantes del equipo de salud, buscando complementar el trabajo de la promotora de salud; mientras había una promotora por cada 200 familias, estas personas representaban las necesidades y asumían el rol de vigilantes de la salud de las diez familias asignadas; además eran los núcleos de organización y fortalecimiento del trabajo para el desarrollo comunitario. La estrategia se enfatizó en reforzar las prácticas positivas sin hacer oposición a las otras prácticas, incentivando la atención del parto institucional. Este enfoque mostró respeto por los valores y prácticas culturales, independientemente de si fueran a favor o en contra de la salud de la comunidad.

“[...] se le enseñaba a la mamá o a la persona que iba, primero su puesto de salud, quiénes lo conforman, qué servicios prestan y luego se hacía un módulo de vacunación o de materno infantil, entonces se explicaba cómo es el embarazo, por qué ir a control, y nunca

luchamos para acabar las parteras, sino que la gente supiera que era mejor ir al hospital a tener su parto y en última instancia también estaba la promotora que la podía ayudar”. GB1

Como un complemento, a la vez, incentivo, al trabajo de las promotoras de salud y a las líderes en salud, estaba la dotación: un maletín que contenía los elementos básicos para el trabajo diario, que legitimaba su trabajo en la comunidad. El kit de trabajo incluía rotafolios y material de apoyo a los procesos educativos.

“[...] entonces se les enseñaba cuáles eran los signos y síntomas de la infección respiratoria aguda, la fiebre, la tos, y se les daban indicaciones muy claras. Una fortaleza es que nosotros, y así debe ser, les dimos implementos a las familias, les dábamos un termómetro, pesa bebé de esos de resorte, para meter los niños [...] O sea les dimos a las promotoras un maletín con todos los equipos y materiales que necesitaban”. GB1

Para la selección de profesionales de enfermería había un concurso técnico, complementado con el gusto por el trabajo en salud pública, la motivación hacía que los profesionales continuaran profundizando y formándose en líneas de trabajo con este énfasis.

“Toda la vida me ha gustado salud pública, hice la Maestría de Salud Pública en la de Antioquia, y una especializada en educación sexual de aquí de la Antonio Nariño, yo la ayudé a conformar, aquí empezó el proyecto educación sexual, hubo la oportunidad de coordinar y empezar”. RJ2

Una de las competencias del profesional de enfermería era la habilidad para enseñar y formar recurso humano, siempre les tocaba el proceso de educación, ya sea a la comunidad o a los integrantes del equipo. Además, desempeñaba labores de coordinación y administración de los programas de salud pública, supervisión de auxiliares de enfermería y promotoras de salud e igualmente ejecutaba acciones en salud, propias de la consulta externa, en cada uno de los puestos de salud de los municipios asignados.

“Recuerdo que tocó capacitar a las promotoras, no por “echármelas”, se me facilitaba la docencia, me tocaba semanas completas ayudando a las promotoras a capacitar en planificación, materno, toda la vida me he pegado con eso, si materno infantil porque toda la vida he estado en eso [...]”. RJ2

Integralidad y funciones del equipo de salud

El equipo base logró consolidarse con médico, odontólogo, enfermera, auxiliar de enfermería; aproximadamente seis promotoras, vacunadores, en caso de regionales grandes, y un técnico de saneamiento de apoyo. Los vacunadores se involucraron como integrantes del equipo de salud, fueron avalados por MINSALUD a través de SESALUB. Esta organización era la célula de trabajo de la APS en el nivel local. El sistema de salud incorporaba a las parteras como parte del sistema y las capacitaba y apoyaba con materiales de trabajo, buscando reconocimiento de su labor y legitimándolo ante la comunidad y ante el equipo de salud.

“Me tocó capacitar al primer grupo de parteras, se llamaba complementación de parteras, hacer toda la agenda, llegó la monjita, ‘mire que toca hacer esto, toca desarrollar esto, darles clasecitas’, no podíamos formar parteras porque nos retrocedíamos, simplemente complementarlas y capacitarlas, incluso meterles miedo para que mejor las remitieran, las volvimos unas líderes, era una semana, unas 40 horas, se les enseñaba educación y parto limpio, evitar que usaran telaraña en el cordón, café, todo eso, enseñarles vacunación, las volvimos líderes de promoción y les íbamos quitando esa idea de atención de partos, y si tenía una gestante en proceso, hacía que viniera y que entrara al parto con su señora, duró desde el 78 como hasta el 86-88, las últimas fueron las de Soatá”. RJ2

En el nivel local, el trabajo estuvo liderado por una enfermera jefe, y complementado con un médico en cada puesto de salud. La participación de los médicos de extramural era reforzar el trabajo de los médicos de los puestos de salud, con el fin de evitar barreras en la atención a las personas que eran remitidas por los líderes y las promotoras de salud, con predominio en atención a maternas y a personas con enfermedades crónicas.

“Los cinco médicos acompañaban la parte rural, los ubicábamos para reforzar todo el componente en los centros y puestos de salud, o sea que si remitíamos una embarazada, no la rechazaran; que si remitíamos un niño, no lo rechazaran, o un paciente de tuberculosis, porque también se daba el énfasis en las crónicas de esa época, la hipertensión, la diabetes, todas esas enfermedades se las enseñábamos a conocer a los líderes”. GB1

Dentro de las características personales del promotor de salud se destacaron las buenas relaciones interpersonales y con la comunidad, capacidad para trabajar en equipo con otras entidades, reconocimiento en la comunidad como líder y gestor, para las autoridades locales, compromiso con su comunidad y con su trabajo, y hasta confidente de algunos problemas de las familias. Otra característica muy positiva fue su liderazgo político y la capacidad para organizar a la comunidad, pues la gestión de los recursos en favor del desarrollo comunitario es algo que la comunidad valora y reconoce. El tipo de población también define el tipo de liderazgo que ejercía el promotor; en la población de nivel socioeconómico medio, la gestión se centraba más en el acceso a los servicios de salud y se evidenciaba mayor resistencia para ventilar los problemas familiares a una promotora.

“Ella tenía una vereda grandísima de Moniquirá que se llama Monjas; una de las veredas más pobladas; allá, hasta la ida del gobernador se articulaba con ella, porque ella movía gente, porque hablaba, porque estaba pendiente de ellos, al hospital iba y decía: ‘no, es que no me le pueden quitar la cita porque él la sacó, usted se la dio tal día’; lo otro es que era muy comprometida, no le tenía miedo a nada, ella tuvo un paciente con VIH sida muy complicado, y nadie le quiso hacer la curación y esa mujer dijo: ‘yo le hago’”. WY3

La auxiliar de enfermería desempeñaba su trabajo principalmente en los puestos de salud y su labor estaba orientada al desarrollo de los procedimientos y consultas de cada uno de los programas: materno infantil, planificación familiar, detección de cáncer de cérvix, vacunación, tuberculosis, lepra, etc. Era la responsable de recibir las remisiones realizadas por las promotoras de salud. Como complemento al programa de vacunación se integran los vacunadores,

que se encargaban de la vacunación en las zonas de difícil acceso. La cantidad de auxiliares de enfermería estuvo relacionada con la dificultad para contar con profesionales de enfermería en los centros de salud, por lo que tenían que desempeñar funciones y actividades que hoy realizan los profesionales bajo la supervisión de una jefa que tenía su centro de operaciones en la regional.

“Había una auxiliar de enfermería que atendía en Moniquirá, exclusiva para control prenatal y tenía sus características, era buena, ella nunca devolvía la gente, muy organizada, nunca le pude ver la calidad de un control prenatal, como lo hacía, pero en sus registros se observaba una buena calidad, en ese entonces las auxiliares hacían el control prenatal, cuando yo llegué, eran las dueñas y señoras de los programas, había auxiliar para citología, auxiliar para control prenatal, auxiliares para vacunación, aparte que teníamos supervisor de vacunación y, además, yo estaba también encima de ello”. WY3

Las actividades de trabajo con la comunidad eran una labor de la enfermera y de la promotora de salud, con una mínima participación del médico; una de las actividades de la promotora era favorecer la identificación de líderes y realizar la convocatoria de la comunidad a las reuniones citadas por los integrantes del equipo de salud.

“Le tocaba a uno mismo organizar el COPACO, o sea la enfermera, porque no había más profesionales, en ese momento el rol del médico era atender consulta con el odontólogo, a veces nos acompañaban, por ejemplo si la promotora nos decía hay un viejito paralítico o con hipertensión, les tocaba, o en caso de trabajo de parto nos tocaba ir a atender el parto, hacíamos la gestión comunitaria con la enfermera, el médico participaba menos, lo hacíamos nosotras con las promotoras que conocían sus líderes de acción comunal”. RJ2

En 1989, en el marco del programa de salud básica familiar, los técnicos de medioambiente se encargaban de acompañar las visitas de las promotoras de salud; sin embargo, las promotoras seguían desarrollando acciones de educación ambiental, porque el tiempo del técnico aún era insuficiente. Con el tiempo se logran

los recursos para la contratación de ellos directamente en cada municipio.

“En el cuidado del medioambiente, que lo hacían las promotoras conjuntamente con los técnicos de salud ambiental, ellos estaban muy en la parte urbana, pero a veces nos colaboraban en ir a las veredas y cuando había que instalar en esa época letrinas, y en eso fallamos mucho porque nunca hubo un componente de educación fuerte hacia esa área”. GB1

Programa de Salud Básica Familiar

El Programa de Salud Básica Familiar (SABAF) contribuyó al fortalecimiento de la estrategia, porque involucró recursos del comité de cafeteros, FUDESCO y de ECOPETROL, para incrementar el número de personas en los equipos extramurales, principalmente enfermeras, auxiliares, vacunadores, técnicos de medioambiente. Es en el marco de este programa donde surge la iniciativa de trabajar directamente con las familias, como una forma de contrarrestar la amenaza de terminar con la formación de nuevas promotoras rurales. Este proyecto aporta un nuevo integrante al equipo de APS, “los educadores en salud”, profesionales que se capacitaban para formar madres comunitarias; el Programa Materno Infantil amplía su trabajo a la comunidad ante la imposibilidad de seguir creciendo con la propuesta de promotores de salud.

“Tuvimos un programa de salud básica familiar, se desarrolló como en el 85 y en el 92 era eminentemente de salud pública y de participación comunitaria, y fue como circunstancial, porque resulta que comenzó a pasar el oleoducto por Boyacá y teníamos el apoyo del Comité de Cafeteros, o sea fueron los dos componentes y ellos nos dieron los recursos para comenzar el programa y el Ministerio nos dio recursos para personal de enfermería, y se fortaleció”. GB1

La formación desde este líder nuevo en salud, por cada diez familias, permitió democratizar el conocimiento hacia la comunidad, incrementando su participación desde el diagnóstico de la vereda y el municipio, con base en la identificación de problemas sentidos. Esta estrategia de base comunitaria facilitaba la labor de las promotoras

en la detección e intervención o canalización de personas con necesidades y mayor apropiación de los problemas por parte de la comunidad.

“Se seleccionaba una persona responsable de la salud de diez familias de la comunidad, o el que era responsable del componente de promoción y prevención, ellas reforzaban el trabajo de la promotora, la promotora tenía 200 familias; entonces, ellas hacían un diagnóstico comunitario, reunían las familias, teníamos unos modelos, teníamos una cartelera grande donde se iban enunciando los problemas de salud que tenían las familias”. GB1

Educación para la salud

Los educadores en salud hacen visible la necesidad de innovar las metodologías usadas para el trabajo comunitario de educación para la salud, y de desarrollar nuevas habilidades en educación para la salud en el recurso humano, fortaleciendo las competencias y habilidades de profesionales de salud actuales. Entre el grupo de educadores en salud también había profesionales de la medicina. El proceso de educación para la salud aseguraba pedagógica y didácticamente unos enfoques no tradicionales de la educación, a partir de metodologías, materiales de apoyo y técnicas de trabajo participativos, a fin de facilitar aprendizajes significativos en la comunidad. Se construían escenarios de comunicación y diálogo más horizontales, reconociendo los valores y creencias, para aportar en la transformación de las prácticas que representaban un riesgo para la salud de la población, que, en la mayoría de los casos, era población con baja escolaridad.

“[...] nos asignaban un educador en salud que era quien daba los talleres conjuntamente con el personal de enfermería. Aparece otra figura, que era el educador en salud. Que ese si es propio del programa. ¿Propio del programa básica...y él era algo así como un promotor? No, la mayoría eran profesionales, había enfermeras; ellos tenían una cuestión que se llamaba educación en salud, entonces tenían educadores, y había médico, quien supervisaba todo el programa era un médico”. GB1

Para apropiar y transformar el enfoque de educación para la salud, se requirió de un proceso de formación a los profesionales de la salud hacia enfoques de educación diferentes al tradicional, cuyo impacto es limitado en los procesos de desarrollo social.

“[...] fue un curso como de 280 horas, excelente curso, nos enseñaron lo que teníamos que enseñar y cómo lo debíamos enseñar, eso era lo bonito y lo que más me gustó; de alguna manera será porque yo soy conductista, no sé, pero me gustó, porque nos enseñaban estrictamente los temas y la manera de abordarlos, cómo lo teníamos que hacer y con quiénes lo teníamos que hacer. Ese fue un programa, no digamos vertical, pero sí fue centrado, no fue como que yo hago esto y el otro hace eso, no, todos fuimos estandarizados”.
WY3

Principios de la APS: la intersectorialidad

En el marco del programa de salud familiar se logró un trabajo articulado con el sector educativo, como resultado de un trabajo conjunto entre las dos secretarías, Salud y Educación; los maestros eran capacitados para replicar el trabajo de educación para la salud con sus estudiantes. Con el Instituto de Bienestar Familiar se coordinaban los temas de nutrición e igualmente se trabajaba conjuntamente con las organizaciones de base.

“Con los profesores, bien, se trabajaba bien, reunión que usted no articulara con los profesores era un fiasco”. WY3

“[...] Como por ejemplo con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en la parte de nutrición, con educación y con las organizaciones comunitarias que había [...]” GB1

El programa SABAF partió con una fortaleza en la gestión política: respaldo desde la Gobernación, pasando por los alcaldes, e igualmente el empoderamiento de los líderes, aspecto que favoreció la legitimación del programa ante las autoridades locales. Una motivación importante para los líderes comunitarios fue el reconocimiento de su formación con un diploma que los acreditara como tales, incentivo para su participación en la capacitación y para

seguir trabajando en su comunidad, además de la legitimidad que proporciona dicho reconocimiento público.

“El primer contacto eran los alcaldes, porque uno no puede reunir un grupo de personas sin contar con la autoridad municipal, porque se mete en un lío, además necesitábamos la ayuda de ellos [...] Invitamos al alcalde a la graduación y decíamos habrá francachela y habrá comilona, para que viera todo lo que hacía esta gente, era todo un acontecimiento; bailaban, declamaban con todos sus atuendos, hacían presentaciones, coplas, etc. El alcalde iba y entregaba los diplomas, mejor dicho, teníamos que tenerlo entre el bolsillo”. GB1

Principios de la APS: promoción de la salud

El Plan de Atención Básica (PAB) trabajó con mayor énfasis en aspectos de promoción de la salud; es decir, con un componente grande de información y educación, como las piezas comunicativas, afiches y las cuñas radiales, aprovechando las emisoras comunitarias, etc.

“El PAB de atención primaria hizo gran fuerza en la promoción, a través de la educación formal e informal, quizá eso fue como lo rescatable del PAB, como estrategia de promoción, porque había cuñas radiales, promoción, lo masivo, tal vez eso fue como la fortaleza [...]”. WY3

Principios de la APS: acceso a los servicios de salud

El trabajo de la promotora en la comunidad garantizaba el seguimiento de la población y, a la vez, monitoreaba las necesidades de atención de cada programa; por ejemplo, vacunación; la promotora garantizaba el esquema de vacunación a partir de la información que tenía de su población asignada.

“Las personas estaban acostumbradas a que la promotora fuera a vacunarlas, sabían cuando les tocaban las fechas de vacunación, a qué niño le faltaba; pero se acabó todo eso, se acabó realmente el acercamiento comunitario, el ir a la población, todo eso se acabó”. WY3

Principios de la APS: la participación comunitaria

El trabajo familiar e individual adelantado de manera extramural era complementado por una labor colectiva, que pretendía fortalecer la organización comunitaria, este trabajo también era liderado desde el nivel central de la Secretaría de Salud, donde nace la iniciativa de los COPACOS (comités de participación comunitaria en salud).

“[...] en esa época había aquí una sección que se llamaba Participación de la Comunidad, entonces había una oficina que lideraba el proceso, se llamaba: Oficina de Participación de la Comunidad. Eso fue muy importante porque al tiempo que nosotros desarrollábamos, digamos, esa atención directa a las comunidades, ellos también iniciaron toda la organización a través de los comités de los COPACOS, que anteriormente se llamaban Comités de Participación Comunitaria [...]”. GB1

El programa SABAF, además de incorporar a la comunidad en el diagnóstico de sus necesidades, los hacía partícipes activos en la solución de los problemas. Se gestionó la organización social a través de actividades como convites y bazares, que buscaban promover la autogestión comunitaria y, de este modo, fomentar la autonomía comunitaria y los valores de la solidaridad y el trabajo conjunto por el desarrollo social. El rol de los profesionales trasciende hacia la gestión del desarrollo social, para desempeñar el papel de facilitador de estos procesos, que igual redundan en la resolución de conflictos.

“[...] además la gente se involucraba en la solución de sus problemas de salud. Mira, nosotros, en veredas donde hicimos basares, fuimos hasta los sitios más recónditos de este departamento. En el contexto del programa había una integración social donde la gente a veces hasta limaba asperezas, esos conflictos que se forman entre los vecinos, hacíamos como convites que llamaban ellos, y entonces recogían plata para las unidades sanitarias, por ejemplo [...]”. GB1

El trabajo con la comunidad fue participativo, la formación que recibía cada líder se veía reforzada con un trabajo directo en su comunidad, lo que permitió la elaboración de autodiagnósticos,

trabajo en torno a la resolución de problemas, análisis de causas y las posibles soluciones, complementado por un proceso de empoderamiento político, que terminaba posicionando las problemáticas frente a las autoridades locales, como la alcaldía.

"[...] comenzaba por hacer los diagnósticos comunitarios en salud, y luego comunitariamente se buscaba la solución a estos problemas, hacíamos el taller con ellos y luego ellos tenían que hacerlos con la gente de su vereda, con sus diez familias, y después ellos se juntaban y armaban uno solo. El tema prioritario en esta vereda es que los niños tienen mucha tos, que los niños no se vacunan, que las casas viven muy sucias, que los animales están dentro de las casas, y ellos mismos buscaban la solución a sus problemas en una reunión comunitaria, y adonde los llevaban, al alcalde, había grupos durísimos se iban a los consejos a pelear, era..., mira, eso fue para mí muy valioso, esa parte es valiosísima, muy valiosa [...]" GBI

Dificultades percibidas por los actores acerca del desarrollo de la estrategia de APS

En la implementación de la estrategia

La concepción del trabajo de campo realizado por promotoras y enfermeras respondía a una perspectiva de detección y tratamiento precoz de los eventos o enfermedades, sin embargo, este enfoque tuvo resistencia por parte de los médicos por la formulación de medicamentos. Igual ocurrió por parte de las comadronas o parteras, porque se estaba invadiendo su espacio de acción, espacio que nunca había llenado el sistema de salud.

"[...] dígame los problemas con los médicos, que decían esas patirrajadas como se les ocurre entregarles anticonceptivos, sin ningún estudio ni nada, ellos creyeron que les íbamos a quitar su actividad, hubo resistencia para la entrega de los medicamentos, antiparasitarios y anovulatorios; lo mismo resistencia de las parteras, pero cuál era la idea, usted encuentra aquí problema y capta y de una vez hacerle la intervención". RJ2

Programa de Salud Básica Familiar

Era un programa que mostraba sus mejores logros en zonas rurales; sobre todo en las más dispersas, y se avanzó en la formación de tejido social, complementando la labor del personal de salud en la comunidad; con el proceso de descentralización administrativa iniciado en 1998 fue imposible financiar este tipo de acciones. Funcionó hasta cuando la Secretaría Departamental la pudo sostener, dado que ya no estaban dentro de las prioridades del nuevo SGSS y sus costos eran imposibles de financiar. Es claro que una estrategia de APS en zonas rurales es más costosa, sobre todo por los costos de desplazamiento y la dificultad en las vías de acceso.

“[...] el programa de salud familiar no duró mucho, porque con la misma Ley 100 se acabó, se llegó con extramural como hasta el 93-94, eso no duró mucho, duró tres o cuatro años, de ahí que los municipios necesitaran sus enfermeros para que trabajaran con sus familias capacitadas, y eran contratados con recursos de la SDB, todavía no había descentralización [...]”. RJ2

Integralidad y funciones del equipo de salud

El rol del odontólogo y el médico era principalmente atender las consultas canalizadas por las promotoras y, de vez en cuando, hacían visita domiciliaria para labores de atención extramural, aspecto que también se veía en el trabajo y el enfoque de las brigadas de salud, que respondían a la lógica de desconcentrar hacia las veredas la prestación de servicios del puesto de salud. El énfasis de estos dos profesionales era la atención a personas con enfermedades, reforzado por una comunidad que esperaba una fórmula y unos medicamentos, pero dejando de lado la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Esto confundía a la comunidad, porque en algunos casos para la comunidad la APS era igual a brigadas de atención y entrega de medicamentos.

“[...] empezaron las brigadas de salud, entonces hacían la fila los de diarrea y otra la de los parásitos, [...] eso era atención primaria, empezamos a irnos a la vereda, iban el enfermero, el odontólogo,

pero era más de asistencia que de prevención y para atender a los que no habían accedido; el que no llegaba era llamado por perifoneo, mandadita de razón con la promotora, por cualquier otro medio de comunicación, teníamos carteles, el cura párroco anunciaba y nos ayudaba con la convocatoria a reuniones". RJ2

El acceso a los servicios de salud de la población se facilitaba a través de las remisiones por la promotora de salud. Cuando este proceso no era efectivo ni coordinado o valorado por el personal del puesto de salud, se perdía la legitimidad por la promotora, por parte de los usuarios.

"Había de todo, había auxiliares que valoraban el trabajo de la promotora, que decían si esta persona viene remitida por la promotora es porque realmente la encontró enferma y necesita la atención; otras reaccionaban todo lo contrario, decían es que las promotoras cansan mucho, entonces mandan la gente aquí a molestar [...]". WY3

Después de 1998, la valoración integral de la persona en su contexto familiar y comunitario, específicamente en los programas de interés en salud pública, se restringió a actividades individuales, de información y con menos compromiso de parte del equipo de salud, sobre la situación familiar.

"Los programas de interés en salud pública dentro del PAB, como PAI, tuberculosis, lepra, leishmania, etc., se volvieron actividades puntuales e individuales; que la charla, entonces, cómo prevenir la tuberculosis y ya, pero visita no; antes sí íbamos a visitar al paciente de tuberculosis, mirábamos su forma de cocinar, cómo vivía, si tenía las ventanas abiertas, limpiaba o no la casa, si sacaba las cobijas al sol, si barría, eso se acabó". WY3

Igualmente, la flexibilidad laboral, reflejada en la vinculación del personal por contratos cortos y la existencia de las cooperativas como intermediarias en la ejecución de las acciones en salud, hizo más complejo el trabajo en salud pública. Por un lado, la alta rotación del personal impidió la consolidación de procesos o programas, y por otro, el cambio que hubo de administrar programas por la realización de una serie de actividades, aisladas y soportadas con firmas, para la

facturación, sin mayor trascendencia para las personas beneficiarias. Todos los soportes se organizan en función de los auditores de las aseguradoras y no en función de las necesidades de la población.

“¿Qué le interesa a un asegurador? ¡La plata! Es por mi experiencia que le digo que en este mercado de la salud es igual que una mercancía, toda la filosofía del acercamiento a la comunidad se perdió, se perdió en el sentido de que el asegurador quiere simplemente unos cumplimientos numéricos en metas, y la IPS en su afán de no dejarse glosar también hace cualquier cosa, por ejemplo, antes nunca le veía barrera a una materna para que la atendiera, a veces el ginecólogo o a veces un médico o a veces una enfermera, ahora sí hay mucha barrera: ‘que no se la autorizaron, que no hay ginecólogo, que el ginecólogo no está contratado o solo para una ciudad no sé dónde’, todo es [...]”
WY3

Principios de la APS: la intersectorialidad

Desde el inicio de la estrategia, el trabajo con las universidades y específicamente con la Escuela de Enfermería de la UPTC, no se notó, tal vez porque el programa de formación era relativamente reciente o porque la coordinadora no lo visibilizó como una prioridad.

“Con las universidades no había articulación en ese momento, pues sí había, lo que pasa es que, en ese momento, como le dijera..., por lo menos aquí la Facultad era muy joven, pero sí, casi siempre todas las enfermeras, yo nunca estuve con ellos, pero porque es que a mí no me quedaba tiempo, yo vivía por todo el departamento, como dicen, como un ringlete”. GB1

Principios de la APS: la participación comunitaria

Luego, con la descentralización municipal, los alcaldes adquieren mayor responsabilidad frente al manejo de los recursos de salud de su municipio, ante la necesidad de la contratación de las promotoras de salud, modifican las condiciones de contratación y los perfiles del recurso humano, dándole una visión más clientelista al proceso de contratación, lo cual contribuye al debilitamiento de los procesos adelantados, pues ya no contaban con el perfil personal,

no recibían la misma capacitación, no necesariamente eran de la vereda, y además rotaba con frecuencia y esto afectó directamente los procesos. En los municipios donde había promotoras y auxiliares de planta debieron “recoger ese personal” que trabajaba en el nivel regional y concentrarlo en el municipio que coordinaba la regional, y esto llevó a que los municipios fueran acabando con los vacunadores y las promotoras.

“[...] nosotros ya no teníamos plata, a algunos alcaldes les empezamos a decir que teníamos que formar promotoras, y mandaban a la secretaria, a la moza, no eran niñas de las veredas, eso era una alcahuetería, Cambiaron la filosofía del programa, nos enviaban cualquier cosa y como era del alcalde teníamos que capacitarlo, y después se iba, eso fue un relajo... Ahí ya empieza la crisis, y a las poquitas promotoras que quedaron, si estaban en la nómina del hospital, las mandaban para el hospital a hacer curaciones. Algunas se volvieron auxiliares de enfermería, y se metieron como auxiliares [...]”. R]2

Ahora, el programa de vacunación funcionaba no a cargo de los promotores y vacunadores, sino de las jornadas nacionales de vacunación.

“Se acabó el vacunador, ya no fue más a las veredas, porque quien tenía que vacunar era una jefe; sin embargo, en Moniquirá, como aún tenía las promotoras, ellas siguieron vacunando en las veredas, pero ya con ciertas dificultades administrativas. Ya realmente lo que sí se hacía masivo eran las jornadas nacionales de vacunación, pero el programa regular ya no, ya no se podía”. WY3

El trabajo con las juntas de acción comunal no fue el más fuerte, debido a los riesgos que este trabajo generaba, este tipo de actividades era aprovechado para acciones de proselitismo político, por parte de algunos líderes, desvirtuando el sentido del programa. Por otro lado, el liderazgo y el protagonismo siempre se quedaron del lado de los profesionales del sector salud, y esta puede ser una de las razones por las cuales el proceso de desarrollo comunitario no logró continuar, dado que avanzó mientras existió el programa.

“Las juntas de acción comunal, pero muy de lejos, esas no las volvimos a meter porque eso se nos estaba volviendo [...] las juntas nos apoyaban, los viejitos la mayor parte de los señores iban, conocían el programa, había que reunirlos y mostrarles el programa y ellos ayudaban a organizar a la gente a hacer la reunión para los talleres, pero no, o sea procuramos siempre que todo el liderazgo lo llevara la enfermera de salud básica, y lo llevaran las personas de la comunidad que estaban trabajando con el programa [...]”. GB1

APS en el marco de la Ley 100

En el nuevo marco de política se cambiaron las reglas de juego para el desarrollo de las acciones en salud; sin embargo, se lograron mantener cinco años más, es decir, hasta 1998, hasta que finalmente la rotación del personal directivo favoreció el cambio de rumbo del programa. Los procesos en el espacio local se modificaron con la reestructuración de los hospitales, razón por la cual se desfinanció el programa, culminando con la desvinculación de las promotoras de salud o con un cambio de sus funciones.

“[...] pues ya la estructura administrativa de hecho cambió totalmente, yo pasé al área de calidad a coordinar esa área, y aquí pues ya se diluyó totalmente, ya el pensamiento de la gente era distinto y después vino la reestructuración de los hospitales, salieron todas las promotoras de salud [...]”. GB1

La iniciativa de Empresas Solidarias de Salud (ESS), concebidas con un énfasis en las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, desaparece con la transición al régimen subsidiado, de ser ESS a ser Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), para poder competir en el mercado del aseguramiento. Este cambio de enfoque privilegió las acciones del orden intrahospitalario.

“[...] no, desde mucho antes se rompió el esquema de la empresa solidaria, desde antes de que se volviera ARSS, pues lógicamente que entraron en un mercado a competir con las EPS, fuertes sí, y entonces ya las empresas solidarias que se habían concebido como un componente grande de promoción y prevención comenzaron a entrar más componentes al POS y lógicamente estos eran muy fuertes hacia el área de curación, o sea que algunos grupos de

las quirúrgicas, pues... con otra serie de elementos, y tanto las EPS como las ARS descuidaron completamente el componente promoción y prevención en todos los aspectos". GB1

La ampliación de coberturas en la Ley 100 también tuvo un gran avance en el aseguramiento; es decir, todos los actores del sistema se preocuparon muchísimo por carnetizar a la gente, y se descuidaron los programas de salud pública. Unido al incremento de los índices de pobreza del país al finalizar la década de los 90.

"Es que yo pienso que el problema fue que no hubo desde el Ministerio una directriz, en ese momento todo el plan de salud pública se cayó, porque los programas no siguieron liderándose, pero es que todos nos volcamos hacia el aseguramiento, que la gente tuviera una forma de aseguramiento de aquí o de allá, de cómo se financia, y nos olvidamos de todas las acciones de salud pública". GB1

Con el cambio de perspectiva en la orientación del sistema de salud y el debilitamiento del financiamiento de los equipos extramurales se inicia la extinción de las promotoras, vacunadoras y educadoras en salud, y de la mano con este debilitamiento también se debilita la gestión comunitaria, pues con el cambio de funciones y la salida de las promotoras las comunidades quedan solas y desprotegidas. La función de una promotora es reemplazada por agentes de salud, o por otras personas, nombradas desde las alcaldías o desde las aseguradoras, con una función diferente: avanzar en la afiliación o carnetización de la población. Con este cambio de perspectivas, las aseguradoras ya no requieren de promotoras de salud con un perfil de salud pública ni incluso vacunadoras, requieren personas que puedan convencer a la población para afiliarse a un asegurador; es decir, una labor de venta de servicios o mercadeo de un portafolio.

"[...] con este cambio se acabó el trabajo comunitario, que las promotoras desaparecían, que nadie les pagaba, que ya eran responsabilidad de las aseguradoras, que ya nadie... o sea que eso se acabó, como que se acabó el trabajo comunidad, las comunidades quedaron solas y desprotegidas [...]. WY3

“[...] pero también ya empezó a tener barreras la atención, porque ya comenzó la aseguradora yo no sé qué, que el papel, ¡ah! no cuente la fotocopia en una brigada de salud, a ver cómo le iba a usted, cómo le iba con la fotocopia, eso era un camello, le tocaba recoger el carné a la pobre promotora antes, sáquele la fotocopia, no, esa vaina no [...]”. WY3

Toman fuerza las coordinaciones de P y P; las jefes que antes lideraban los equipos extramurales, se reubican en el nivel administrativo y otras pasan a la consulta externa, directamente en los programas desde un trabajo intramural y el trabajo extramural de las enfermeras fue mínimo.

“[...] pasé a coordinar la atención básica y las actividades de promoción y prevención, ya me tocaba mirar las matrices, revisarlas, hacer los informes. Mirar las metas de cumplimiento, retroalimentar, levantar las glosas con el asegurador, pelear con el asegurador [...]”. WY3

Hubo municipios donde los alcaldes decidieron contratar el PAB reconociendo la experiencia de la ESE; sin embargo, hubo alcaldes que contrataron otras entidades, como ONG, y ya la dinámica fue diferente, el sentido de las acciones de promoción y prevención cambió, se centró en el levantamiento de firmas, como soportes cuantitativos, independientemente de si se tenían resultados o no en la población.

“[...] hubo un tiempo en que no se contrató, pero mira cómo fue la experiencia, imagínate que lo contrató con una ONG que se llamaba Creciendo por Boyacá, papa por Boyacá, yo no me acuerdo mucho cómo se llamaba, resulta que esa ONG quiso coger mi personal para que le ayudara extramural en salud, para que le ayudara a hacer actividades asignadas, y yo le dije: ‘un momento, lo suyo es lo suyo y lo mío es lo mío, usted no me utiliza mis promotores, ellas no le van a ayudar a usted a realizar sus actividades, sabrá usted cómo ejecuta su PAB’”. WY3

Hubo un cambio en la forma del flujo de los recursos para financiar las acciones en salud, que obliga al establecimiento de convenios y contratos financiados a través de los recursos de tres actores importantes, la SDB, las ESE y las alcaldías.

El proyecto de salud básica familiar dio como resultado la propuesta para el tema de salud oral, los incrementales, como una respuesta para abordar los problemas de salud oral desde la perspectiva de la APS, sin embargo, duró más o menos dos o tres años, debido a que no pudo funcionar por falta de financiamiento.

"[...] nosotros con Gloria constituimos un equipo, conformado por enfermera, odontólogo y médico, y un técnico en saneamiento, ellos tenían que recorrer esas familias y llegar acá, esto no duró mucho, el primero que caducó fue el médico, de aquí partió la idea para los odontólogos que se llamó los "incrementales" 1993-94-95 que fue salud oral; como salud oral era el de peor morbilidad, se trabajó con los odontólogos. -Y me dices que duró muy poco la experiencia, ¿más o menos cuánto? Por ahí un año o dos; - ¿Y por qué fracasó tan rápido? Por sostenimiento y por política, porque es que mire, estábamos saliendo de la coyuntura del tema anterior y estábamos metiéndonos a una Ley 100, pues sí, se acaba todo eso". RJ2

La inversión en recursos de publicidad, como afiches, botones y otros materiales, que se adquirieron con la idea de contribuir en el nivel local con el desarrollo de los programas de promoción y prevención, en realidad no fue de gran impacto.

"Este centro de salud es de su competencia, su médico, aterriza ya la descentralización, entre 95-98 nos llegaba la plata acá, y nosotros qué hacíamos con esa plata, ¿comprar equipos? No, una cantidad de material pendejo, yo decía, tantos afiches, tantas vainas, que a la hora de la verdad no sirvieron para nada, sus botones y sus pendejadas, y eso lo agarró el POS, hasta cuando dijeron que se estaban gastando la plata en publicidad, porque eso era promoción y prevención". RJ2

Aprendizajes percibidos por los actores acerca del desarrollo de la estrategia de APS

En la implementación de la estrategia

Reconociendo que actualmente el énfasis de las especializaciones y maestrías tiene una orientación más gerencial y administrativa e incluso hay algunas maestrías en salud pública, se requiere retomar perfiles profesionales similares a los que había en el proceso de implementación de la estrategia en el departamento, de modo que se puedan equilibrar los dos énfasis, el administrativo y gerencial, con el de salud pública y epidemiología.

“Medellín sigue conservando en esencia la maestría de salud pública, muy fuerte en salud pública; no lo sé, pero muchos han enfatizado como hacia el área administrativa, la gerencia, la administración, incluso las maestrías en salud pública, porque es como la necesidad no, todo es como de moda y como de necesidad”. GB1

La orientación de las promotoras hacia la identificación de los riesgos de las familias, a partir de un censo de población y vivienda que facilitara determinar el estado de salud y el comportamiento frente a los eventos en salud, para luego clasificarlos según el grado de riesgo al hacer la priorización de la respuesta. Este proceso favoreció el seguimiento y planeación del trabajo en campo utilizando la cartografía social.

“[...] ellas hacían un mapa donde escribían todas sus familias y tenían que llevar unas convenciones donde estaban la escuela, el presidente de la vereda, las familias, donde había menores de cinco años, familias donde había viejitos, todo eso de acuerdo como a un puntaje, que no era claro, pero que se hacía y manejábamos un puntaje, hacíamos un censo de condiciones de la vivienda y de la familia, ese censo nos arrojaba un puntaje dependiendo de ese puntaje la familia se clasificaba de alto, mediano y bajo riesgo”. WY3

Igualmente, comenzaba la planeación de las visitas, se realizaba tomando como base el diagnóstico de cada vereda, prefiriendo para la intervención a las familias de mayor riesgo. Todo bajo la supervisión

del profesional de enfermería, con énfasis en el programa materno infantil. Las visitas al año a todas las familias permitían monitorear el cambio o novedad en cuanto al riesgo y, de este modo, el promotor mantenía constantemente actualizado el diagnóstico de sus familias. Los procesos de coordinación, retroalimentación y capacitación continuada del equipo se realizaban en una reunión mensual, que permitía trabajar con base en el análisis de casos de la vida real.

"[...] ellas hacían una programación mensual, dependiendo de eso, las promotoras tenían que pasarme qué familias iban a visitar, si y yo les daba el aval, porque esta familia no es de alto riesgo, esta es de bajito, que pasó con esta, por qué me estás descuidando, claro que para alcanzar a supervisar a todas... Pero de alguna manera las reunía, hacíamos la presentación acerca de qué se había encontrado, me contaban los casos, mensualmente, eso sí había una reunión [...]". WY3

Proceso de formación y selección del recurso humano

Para hablar de eficiencia y efectividad del recurso humano que conforma los equipos de APS, debe reconocerse que los integrantes del equipo deben vivir en el municipio, ojalá sean del mismo municipio. Con esta premisa se resuelven desde el inicio los problemas de desplazamiento e incluso problemas de empatía con la comunidad. En los casos en que la cantidad de profesionales no es suficiente para el desarrollo de todas las acciones, trabajar con personal auxiliar, bajo la supervisión de profesionales, optimiza el recurso humano, manteniendo la calidad en las acciones en salud. Dentro de las características personales de la promotora se deben tener en cuenta la capacidad de liderazgo, inspirar credibilidad frente a su comunidad, exigente y consentidora de su comunidad. Los criterios de selección de profesionales, para los equipos de APS, deben contemplar el gusto por el trabajo con comunidad y la capacidad de reconocer la necesidad de innovar en las respuestas, superando los enfoques tradicionales de abordarlas.

Integralidad y funciones del equipo de salud

El trabajo de supervisión y acompañamiento de promotoras y auxiliares de enfermería, ejercido por los profesionales de enfermería, incluía trabajo en campo, donde se acompañaba y se verificaba directamente con las familias. Esta actividad le permitía al profesional de enfermería ganar habilidades para retroalimentar, supervisar y planear las acciones de acuerdo con el contexto y la particularidad de cada población.

“[...] entonces yo decía, te voy a supervisar el jueves y vamos a mirar; allá seleccionamos con qué familia voy a supervisar el trabajo del viernes pasado. Me iba casa por casa, y yo les decía a las familias, sí cuéntenme, ¿Ella vino? ¿Qué les dijo? Déjenme ver el carné, [...]”
WY3

La formación de líderes comunitarios en salud mejoró el grado de organización y apropiación de las problemáticas por parte de las comunidades, al igual que potenció el trabajo con las promotoras de salud y legitimó el rol de los dos integrantes frente a la comunidad y frente a las instituciones. De igual manera, la incorporación de los médicos en la estrategia APS, a pesar del número reducido de profesionales que permanecieron en la estrategia, logró responder a las canalizaciones generadas por las promotoras de salud y, en algunos casos, a la atención de enfermos que no habían accedido, así como el desarrollo de algunas acciones de educación colectiva en temas especiales; sin embargo, se reconoce la necesidad de trascender estas actividades y avanzar hacia un trabajo que supere las consultas individuales y se piense en un acercamiento más familiar o comunitario, empezando por las familias de alto riesgo.

Educación para la salud

En el marco del Plan de Atención Básica (PAB), las acciones de educación en su mayoría se realizaban con grupos conformados o grupos cautivos, como en los colegios o en los centros de trabajo. La labor fue efectiva por dos razones: la primera, por el apoyo de la institución en cabeza del gerente, cuando él estaba convencido de las

bondades de organizar la prestación de los servicios, bajo el marco de la APS, el respaldo era total y no había tanta resistencia para financiar el transporte, que era la mayor dificultad para trabajar en zona rural. La segunda estaba relacionada con la estrategia de convocatoria; es decir, la estrategia personalizada generaba mayor credibilidad que una convocatoria a partir de una carta de invitación.

Se reconoció la necesidad de elaborar indicadores de resultados e impacto, pues fue algo que no se realizó con las acciones Información, Educación y Comunicación (IEC), en el marco del programa de salud familiar, la inversión de recursos fue importante; sin embargo, no se conocen los resultados.

"[...] que es lo que nunca se ha validado, es algo que para mí... hay una cosa muy coja y es que la estrategia IEC de información educación y capacitación nunca la hemos medido, y gastamos muchísimo dinero". GB1

Principios de la APS: la intersectorialidad

Es importante resaltar que la labor de salud es y ha sido interpretada como una responsabilidad exclusiva del sector salud y el papel de los otros sectores es marginal e incluso se asume como un favor, lo vemos en la integración del sector educativo e incluso en los integrantes del equipo de medio ambiente. Esta concepción desconoce que la salud es el resultado de otros condicionantes que son propios de los estilos, las condiciones y los modos de vida; la mirada solo alcanza a concebir que proporcionando educación e información se resuelve el problema, dado que el problema de la enfermedad se atribuye a las mismas personas que no adoptan estilos de vida saludables, asumiendo que es solo una responsabilidad individual y de decisión de la persona.

Principios de la APS: la participación comunitaria

El profesional de enfermería tenía la responsabilidad de supervisar y orientar el trabajo del grupo de promotoras, y el énfasis

era el trabajo comunitario, según la orientación del programa ECAR en 1990. El trabajo de la promotora redundaba en la organización de la comunidad, había mayor cercanía de la población a los servicios de salud.

“[...] se notaba la gran diferencia entre aquellos que tenían promotora y entre los que no, como la organización comunitaria, la aproximación a los servicios de salud; de alguna manera, la empatía hacia los servicios de salud era totalmente diferente en aquellos lugares donde había promotoras, comparados con los que no tenían promotoras”. WY3

Igualmente, para ganarse el compromiso de la gente, era diferente cuando el proceso de acercamiento se hacía de manera personalizada, explicando el sentido de las acciones, pues cuando se hacía a través de otros medios como el perifoneo o las cartas, no era tan efectivo.

“Sí, yo iba y les mandaba una carta con la promotora diciéndoles ‘que el hospital regional de Monquirá, para ejecución de las acciones del plan de atención básica y ...en compañía con la alcaldía me permito invitarlos a un taller, no llegaba nadie, no, mientras que... tal vez esa fue la experiencia exitosa en San José de Pare, porque el médico era pareño y entonces sentía a su gente, el amor por su gente [...]”. WY3

APS en el marco de la Ley 100

Hay que analizar con detenimiento el enfoque financiero y eficientista que tiene la Ley 100, buscando alternativas de trabajo para posicionar la APS en el marco del SGSSS. Se tiene que mencionar que la estrategia de APS no fue trascendental en el momento de la imposición de la nueva ley de SGSSS, ya que no se nota ninguna acción de defensa o de reconocimiento, no hubo indicadores de impacto o de resultados que la hubieran soportado.

“La 412 tiene los indicadores que deben cumplir en promoción y prevención las ARS, las EPS sí, hay también, pero hay que hacer un seguimiento a esos indicadores, o sea, los indicadores no se quedan en el número frío, de hecho, nosotros que vimos con la estrategia de atención primaria y con el programa de salud básica cómo

incidieron en la disminución, eso viene de mucho atrás, usted sabe que para que yo disminuya una taza me demora 20 o 15 años". GB1

Es difícil de hacer operativa la mentalidad de un salubrista en el marco de la Ley 100. Ahora, con la incorporación de la APS se requiere que los profesionales que lideran la estrategia tengan una concepción amplia de la salud pública, para poderla enfocar bien.

"[...] esta estrategia de atención primaria tiene que arrancar con un componente muy fuerte de cambio actitudinal sí o no, de los mismos profesionales del área de la salud; yo ahora veo a mis colegas las enfermeras, su concepción es otra; sí, la vida ha cambiado y todo el cuento y uno no tiene que ser tan romántico, pero ya lo que es el trabajo puramente, porque es que el trabajo de atención primaria tiene que tener un trabajo comunitario muy grande, usted cómo concibe eso, la misma Alma Ata tiene sus postulados". GB1

La APS es una gran oportunidad para trabajar el enfoque preventivo del sistema de salud y mostrar su efectividad.

"[...] Pero igual hay que retomar, se me hace buenísimo que hayan vuelto a poner sobre el tapete la estrategia de atención primaria, porque creo que es la estrategia que puede con el desarrollo de un componente de promoción de la salud y prevención de la enfermedad realmente eficaz, no tanto como excelente, pero sí eficaz, o sea que se puedan mostrar resultados en el área de la atención primaria". GB1

4. CONCLUSIONES

La influencia directa de la Universidad de Antioquia y FUDESCO en la formación de salud pública de los profesionales de SESALUB, junto con un trabajo proactivo y propositivo, con MINSALUD, fueron elementos estructurales de la estrategia de APS en el departamento, donde la educación para la salud y el desarrollo de procesos comunitarios fueron una de las principales fortalezas; desde su inicio, antes de 1978 y se mantuvo constante hasta 1998, a pesar del cambio del sistema de salud en 1993, del SNS al SGSSS, y nuevamente toma la iniciativa en el año 2010, donde el posicionamiento político en la

asamblea departamental, se convierte en su principal respaldo para seguir avanzando.

Con la influencia mencionada en el párrafo anterior; principalmente de MINSALUD, se comprende la razón por la cual el tipo de estrategia APS, mayoritariamente desarrollada correspondió a la APS selectiva, donde el énfasis se hizo sobre el control de las enfermedades endémicas; principalmente en población materno infantil, con mayores necesidades y la responsabilidad de la salud como derecho humano, no se logró posicionar hacia otros sectores, razón para la cual aún sigue siendo un desafío de nuestro sector, junto con el fortalecimiento de las competencias en los niveles municipales; dado que, la mayoría de programas exitosos fueron de corte centralizado y liderados desde la secretaría departamental.

Cabe mencionar los contextos: histórico, político, cultural, económico y técnico que condicionaron directamente el proceso departamental, se muestra el enfoque familiar y comunitario como elementos fundamentales a resaltar, donde el beneficio en términos de equidad en salud estuvo a favor de los habitantes de zonas rurales, haciendo diálogo intercultural con parteras y comadronas, líderes y mujeres voluntarias que junto al papel protagónico de las promotoras rurales de salud fortalecieron el sistema de salud en un escenario de baja presencia de profesionales de la salud y en menor proporción de quienes les gusta realmente el trabajo comunitario y familiar.

El papel protagónico de los profesionales de Enfermería se visibiliza como un valor agregado en esta experiencia, desde los procesos de selección y capacitación del recurso humano, hasta los procesos de planeación, gestión, seguimiento, monitoreo y evaluación de la estrategia a nivel municipal, regional y departamental. En general los profesionales de enfermería con competencias clínicas, prevención de enfermedades, administrativas, políticas, de gestión, educación en salud, abordaje comunitario y enfoque familiar; ajustadas al contexto, lograron realizar un trabajo apropiado en el cuidado de la salud, integrando competencias del ser humano, con

las competencias técnicas, en un contexto de diálogo continuo entre la formación y la atención en salud; consecuencia de este trabajo se visibiliza en el desempeño de las promotoras rurales de salud, los equipos de salud básica familiar, los educadores en salud, parteras, comadronas y madres líderes del programa materno infantil, quienes desarrollaron su labor en un contexto institucional, sin mayores desgastes por falta de competencias del equipo interdisciplinar.

El cambio de perspectiva en la orientación del sistema de salud; con la ley 100 de 1993, debilitó el proceso, incorporando principios de la economía de mercado, donde las necesidades de la población en un contexto territorial pasaron a un segundo plano y se vuelve relevante la competencia por la venta de servicios de salud, donde las acciones del orden preventivo, de promoción de la salud y a nivel extramural, quedan subestimadas al igual que toda la estrategia de APS, y la facturación se convierte en el mayor incentivo del sistema, por encima de la salud y la vida de las personas. En este contexto, se genera un escenario propicio para la corrupción, donde el clientelismo político a nivel municipal ingresa con mayor fuerza en el sector salud, con participación de alcaldes y gerentes de las aseguradoras del régimen subsidiado, en la contratación del recurso humano en salud y en la definición de prioridades. La participación comunitaria se restringe a los aspectos relacionados con la prestación de servicios de salud (quejas y reclamos), abandonando las iniciativas de empoderamiento comunitario y desarrollo social.

Con la ordenanza 023 de 2010 se incorporan "la educación para la salud basada en el desarrollo de competencias de autocuidado y se retoma la idea de garantizar el acceso universal y equitativo a través de un modelo de atención APS-SF, en el tema intersectorial: formulación de políticas públicas en salud, desde los diferentes sectores involucrados en los problemas de salud, que favorezcan la equidad sanitaria, la salud ambiental para garantizar la dignidad y el derecho a la salud. Esta iniciativa podría convertirse en la carta de navegación política y técnica para continuar con el sueño de la estrategia de APS, "*salud para todos los boyacenses*".

5. REFERENCIAS

1. A., T. La sistematización desde la perspectiva Interpretativa. Sistematización de experiencias, Búsquedas recientes. En Aportes 2000 (págs. 23-37).
2. Bonilla Castro, E., & Rodríguez Sehk, P. El Proceso de Investigación Cualitativa. En E. Bonilla Castro, P. Rodríguez Sehk, & E. Uniandes (Ed.), Más Allá del Dilema de los Métodos 2000 (págs. 69-81). Bogotá: Norma.
3. Ordenanza 023 del Departamento de Boyacá, 2010.
4. Giovanni, A. I. La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS): Historia con igual raíz. (C. d. Públicas, Ed.) 2012 Polis (27), 1-11.
5. Martinic, S. Elementos metodológicos para la sistematización de proyectos de educación popular: la sistematización de proyectos de Educación Popular. En Aportes (págs. 41-52). Bogotá. 1987
6. Navarro, V. Alma Ata y la Institucionalización de la Atención Primaria de Salud. Recuperado el 15 de agosto de 2006, de <http://www.healthwringhts.org>. 1979
7. Declaración de Alma Atta: Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Ginebra. 1978 Organización Mundial de la Salud.
8. Carta de Ottawa, 1986 (Canadá). 1ª. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Ontario.
9. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos Futuros. Washington. OMS, OPS. 2003.
10. Promoción de la Salud: logros y enseñanzas extraídas entre la carta de Otawa y la carta de Bangkok y perspectivas para el futuro. 2006 OMS Washington.
11. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington. 2007 OMS OPS
12. Oscar, J. Tres Posibilidades de Sistematización. En E. Dimensión (Ed.), Sistematización de Experiencias: Búsquedas recientes. 2000 Bogotá.
13. Salud, M. d. febrero de 1993. Empresas Solidarias de Salud. CONPES SOCIAL.
14. Salud, M. d. 1993. Resolución N° 3480.
15. Tejada de Rivero, D. Historia de la Conferencia de Alma-Ata. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 64(3), 361-366. 2018.

16. Tejada de Rivero, D. A. Alma-Ata 25 años después. *Perspectiva de Salud*, 8(2). 2003
17. Tejada de Rivero, D. A. Lo que es la Atención Primaria de Salud: Algunas consideraciones a casi 35 años de Alta-Ata. *Revista Peruana de Salud Pública*, 30(2), 283-287. 2013
18. Torres, A. Enfoques Alternativos de Investigación Social. En A. Torres, *Aprender a Investigar en Comunidad*. Santafé de Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas de Unisur, 1995.
19. Vega Romero, R. Lo que se entiende por Atención Primaria Integral en Salud. En R. Vega Romero, N. Acosta Ramírez, P. A. Mosquera Méndez, & O. Restrepo Vélez, *Atención Primaria Integral en Salud: Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud* (págs. 35-52). Bogotá: 2009 Pontificia Universidad Javeriana.
20. Vega Romero, R. Orígenes y Desarrollos de la APS en Colombia. En R. Vega Romero, N. Acosta Ramírez, P. A. Mosquera Méndez, O. Restrepo Vélez, & A. d. Bogotá (Ed.), *Atención Primaria Integral de Salud: Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud* (págs. 53-82). Bogotá. 2009.
21. Zúñiga, M. L. Sistematización de experiencias significativas en Educación de Adultos. En *Aportes* (págs. 39-52). Bogotá. 2000.
22. Zúñiga, M., & Lehap, J. Sistematización de experiencias significativas en Educación de Adultos. En *Aportes* (págs. 39-52). Bogotá. 2000.
23. Zúñiga, M., & Lehap, J. Sistematización de experiencias en Educación de Adultos. En *D. Educativa, Sistematización de Experiencias: Búsquedas resientes* (págs. 40-52). Bogotá. 2000.

CAPÍTULO 6.

REVISIÓN HISTÓRICA DEL ORIGEN DE LAS MADRES COMUNITARIAS: RASGOS DE ADVERSIDAD EN EL CUIDADO DE LA VIDA³

Mayra Solanye Galindo Huertas
Enfermera Magíster Salud Sexual y Reproductiva
y Doctora Estudios Sociales. Investigadora GERCUS

Milena Alexandra Galvis López
Enfermera Magíster en Enfermería. Investigadora GERCUS

INTRODUCCIÓN

Durante la llamada década perdida, un cierto tipo de espíritu reformista se apoderó de los países de la región latinoamericana, cuyos gobiernos encontraron en las reformas dictadas por organismos multilaterales la única alternativa posible a las crisis que enfrentaban. Flórez, citando a Calderón, recuerda: “De manera irresponsable, los gobiernos de la región se apresuraron a aplicar los Programas de Ajuste Estructural exigidos por el FMI [Fondo Monetario Internacional] para refinanciar la deuda y supuestamente salir de abajo. En consecuencia, disminuyeron los servicios públicos

3 Este texto surge del trabajo “el trabajo de cuidado con la primera infancia y la lucha contra la pobreza. Narrativas de las madres comunitarias del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). “Durante el texto haremos uso de la letra X como estrategia lingüística de inclusión y postura en contra del sexismo y androcentrismo propios de la cultura patriarcal”.

(alcantarillado, agua, luz, etc.), aumentaron la delincuencia y las migraciones del campo a la ciudad, la urbanización precaria y la economía informal” (1, pág. 7).

El exponencial aumento de la pobreza y de la desigualdad durante los años noventa y las décadas siguientes fue el resultado de las decisiones de los gobiernos en favor del ajuste, que, paradójicamente, deslegitimaba la avanzada neoliberal. Como respuesta, grupos humanos (explotados, dominados o excluidos) en movimientos heterogéneos resistían reclamando alternativas a la forma en que se enfrentaba la crisis económica y social en Latinoamérica. Ante las crecientes manifestaciones de inconformidad, la agenda contra la pobreza fue instaurada como parte de la estrategia de contención para garantizar el legítimo establecimiento del modelo neoliberal que tocaba todos los ámbitos de la vida. Como parte importante de la lucha contra la pobreza se tejió un discurso que exponía la relación pobreza-violencia como foco del desorden, de la inseguridad y de todos los males que impedían que la región alcanzara el ideal de organización que ya habían logrado los países del primer mundo.

Para garantizar el derecho al desarrollo (2) —entendido desde una lógica capitalista, moderna y colonial— se recurrió a la participación de lxs pobres en la superación de su situación, de forma tal que personajes relegados o excluidos tuvieran un rol e hicieran parte del desarrollo, así, las mujeres también fueron llamadas a la participación comunitaria contra la pobreza, como parte de un remanente poblacional que no se había hecho partícipe y que había estado altamente afectado por la pobreza (3). Las mujeres y su socialización de género: para adquirir capacidades preventivas, educativas y productivas, aunada al sentido de solidaridad entre iguales, que parecían encarnar, y a los estereotipos femeninos: del instinto maternal, al afecto y a su posición de subordinación, configuraron un cuadro efectivo de este grupo para combatir la pobreza. Así las cosas, la mirada en clave de género del desarrollo traería consigo la consideración de la relación pobreza-mujer o feminización de la pobreza (4). Desde ahí las mujeres pobres se convertirían en un potencial contra la pobreza, un factor autoinmune de la pobreza,

que las políticas, planes, programas y proyectos gubernamentales buscarían utilizar.

Colombia, que además de las crisis económicas y sociales, atravesaba por una difícil situación política con la agudización del actuar de las guerrillas y el auge del narcotráfico y del paramilitarismo, se convirtió en espacio efervescente para tensiones políticas que el coloso del norte sabía que tenía que evitar. Siguiendo el recorrido trazado para los países del sur, se tomó la pobreza como el eje de la preocupación y se tejió la relación pobreza/desorden-violencia-inseguridad, entre otras, de ahí que el imperativo político y ético de los gobiernos de la década de los ochenta y subsiguientes establecieran, al menos en el discurso, el "asunto social" como su prioridad y como elemento preventivo a los desmanes políticos que el país enfrentaba (así se puede leer en los periódicos nacionales y regionales de la época).

Con el Gobierno de Virgilio Barco (1986-1990), el énfasis se hizo explícito a través de su plan de lucha contra la pobreza, plan que recibe el beneplácito de varios gobiernos internacionales y el apoyo del electorado. Bajo esta lógica nacen los Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB), un programa basado en la solidaridad de las mujeres colombianas como naturalmente cuidadoras, vecinas de la pobreza y pobres en sí mismas, que encarnaban el personaje propicio para ejercer el cuidado de lxs niñxs más vulnerables del país.

La emergencia del personaje madre comunitaria respondió a una suerte de coyuntura en la política social y económica nacional, así como en la vida de las mujeres colombianas en situación de pobreza, coyuntura que para los años ochenta se nombraba por las directivas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF como la filosofía del programa —"Ninguna persona puede estar mejor capacitada para atender a un menor que una madre, por eso creemos que el programa se debe apoyar en esa filosofía"— (5, 6) y que en los años noventa se pasó a llamar un "regalo de amor".

A partir de esta “filosofía” nace y se establece un perfil de cuidadora para el país, que durante casi dos décadas fue enaltecida por su empeño en hacer a bajo costo lo que la política social por sí sola no alcanzaba a realizar. Las mujeres que trabajan en los HCB bajo el eufemismo de madres comunitarias-voluntarias han atendido durante casi treinta años, en sus casas, a los niños vulnerables del país, y a cambio de esto han recibido una remuneración conocida como beca, pero nunca han sido reconocidas como trabajadoras del Estado, pese a la relación laboral que prima en la realidad (subordinación, pago, permanencia y cumplimiento de parte esencial del objeto del ICBF) (7, 8).

Los HCB como una política de Estado contra la pobreza desarrollados por mujeres, configuró una dinámica social que ha despertado el interés académico desde distintas perspectivas (feminización de la pobreza, la carga de la política social en las mujeres, la “corresponsabilidad” de las mujeres en la superación de la pobreza, los derechos laborales del trabajo de cuidado, entre otros); in embargo, han quedado ocultos los roles que, por un lado, las mujeres jugaron en la producción del programa, y por otro, el papel que el Programa ha fungido en la producción de las mujeres-madres comunitarias.

En este marco de tensiones, y a partir de estas luchas coyunturales evidenciadas en el presente, y como primer mecanismo de reconocimiento del trabajo de cuidado de las mujeres de los HCB, este artículo busca reconstruir la historia de *Cómo se originó el personaje madre comunitaria en el país*.

1. METODOLOGÍA

Este texto es de enfoque cualitativo, responde a una revisión documental que buscó comprender la manera en que los HCB funcionaban como un programa contra la pobreza, desarrollado por un grupo de mujeres a quienes se les atribuye una identidad específica, el “ser” madres comunitarias.

Es preciso recordar que “Dado que no se puede acceder directamente a los hechos pasados, precisamente por ser pasados y no presentes, es absolutamente necesario acceder a ellos indirectamente, y sobre todo mediante los documentos en que se narra o se da noticia de tales hechos” (9, pág. 58). Para esto, consideramos importante reconocer para Colombia y Boyacá, la producción del programa (actores, lógicas y condiciones socioeconómicas que lo generaron) y reproducción (modos que propiciaron y promueven la continuidad), por lo tanto, se hizo uso de fuentes periódicas (periódicos nacionales y regionales) que archivaban lo que el programa y sus actores han significado para el país. Además de los documentos producidos por organizaciones (normas, lineamientos, acuerdos, decretos) que formalizaron los HCB en Colombia.

El periódico nacional revisado fue *El Espectador* y los periódicos regionales fueron *Informativo Boyacense* (editado hasta 1987) y *Boyacá Siete Días* (editado desde 1993). Se recurrió a la Hemeroteca Nacional, a la Biblioteca Luis Ángel Arango y a la Biblioteca San Agustín (Tunja) para la consulta de los ejemplares. Fue en la segunda mitad de los ochenta donde empezó este recorrido, por ser 1986 el año de lanzamiento del programa, y terminó en el 2014, año en el que se dieron las más notables transformaciones de los HCB, gracias al establecimiento de la Política Nacional para la Primera Infancia de Cero a Siempre, vista por las madres comunitarias como una amenaza. Se seleccionaron un total de 700 noticias, cada una de ellas registrada en una base de datos creada en Excel y se analizaron a través de siete criterios de observación: Qué problema se reconoce. Qué invoca el discurso. Qué aspectos se hacen visibles. Qué aspectos se invisibilizan. Qué actores sociales emergen. Qué papel juegan las instituciones. Qué papel juegan las mujeres. Igualmente se trabajó con documentos como los planes de desarrollo, documentos del Departamento Nacional de Planeación y acuerdos, leyes y decretos, así como el material de capacitación a madres comunitarias publicado en 1990.

A partir de la lectura crítica y analítica de estas fuentes documentales primarias se organizó la información a través de la

categoría deductiva *Cómo se origina el personaje madre comunitaria en el país*⁴ y la categoría emergente *convergencia Mujer-Madre-Madre Comunitaria*, que permiten comprender los mecanismos de funcionamiento de combate a la pobreza y de producción del género inscritos en el programa HCB.

2. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según las disposiciones de la Resolución 8430 de 1993, para la investigación en salud en Colombia. Según el artículo 11, este trabajo se clasifica dentro del riesgo mínimo dado que es una investigación de tipo documental, en la cual el insumo principal fueron fuentes primarias y secundarias. Así mismo, las autoras declaran que no hay conflicto de interés y que la información recolectada es utilizada con fines estrictamente académicos y bajo el respeto de los derechos de autor.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la década de los años ochenta se apostaba por la lucha contra la pobreza. Desde ahí, y acogidas a los lineamientos del Banco Mundial (BM) y del Fondo Monetario Internacional (FMI), las propuestas de los mandatarios latinoamericanos proyectaron la idea de que el desarrollo económico fundado en la acumulación generaba paralelamente bienestar social y eliminación de la pobreza. Bajo esta premisa, el expresidente Virgilio Barco (1986-1990) hizo de la erradicación de la pobreza absoluta el centro de su Plan Nacional de Desarrollo “Economía Social 1986-1990” (10), y como parte de este, desarrolló la política social de atención a la primera infancia, con el programa de Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB) (5, 7).

4 Esta es una de las categorías que resultado del trabajo Galindo Huertas, S. El trabajo de cuidado con la primera infancia y la lucha contra la pobreza. Narrativas de las madres comunitarias del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)

Desde su inicio, el programa HCB contó con la participación de un grupo de mujeres denominadas Madres Comunitarias (MC), que con su trabajo de cuidado "voluntario" y la cesión de espacios en sus casas permitieron, y hasta la fecha han permitido, instaurar en la cotidianidad de los barrios del país, la modalidad de los Hogares Tradicionales (familiares) de Bienestar. Como beneficiarias y trabajadoras del programa, las mujeres madres comunitarias parecen responder a un perfil designado: mujeres que prestan sus casas, ubicadas en un barrio o sector de alta vulnerabilidad, preferiblemente madres, pedagogas, con liderazgo y con altas cualidades humanas, que realizan un trabajo solidario como contribución voluntaria al desarrollo, trabajo por el cual se les otorga un reconocimiento económico o beca (11, 12, 13).

En cierto grado, el perfil desde el cual se configuró a la madre comunitaria representa la lógica de las políticas de desarrollo de la época. Por un lado, se consideró que el programa por sí solo traería mejores condiciones de vida para las mujeres en cuanto beneficiarias y, por ende, sus impactos no necesitarían ser medidos ni evaluados. Por otra parte, se asumió que las mujeres madres comunitarias del país respondían a las normas y valores señalados en el perfil, es decir, se pensó en estas mujeres como una población pobre, homogénea y unívoca, cuyo único interés era el cuidado de los niños y niñas. Aun así, pese a la centralidad que parecen tener las cuidadoras en el programa, las mujeres (como sujetos de derechos, agencia, potencialidades y transformación) han sido sistemáticamente ignoradas o reducidas al rol de beneficiarias-trabajadoras del programa. Durante 30 años de existencia de los Hogares Comunitarios de Bienestar apenas se ha escuchado y visibilizado este grupo de cerca de 69.000 mujeres, solamente, de manera preponderante, en 2012 se hacen sentir (sin negar que ya se habían hecho otros ejercicios de presión y lucha) a través un primer paro nacional y en adelante en el 2014, 2015 y 2016 cuando básicamente se solicitaba al Gobierno nacional reconocer el trabajo de cuidado que se realiza en el programa, como un trabajo digno y de reconocimiento económico. Estas situaciones despertaron la indignación de muchos sectores y el posicionamiento de la Corte Constitucional (8, 14) para el reconocimiento económico y laboral

del trabajo de cuidado, aunque también la incomodidad y negativa del ICBF y del Gobierno mismo para hacer efectivo lo solicitado por la Corte.

Las actuales exigencias de las mujeres cuidadoras comprenden una serie de demandas atadas a una heterogeneidad de circunstancias que revelan la negación, subordinación e invisibilización, así como la representación instrumentalizada de las mujeres y de la pobreza en la historia colectiva del trabajo de cuidado en los HCB en el país. De ahí que la indiferencia sistemática de las circunstancias en las que se constituyen las cuidadoras de la primera infancia en el país y las precarias condiciones en las que se ejerce el trabajo de cuidado en Colombia, hoy dan cuenta de perversas consecuencias, mujeres quienes por treinta años han aportado su trabajo a la nación mueren en abandono, envejecen o enferman sin la dignidad pensional, derechos de lxs trabajadores del Estado, y lo que es peor, nos enfrenta a la crisis que prevalece en el trabajo de cuidado, pese a los compromisos internacionales y a la normativa que Colombia hoy anuncia como protectora de las mujeres trabajadoras y sus familias (15).

3.1 Cómo se origina el personaje madres comunitarias

Sería erróneo afirmar que descargar en las mujeres la tarea de ocuparse de los pobres fue un signo de la década de los años ochenta. Desde antes, organizaciones de mujeres, en su mayoría impulsadas por personas de las clases altas o por religiosos, asumían esta labor debido a la identificación y “natural” sensibilidad de la mujer frente al cuidado y la protección de los más débiles, fenómeno que Bustelo, citado por Agrest (16), llamó “feminización de la política social”, personificado en la figura de la primera dama en la mayoría de los países de Latinoamérica.

Las modificaciones que sobre el tema se dan en los años ochenta responden a la necesidad de reactualización de este tipo de organizaciones caritativas; sin embargo, lo que realmente se dio fue un entrecruzamiento, cuando no paralelismo, entre la caridad y la acción

privada, como socios del Estado y de su política social. Esto trajo consigo híbridos como productividad-voluntariado, agente social emprendedora-beneficiaria, autogestión-participación comunitaria, créditos-subsidios-donaciones, entre otros, que caracterizaron el discurso de la política social en esa época.

Contando de antemano con la "feminizada política social", esta se hacía extensiva a todas las mujeres. Ya no solo eran las damas de "bien" y de las clases altas inspiradas en la caridad religiosa las que asumían el tema, sino que se aprovechaban la sensibilidad, solidaridad y actitud de cuidado de todas las mujeres, ahora aunadas a la idea de forjar una ética del trabajo (17). Esto se manifiesta en la vinculación del trabajo reproductivo, especialmente el de cuidados, como "una suerte de 'transferencia gratuita', un subsidio de los hogares al sistema en su conjunto" (18, pág. 146).

Una de las formas en que se cimentó la transferencia gratuita en Colombia se evidencia en la explicación que daba Jaime Benítez Tobón, director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en 1986, sobre las ventajas del Programa Hogares Comunitarios, apuesta del Gobierno Barco en su política social: "si se logra vincular económicamente a 100.000 madres de familia que reciban compensación económica por sus servicios, se está generando una considerable cantidad de nuevos empleos en el sector femenino que atiende mejor las necesidades familiares" (6, pág. 60).

La propuesta de Benítez resulta atractiva para Barco, razón por la cual en el marco del CONPES 2278 de 1986 se inscribió el proyecto Hogares Comunitarios de Bienestar como una estrategia para atender a la población infantil más pobre dentro de la misma comunidad, con una característica muy particular e innovadora: en esta oportunidad serán amas de casa comunes y corrientes quienes, luego de ser debidamente capacitadas por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, tendrán en su propia casa un grupo no superior de 15 niños que recibirá todos los cuidados y atenciones que se les ofrece a los pequeños en los jardines del Instituto (19).

Eloísa del Castillo Matamoros (5), hace un interesante recorrido sobre el origen del programa Hogares Comunitarios de Bienestar, inscrito en el Gobierno de Barco como su programa social y, posteriormente, como política pública para atención de la primera infancia. La autora identifica tres factores favorecedores de la ventana política que permitió el surgimiento del programa: “el primero de ellos, considerado factor negativo para el mismo ICBF, fue la Ley 55 de 1985; el segundo, la tragedia de Armero; y el tercero, el Plan de Lucha contra la Pobreza Absoluta del gobierno de Virgilio Barco (pág.138).

La creación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, durante el Gobierno de Lleras Restrepo y por la iniciativa de la entonces primera dama, Cecilia de la Fuente de Lleras, es un punto de inflexión en el modo de atender las necesidades de la población infantil en el país; en el artículo 50 de la Ley 75 de 1968, que creó esta entidad pública, se dictamina que sus fines esenciales son “los de proveer la protección del menor y, en general, el mejoramiento de la estabilidad y del bienestar de las familias colombianas”, fines vigentes y declarados actualmente por el ICBF.

En la Ley 75 de 1968, el ICBF aparece concebido como la respuesta del Estado colombiano a la problemática que plantea la familia inestable y desintegrada lo mismo que la niñez abandonada (20), así como a la creciente vinculación de las mujeres al mundo laboral, que las obligaba a dejar a sus hijos bajo el cuidado de otras mujeres en sus sectores habitacionales (21); sin embargo, las respuestas que el ICBF da a la necesidad de atención a lxs niñxs carecían del impacto esperado por su baja cobertura, altos costos e insuficiencia frente a la alta demanda del servicio que prestaba el Instituto. Este último era uno de los principales problemas: “la deficiencia en cobertura llegó al punto que hacia 1984 no alcanzaba a beneficiar ni al 10% de la población infantil potencialmente vulnerable” (5, pág. 114).

En 1985, cuando se dicta la Ley 55, que en su sección segunda asigna nuevas funciones al Instituto mientras reduce su presupuesto,

el ICBF se ve obligado a ampliar la cobertura de sus servicios, lo que desata una crisis que genera reacciones en muchos sectores. Esta ley se convirtió, según Del Castillo (5), en uno de los factores que llevarían al nacimiento de los Hogares Comunitarios, lo cual, conjugado con la tragedia de Armero, en noviembre de 1985, pondría al ICBF en el punto de mira de todxs.

La tragedia de Armero ha sido uno de los episodios más crudos de la historia del país, y sin el ánimo de ser reduccionista en cuanto a las implicaciones que este episodio tuvo y tendrá para lxs colombianxs, Armero permitió la recuperación del ICBF ante la opinión pública. Del Castillo (5, pág. 143) relata que "la percepción de la gente era que el 'reencuentro' no se había dado solo entre las familias damnificadas, sino también entre la Nación y el ICBF", ya que el Instituto había actuado eficazmente ante la tragedia al reubicar y amparar a los niños con sus familias o familiares más próximos, mientras muchas de las instituciones del Estado no estuvieron preparadas ni respondieron ante la magnitud del evento.

El último de los factores que forman la ventana política de los Hogares Comunitarios, reportado por Del Castillo (5), es el Plan de Lucha contra la Pobreza que el presidente Barco se propuso; básicamente, según José Granada en el reportaje de Rodríguez "[el Plan] es una estrategia montada sobre seis bases: bienestar de la mujer y del niño en el hogar; mejoramiento de los asentamientos humanos; fomento del empleo; suministro económico de bienes básicos; salud básica para todos y universalización de la educación primaria" (22, pág. 6) Los dos aspectos resaltados en lo dicho por Granada son, esencialmente, las ventajas que, según Barco, se han obtenido en los Hogares Comunitarios de Bienestar, a través del trabajo de las mujeres de la comunidad y del préstamo de sus casas. "Guarderías manejadas por las vecinas del barrio", era como titulaba Munévar (23, pág. 4), su impresión sobre el programa.

Por otro lado, el creciente protagonismo de la participación comunitaria y de las mujeres en el desarrollo y en las políticas contra

la pobreza son factores de la ventana política para el nacimiento de los hogares comunitarios, que Del Castillo no trabaja en su texto, pero que son innegables a la hora de analizar su origen y su continuidad hasta hoy, y que interesa destacar en este texto.

Los HCB u Hogares Populares fueron una alternativa que el Gobierno logró consolidar como programa social de las comunidades más vulnerables del país; un programa diseñado para que pudieran acceder como sector. Con este enfoque parecía darse paso a la participación comunitaria en la resolución de sus propios problemas por medio de la solidaridad entre ellxs. Desde la óptica de Lo Vuolo, este programa cumple con el objeto de lucha contra la pobreza, que no “busca la superación del problema sino encerrarlo en un espacio social delimitado y codificado de forma tal de ampliar los márgenes de tolerancia social y evitar así que altere el normal funcionamiento de la parte ‘sana’ de la sociedad” (24, pág. 14).

Como de costumbre, es la figura de la primera dama la que asume la gestión de los asuntos sociales, y aparece como gestora de este proceso Carolina de Barco, quien, a finales del mes de febrero, anuncia el nacimiento de los Hogares Comunitarios. *El Espectador* reproduce la alocución televisiva de la primera dama, que vale la pena citar detalladamente:

El programa busca llegar a una población de 1 millón 300 mil menores desprotegidos, a través de la labor de cien mil madres que serán capacitadas para atender, en sus propias casas, a infantes del vecindario [...] el nuevo plan no requerirá de inversiones en nuevas construcciones y contribuirá además al programa de “Erradicación de la Pobreza Absoluta”, generando para esas cien mil madres nuevas fuentes de empleo. [...] la selección de las madres que ejercerán las funciones de directoras de los hogares infantiles se hará teniendo en cuenta la opinión de la comunidad y las capacidades innatas que demuestren las posibles candidatas. “Claro que no se va a exigir que sean graduadas de universidad, sino que humanamente, por inteligencia, interés y cariño a los niños, se elija la persona más adecuada”, dijo. Posteriormente se darán a las madres cursos de entrenamiento y su labor, según las necesidades y el funcionamiento del hogar, será remunerada. [...] La Primera Dama expresó la preocupación por el grado de abandono en que

se encuentra la mujer colombiana. A este factor atribuyó también las precarias condiciones en que viven cerca de un millón y medio de niños menores de cinco años. Anotó que “un niño que no reciba adecuada nutrición en los primeros cinco años de su vida, queda retrasado física y a veces mentalmente. Es de suma urgencia llegar a estos niños y crear una generación con posibilidades de ser personas normales que llevan una vida plena y las condiciones adecuadas para trabajar y ser un ciudadano útil”. [...] En todas las etapas se trabajaría con la comunidad, por ejemplo, con los padres de los niños que estén en un hogar. Se va a formar una junta y ellos estarán pendientes de que se les trate bien y se alimenten [...] esperamos que sea la comunidad capaz de resolver sus propios problemas” [...]. A lo largo de su intervención, Carolina de Barco destacó el apoyo que su programa ha recibido por parte del jefe del Estado, porque sus características encajan dentro del principal planteamiento de actual gobierno (25).

El ICBF y el gobierno de turno, con la asesoría y apoyo de la UNICEF, a la par que encontraban una manera de focalizar a las mujeres pobres del país como beneficiarias del programa, atendían a la primera infancia con alta cobertura y bajos costos, gracias al aporte comunitario que implicó la labor naturalizada del cuidado y el uso de las viviendas de las mujeres adecuadas a través de préstamos (\$100.000 para cada residencia) del Banco Central Hipotecario (26, 27).

El impacto económico de esta adecuación de viviendas, en cambio de realizar edificios grandes (28), y el pago de una beca al trabajo aportado por las comunidades —léase mujeres— le dieron al programa de HCB un reconocimiento nacional e internacional. No habían pasado tres meses desde el anuncio del programa cuando ya se presentaba como un éxito. A raíz de la visita de la primera dama, acompañada del expresidente Lleras y de Benítez Tobón, a algunos “hogares populares” en Cali, se hablaba de los efectos del programa en la población, se mencionó la recuperación nutricional y psicológica de lxs niñxs, que se hacían evidentes según el diario, por la fluidez y no timidez de lxs niñxs al hablar y por los trabajos manuales que habían realizado (6), dejando en claro la presunción de que antes del programa lxs niñxs “marginados” (así se nombran en el artículo) carecían de esta capacidad. Adicionalmente, se hablaba de

los beneficios que obtenían las mujeres al poder ayudar a sus maridos con los ingresos del hogar y de las mejoras que podían hacerles a sus hogares gracias a los préstamos que les entregaba el programa (\$100.000 por residencia). El programa, aparentemente, se convertía en una cascada de beneficios sin mayores reparos, y como Eduardo Sarmiento afirmaba —refiriéndose al Plan de Lucha contra la Pobreza de Barco— “al punto de que hoy en día lo único que puede mostrarse en forma concreta es el programa de Hogares de Bienestar Infantil” (29, pág. 5).

No tardó mucho Colombia en recibir las visitas de las primeras damas de otros países de la región, como Venezuela y Ecuador, que querían conocer el programa y su funcionamiento basado en la acción comunitaria, para implementarlo en sus países (30, 31). También la UNICEF, que había prestado asistencia técnica y financiera al programa, lo acogió y reconoció como el más eficiente de la política social (32, 33), mientras que el Banco Mundial recomendaba su impulso en países en desarrollo, pues “ofrece servicios de alimentación complementaria y de guardería a los niños de las comunidades pobres, y al mismo tiempo sirve para educar y capacitar a las madres” (34).

El promulgado éxito del programa dio paso a que en 1988 se aprobara la Ley 89, en la que se incrementaba el presupuesto del ICBF a través del valor de la nómina mensual de salarios, aumento que se destinaba exclusivamente para el funcionamiento de los Hogares Comunitarios. El apoyo que recibía el programa nos permite medir la trascendencia que tuvo en esa época y su impacto en la política social y en la lucha contra la pobreza que Barco se había propuesto. Con esta actividad se combatía en todos los flancos que el programa del presidente había señalado: empleo, participación comunitaria, autoconstrucción, subsidio y servicios básicos a la vivienda, entre otros, y se aseguraba su continuidad en 1989:

Algo más de 100.000 madres comunitarias, 10 mil juntas directivas de asociaciones de padres de familia, 30 mil proveedores de hogares, 10.000 autoconstructores para la adecuación de 100.000 hogares,

407 mil niños por atender y 300.000 padres de familia, miembros de la comunidad vinculados a las asociaciones de padres; conforman el grupo objetivo para que el programa continúe funcionando en manos de la comunidad, como hasta hoy se está realizando (35, pág. 10).

El funcionamiento de los HCB lo podemos apreciar a través del Acuerdo 21 de 1989 del ICBF y de las cartillas que fueron usadas para la formación permanente a la comunidad (36). A partir de estos documentos podemos ver que el programa HCB hacía parte de los procesos de descentralización de los servicios prestados por el Estado para asegurar la atención a los niños y niñas en edades de 0 a 7 años. Igualmente, invocaba la necesidad de asegurar la responsabilidad de la familia, la organización de la comunidad y su capacitación, con la colaboración del Estado y la coordinación de servicios de entidades públicas y privadas para atender a lxs niñxs "y proporcionarles comidas y Bienestarina" (34).

El marcado acento de solidaridad y participación comunitaria y el aporte del ICBF para el funcionamiento de los hogares, confluyen en una nueva figura reconocida como un agente social colectivo, bajo el título de Asociaciones de Padres de Familia de Hogares Comunitarios de Bienestar, quienes en adelante administrarán directamente los recursos (37). Las Asociaciones, tal como lo que estipula el Acuerdo 21, debían tramitar el reconocimiento de su personería jurídica por el ICBF (36) y elegir una junta directiva que representara la asociación y administrara los recursos del programa, estableciendo así la manera en que se daba la organización y participación de la comunidad, a partir de la demanda y de las necesidades del ICBF para manejar su naciente iniciativa de cuidado y nutrición a la primera infancia: "La instalación de juntas administradoras de padres para manejar los hogares de bienestar en todo el país, fue considerada una prioridad para lograr el éxito total de este programa social que adelanta el Instituto en favor de la niñez colombiana" (38, pág. 10).

Pese a que las asociaciones se forman por intervención directa del ICBF, este se asegura de involucrar a la comunidad "en

concordancia con la reestructuración del Instituto dejando de ser una entidad paternalista y asistencialista” (39). De ahí que se estipulara que los recursos del programa, provenientes del Gobierno nacional, cuotas de participación de los padres de familia, trabajo solidario de la comunidad, aportes de personas y entidades privadas fueran administrados directamente por la comunidad, a través de las Asociaciones de Padres de Familia. De acuerdo con Di Virgilio:

Las intervenciones estatales tienen una importante capacidad para regular el acceso a recursos [...] se pone en evidencia en la forma en la que se distribuyen estos recursos, pero también en las modalidades que las distintas agencias públicas adoptan para gestionarlos.[...] Cuando se analizan las modalidades que se adoptan para la gestión de dichos recursos, surge claramente la importancia de los colectivos o formas de organización social que son impulsados y/o convocados por los diferentes programas públicos para la gestión de los recursos. La forma que adquieren estos colectivos y sus características [...] constituyen también un importante factor de heterogeneización del campo popular. ¿Cómo? Fundamentalmente habilitando (o no) la autonomía de esos colectivos y/u organizaciones sociales y generando (o no) condiciones para gestionar los conflictos que necesariamente atraviesan su desarrollo (40, pág.182).

La mano invisible del Estado en el surgimiento de las asociaciones que el ICBF requería para el funcionamiento de los hogares comunitarios, fue tomando forma a través de los contratos de aportes que el ICBF celebra con estas entidades sin ánimo de lucro para el cumplimiento de sus objetivos misionales, y por medio de los manuales operativos que norman el funcionamiento de estas asociaciones una vez contratadas por el ICBF. En concreto, los contratos de aporte otorgaron la facultad al Instituto Colombiano de Bienestar de brindar el servicio público de bienestar familiar, a través de “proveer a una institución de utilidad pública o social de los bienes indispensables para la prestación total o parcial del servicio, actividad que se cumple bajo la responsabilidad de la institución, con personal de su dependencia, pero de acuerdo con las normas y el control del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar” (41, pág. 1). En adelante, el ICBF delega parte de las funciones que le corresponden para garantizar el bienestar de la primera infancia y cede

la responsabilidad a las comunidades organizadas, convirtiéndose apenas en la figura de proveedor y vigilante del cuidado de lxs niñxs.

Otro de los aspectos que aseguraba la participación comunitaria era el apoyo que debían prestar los padres/madres de familia en el cuidado de sus hijxs en el Hogar Comunitario: "como se trata de que cada quien ponga de su parte para el buen desarrollo de la tarea propuesta, un miembro de las familias [...] deberá contribuir como auxiliar, periódicamente, en las labores propias del servicio" (42, pág. 1).

La participación de las madres o familiares usuarixs del programa entraba en tensión con el supuesto de que estos hogares acogían a niñxs de "mamás que tiene que salir en busca del trabajo remunerado, tranquilizadas por la seguridad que les da saber a sus hijos a buen recaudo [...] [sic]" (42, pág. 1). Las guarderías infantiles no han sido solo una herramienta para la nutrición y cuidado de lxs niñxs, sino que también eran una de las necesidades apremiantes para las mujeres que salían a trabajar, por lo que su existencia era recomendada, además, como parte de las políticas de conciliación entre trabajo reproductivo y productivo (43-46), así lo señalaba el expresidente Lleras, después de la visita que realizó a los Hogares Comunitarios de Aguablanca, Cali "las mujeres que tienen que trabajar fuera del hogar pueden ahora estar seguras de que sus hijos están siendo bien atendidos en un ambiente que no les es extraño, no en los "asilos" que les daban la sensación de hallarse prisioneros" (47, pág. 8).

Entre la participación comunitaria, la reglamentación del ICBF, las políticas de apoyo al programa de HCB se convierten en el marco perfecto para dar continuidad a la atención comunitaria a la primera infancia. Así, se sostiene entonces a la aparente responsable de este cuidado, una mujer que lograba conciliar el trabajo de cuidado con el trabajo remunerado que representaba en la política de pobreza con el aporte comunitario que se ufanaba el programa de tener.

3.2 Convergencia mujer-madre-madre comunitaria

La convergencia mujer-madre constituía la filosofía del programa basada en la naturalizada labor de cuidado de las mujeres —por su capacidad biológica de dar a luz y amamantar—, que además fundamentó la división sexual del trabajo y la reproducción de roles de género. Estas ideas se han interiorizado de tal forma que las mujeres cuidadoras, actualmente, siguen siendo descritas desde un rol maternal y no desde su rol como trabajadoras de un servicio público del Estado.

Las madres comunitarias del Programa Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar son mujeres que asumen libremente y de manera voluntaria la función de brindar el cuidado y la protección de los niños y las niñas durante ocho horas diarias por cinco días a la semana, desde la comodidad y servicios presentes en sus propios hogares. Su rol se relaciona con el de proveedora temporal de afecto y cuidado a los niños a través de acciones de refuerzo en su aprendizaje, en valores y cuidados relacionados a [sic] la nutrición y el bienestar general (48).

De esta manera, se supone que el trabajo de las madres comunitarias coincidía con lo que Maurás (49) llama la función formadora de la familia. Lo que se pretendía era que las mujeres extendieran sus prácticas de madres a lxs niñxs a quienes por distintas circunstancias su entorno familiar les había fallado: a los marginados, abandonados, desnutridos y consumidos por la miseria, quienes serían atendidos como en su propia casa (42) en otras casas de sus barrios, en las de sus vecinas, tal como concluye Buchely:

En este sentido, las madres comunitarias encarnan lo público cuando redistribuyen tareas relacionadas con el trabajo reproductivo, socializan el trabajo de cuidado de los hijos, distribuyen el cariño y el afecto materno que se suponían privados [...] Lo interesante del caso es que, una vez la iniciativa privada solidaria fue apropiada por el Estado, las agentes del cuidado convirtieron inmediatamente su labor y sus hogares en espacios de reproducción de lo público estatal. Lo “público”, entonces, sustancia y adjetiva, al mismo tiempo, unas relaciones y un espacio hasta antes privados (50).

En 1988, el Programa ya hacía parte de la vida cotidiana de los barrios en pobreza absoluta del país: 13.000 millones aportados por UNICEF se sumaban al presupuesto nacional destinado a los Hogares de Bienestar. En mayo de ese mismo año se aseguraba que "hoy por hoy, no hay un solo departamento, intendencia y comisaría, a donde su cobertura no haya llegado" (32).

Mientras el Estado subsanaba el gasto público, incluyendo a la mujer como madre comunitaria en el programa, paralelamente las aseguraba como beneficiarias al "brinda[r] capacitación a las madres y educa[r] para lograr un mejoramiento en sus condiciones de vida, a la vez que les garantiza un ingreso familiar" (33); sin embargo, igual que el trabajo de cuidado "de las amas de casa comunes y corrientes" (19), el éxito de las madres comunitarias parecía darse a través de su actividad silenciosa, afectiva y efectiva en favor de lxs niñxs desfavorecidxs, por lo que su vinculación solidaria al programa fue básica en la consolidación de la figura de la madre comunitaria.

Bajo denominaciones como amas de casa comunes y corrientes capacitadas, madres capacitadas, vecinas solidarias o madres jardineras y el mismo madres comunitarias, se buscaba resaltar la solidaridad de las mujeres y su don de amor maternal: "no necesita saber leer para educar a sus menores, porque con cariño, abrazos y mucho amor, ha logrado como en todos los hogares comunitarios, socializarlos y hacerlos feliz" (51). Pese a la beca otorgada por "su gran ayuda", la participación de las mujeres desde siempre estuvo dotada del aura de voluntariado, a partir de la cual se irradiaban otras características que acompañaban la imagen de madre solidaria del país (52).

Los criterios enumerados por el CONPES, junto con las referencias que se hacían sobre las madres comunitarias en la prensa nacional, ayudaron a delinear su perfil: mujer que presta su casa, ubicada en un barrio o sector de alta vulnerabilidad; preferiblemente, madre, pedagoga, con liderazgo y con altas cualidades humanas, para que realice un trabajo solidario y voluntario al desarrollo del

servicio, por lo que se le otorgará un reconocimiento económico o beca (11-13). El perfil maternaliza el trabajo de cuidado —a pesar de que hable de personas, siempre se antepone la categoría de madre—, además, dota a las madres de altas cualidades humanas y espirituales, que producen una imagen identificada como madre comunitaria funcional al programa y a la lucha contra la pobreza. Las madres comunitarias como fuerza de trabajo idónea, eficaz y barata, que cumplieran su tarea más que como beneficiarias del programa, como recursos de él, se convertían en las reproductoras de la política social del gobierno, de manera dinámica, asociada, participante y solidaria, allí donde el Estado había permanecido ausente.

Entre los años 1990 y 1998, los Hogares Comunitarios de Bienestar se presentaban como un programa instalado. Los dos periodos presidenciales, más explícitamente el de Samper (1994-1998), señalaban algunos puntos de mejora, pero ninguno de los dos presidentes tenía intenciones de moverlo de su cómoda posición de éxito nacional en la lucha contra la pobreza y un modelo internacional (53).

Las madres comunitarias recibían beneficios como ecos de reconocimiento, uno de ellos fue la vinculación a la seguridad social (derecho exclusivo para lxs trabajadorxs) sin que ellas contaran con un vínculo laboral formal: “A través de la inscripción en el seguro de enfermedad y maternidad se favorecerán las madres comunitarias de los Hogares de Bienestar Familiar en todos los municipios del país. La afiliación se realizará de manera especial, por cuanto las beneficiarias no poseen vinculación laboral en ninguna entidad pública o privada” (53-54).

Por lo tanto, el programa fomentó la responsabilidad de las mujeres pobres, sin empleo y con dificultades para conseguir trabajo, en la maternidad social, facilitando la conciliación de tiempos productivos y reproductivos de otras mujeres. Además, pese a negar el enfoque paternalista, este se manifestaba en todas sus dimensiones, ya que entregaba la responsabilidad de cuidado a las mujeres no

productivas económicamente, mientras el ICBF se encargaba de la planeación, alimentación, reglamentación y funcionamiento del programa. El no trabajo que denota la labor de las mujeres al ser significado desde el instinto maternal es común en las referencias que se hacían sobre las madres comunitarias. Esta denotación facilitaba el voluntariado de las mujeres en el programa, es decir, si de alguna forma el instinto no fuera el vínculo de las mujeres con el programa, no podría sostenerse el voluntariado que ellas ejercían con lxs niñxs, así lo deja ver la reglamentación actualizada del programa (55).

Así, durante los primeros diez años de funcionamiento del programa, el trabajo voluntario y solidario de las madres comunitarias, afianzado en el discurso de los administradores de los HCB, mantuvo la discriminación salarial (común a muchos de los trabajos realizados por las mujeres) y culpabilizó a las mujeres madres comunitarias por no ser simplemente "buenas madres" (12). Dada la premisa de altruismo y sacrificio que subyace en el trabajo de cuidado, se supone que los beneficios percibidos por las mujeres se centran en la satisfacción de ser madres, aunque se aseguraba, en un principio, la necesidad de algunos estímulos para mantener la voluntad de las mujeres:

La labor social que desarrolla la madre comunitaria, la hace merecedora de grandes beneficios. Uno de ellos es que su trabajo lo realiza en su propia casa. Así mismo, la madre comunitaria está autorizada para utilizar toda la dotación que le entrega el ICBF, recibe una beca (alrededor del 60 % del salario mínimo) y tiene derecho a asistir gratuitamente a la capacitación que ofrece el bienestar (56).

En varias ocasiones se supuso que el mayor beneficio para las madres comunitarias era la figura conciliatoria entre trabajo productivo y reproductivo, que consistió en que ellas asumieran ambos trabajos en el mismo espacio, trabajo en domicilio (20), situación que se esperaba terminara solapando las características del trabajo productivo y revelando las del trabajo reproductivo, el híbrido madre-hogar-comunitario, sin límites aparentes (afectivos por lo menos), promovía que las mujeres pudieran distribuir

“salomónicamente el amor hacia sus hijos y hacia los niños que conviven en los hogares comunitarios” (57).

Pese a la insistencia en las bondades del trabajo reproductivo-becado de las madres comunitarias, durante los primeros años de la década de los noventa se empezaron a hacer evidentes las luchas de las mujeres cuidadoras para obtener un salario digno como retribución a su labor, entre otros reconocimientos, haciendo visible la insatisfacción de las voluntarias al empezar a defender sus derechos.

Durante 1991 y 1994 (58-62) se reportaron varias movilizaciones de madres comunitarias, algunas fueron tituladas por *El Espectador* como: Protestas de madres comunitarias (1991); Madres Comunitarias paralizaron la ciudad (1993); Las madres comunitarias siguen la lucha (1993); Posible acuerdo con las madres comunitarias (1994); De nuevo inconformidad de las madres comunitarias (1994). Las peticiones de las mujeres tuvieron resonancia y algunas mujeres vinculadas a la política acompañaron su lucha con el argumento de que el trabajo que ellas realizaban debía reconocerse y remunerarse como el de cualquier trabajador en el país.

Sin embargo, mientras una legislatura otorgaba derechos, otra los negaba, en un juego de fuerzas cuyos únicos perjudicados eran los llamados beneficiarios. Según el director regional del ICBF (Boyacá 1995) José Antonio Rubiano: “A pesar de las bondades de la ley 100 o de seguridad social, las madres perderían algunos derechos adquiridos desde 1992, por la reforma tributaria” (63). El derecho a la salud y otros derechos de las madres comunitarias pertenecían al limbo que se fabricó una vez se les consideró como beneficiarias-voluntarias-agentes-becadas del programa HCB. Concretamente, sus derechos se sometían a la tensión que se daba entre su vinculación como “buenas madres” y la pretensión de convertirlas en funcionarias eficientes, sin reconocerlas como “madres trabajadoras”.

Por otro lado, el Acuerdo 50 de 1996 reglamenta lo que en adelante constituiría la posibilidad de perder el estatus de voluntaria, función

que al contrario de la administración del programa (en manos de la comunidad, de acuerdo con lo estipulado en la normatividad del programa) estaría en manos del ICBF exclusivamente: "La decisión del cierre de un Hogar Comunitario de Bienestar será competencia de los coordinadores de los centros zonales o quien haga sus veces. El ICBF deberá definir la reubicación del Hogar cerrado o de los niños, de conformidad con las necesidades de atención y los recursos existentes".

Las causas de cierre definitivo que contemplaba el Acuerdo 050 de 1996 estaban directamente relacionadas con el comportamiento de la madre comunitaria (salud, relaciones personales y con asuntos administrativos del programa como responsabilidad) o de su familia, con la ubicación, estructura e higiene del lugar en el que se prestaba el servicio, y con el incumplimiento de los lineamientos relacionados con cobertura, horarios de prestación del servicio, minuta de alimentación, uso de los elementos del programa y responsabilidad del cuidado, entre otros (64).

Ambos acuerdos han sido claves en lo que respecta a la configuración de las madres comunitarias más allá del inicial modelo materno que el programa promovía, lo que da paso a compartir con Bohórquez su pregunta acerca de si "las normas que establece el ICBF van dirigidas a mejorar el programa de los hogares y a cualificar el servicio que prestan las madres o simplemente van encaminadas a convertir a las madres en funcionarias obedientes que mantienen el sistema" (12, pág.189).

Los HCB que pretendían el solapamiento de lo reproductivo sobre lo productivo del trabajo de las mujeres, terminaron convirtiéndose en espacios umbrales en los que las "madres" asumían la labor de cuidado, pero las normativas que el ICBF les imponía las apersonó de su rol de trabajadoras de un servicio público, que, aunque no fueran reconocidas por el Estado, les daba la confianza para exigir los derechos propios de lxs trabajadorxs en el país.

Durante los noventa, las madres comunitarias pusieron de manifiesto la insuficiencia del instinto maternal como único elemento para sostener el voluntariado y, por lo tanto, formularon la duda sobre la unidimensionalidad del trabajo de cuidado, como un trabajo netamente afectivo, esto es visible en la premisa que cierra el reporte de Nope “Los niños hoy tienen personas de gran corazón que dan su vida por ellos. Mujeres capacitadas y responsables que esperan que el Estado a través del ICBF, les brinde mejores condiciones [...] quieren que les paguen el salario mínimo” (63, pág. 20). Pese a las manifestaciones por el desgaste del modelo maternal que sostenía los HCB, las madres comunitarias continuaron sosteniendo el programa a través de su trabajo de cuidado, marcado por su carácter informal, tercerizado, sin garantías laborales, desvalorizado y no reconocido, situación que evidencia la imposibilidad que se ha tenido en el ámbito de la reivindicación, el respeto y la garantía de los derechos de estas mujeres.

En 1995, en el informe presentado ante el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, se reportaban las características del trabajo de las madres comunitarias en cuanto a los horarios de atención, la bonificación recibida a cambio de su trabajo (\$4.332 por cada niño atendido), las relaciones autoritarias ejercidas por lxs funcionarixs del ICBF, y la limitada participación comunitaria en la planeación y toma de decisiones del programa (64). Ante esta situación, el Comité señalaba: “preocupa que el ‘Programa de madres comunitarias’ destinado a ayudar a los niños no cuente con fondos suficientes, habida cuenta de la importante labor social que llevan a cabo esas mujeres sin formación adecuada y en malas condiciones de trabajo” (66), y recomendaba mejorar la formación de las “madres comunitarias” y regularizar su situación laboral, tratándolas a todos los fines como trabajadores empleados por una tercera persona.

La solicitud del Comité de reconocer los derechos laborales de las madres comunitarias no fue atendida por el Gobierno; dos años después, Helena Olea, en su informe de seguimiento a las recomendaciones, afirmaba:

La decisión del ICBF en torno al cumplimiento de la recomendación del comité del Pacto fue la de desconocerla. Antes que preocuparse por regularizar la situación de las madres comunitarias que ya se encontraban vinculadas al programa, creó 6 mil Hogares Comunitarios más. La decisión del Estado colombiano fue la de aumentar la cobertura del programa y vincular a más mujeres como madres comunitarias desconociendo sus derechos laborales (67).

Por otro lado, al conservar la feminización de la política social (que lleva siglos de aplicación para el tratamiento de lo pobre o de lxs pobres), los HCB pudieron emular muy bien con los programas de transferencia condicionada —transferencia alimentaria—, presentados como una novedad en los años 90 en la lucha contra la pobreza; sin embargo, en el año 2000 ya los Hogares Comunitarios de Bienestar habían sido destronados de su categoría de éxito nacional, pero continuaban haciendo parte de las agendas gubernamentales, mientras se buscaban nuevas modalidades de atención al grupo de niños y niñas de 0 a 6 años que tradicionalmente atendían los HCB. Pastrana habló de ampliar las formas de atención y de la puesta en marcha del plan Úrsulas orientado a la formación de padres, madres y adultos responsables de niños y niñas, y Uribe, en la misma línea de su predecesor, afirma en su Plan de Desarrollo 2002-2006 la intención de adoptar la modalidad de hogares múltiples como mecanismo comunitario de atención social. Y Santos lanza su estrategia de atención a la primera infancia De Cero a Siempre, que representa uno de los mayores cambios en el programa Hogares Comunitarios de Bienestar durante los últimos 30 años.

El interés de los gobernantes en la primera infancia no es tema de discusión en este trabajo, lo que llama la atención es que durante la década y media que va del año 2000 al 2014, la figura de las madres comunitarias, principales encargadas del cuidado de lxs niñxs pobres y vulnerables del país, era contradictoria para los mandatarios. Por un lado, se señalaba su importancia, se les daban incentivos como descuentos en servicios públicos por atender en sus casas a lxs niñxs, pero también se presentaban evaluaciones en las que ellas y sus casas resultaban ser el punto de mayor debilidad del programa. Según el ICBF estas eran: “1) deficiencias en el manejo de la alimentación;

2) hacinamiento y precarias condiciones de saneamiento ambiental de las viviendas de las madres comunitarias donde se atienden los niños; 3) debilidades en los conocimientos y prácticas de las madres comunitarias sobre salud, nutrición y desarrollo psicosocial [...]” (11).

Tales deficiencias en el funcionamiento de los HCB, directamente relacionadas con las madres comunitarias, generaron una enorme preocupación centrada básicamente en la no profesionalización de ellas. Actualmente, el ICBF asegura que las responsabilidades y compromisos de las madres comunitarias van más allá del simple “cuidado” (vigilancia y protección) de los menores, pues ellas deben “Desarrollar actividades de formación, cuidado, atención y protección del grupo de niños y niñas bajo su responsabilidad e implementar actividades pedagógicas y de desarrollo psicosocial según la propuesta pedagógica del ICBF” (11).

Varios autores han reportado un bajo nivel educativo en las madres comunitarias (68-71); algunos, incluso, afirman que “muchas de ellas nunca terminaron su educación básica y algunas son analfabetas” (72); de ahí que la cualificación de las mujeres fuera prioridad durante los gobiernos de Pastrana, Uribe y Santos:

[...] Se adelantarán procesos de formación y cualificación para las madres comunitarias del programa hogares comunitarios de bienestar, de manera gradual, conforme al incremento de la cobertura y la migración de modalidades no integrales a integrales; lo cual facilitará su profesionalización y debiendo priorizar su contratación en los procesos de cualificación de la oferta integral de atención a la primera infancia (73, pág. 336).

Sin embargo, vale destacar que, en el 2006, Julio Zabala hace un reconocimiento a la labor pedagógica de las madres comunitarias; en su tesis doctoral expone: “el hecho educativo más importante que ha sucedido en Colombia en los últimos 15 años, ha sido la acción de las madres comunitarias sobre 15 millones de niños. La educación preescolar atendió a un millón y medio de infantes que no estaban

previstos en este nivel, transformando su vida y su educación" (74, págs. 9-10).

Este mismo autor asegura que existen beneficios en la pedagogía de las madres comunitarias, entre ellos, el ingrediente de afectividad que no tiene la escuela, el no restringirse a enseñanzas organizadas formalmente en la educación, la diferencia de las edades de los niños y niñas que permite que exista formación contextual y diversa, acorde con sus particularidades.

Aun así, cuando se inició el proceso de tecnificación y profesionalización de las mujeres estas experiencias pedagógicas no fueron tomadas en cuenta, se pretendió que las mujeres eran tabulas rasas para el aprendizaje; por esta razón podemos decir que los procesos de capacitación, tecnificación y profesionalización de las madres comunitarias responden de manera inmediata al cumplimiento de metas y a la estandarización de criterios de cuidado interpuestos por el Estado, y solo de manera secundaria e indirecta al desarrollo de las mujeres, máxime cuando ellas parecen ser apenas un instrumento de los HCB. A este respecto, Álvarez y Marín encuentran una falencia en el proceso de capacitación; las autoras afirman que: "Para que esta labor sea bien realizada, estas mujeres deben tener un cuidado propio óptimo, por lo cual resulta paradójico que las capacitaciones que ellas reciben estén orientadas a mejorar su labor en función de los niños y las niñas a su cargo y no haya elementos para la reflexión de su propia condición humana y femenina" (75, pág.76).

Otro aspecto que buscaron los mandatarios estaba centrado en el interés de que las MC participaran en proyectos productivos, de microempresa o de carácter precooperativo (76): aunque algunas de estas iniciativas existían desde hacía tiempo, se presentaban como una novedad que les permitiría trabajar y "tal vez aumentaría la beca de la madre comunitaria" (77), como si el trabajo de cuidado que realizaban en los HCB no mereciera en sí mismo el reconocimiento como trabajo productivo.

A partir de los cambios promovidos por el Gobierno en el programa de HCB durante los últimos 12 años, gradualmente las exigencias del ICBF para el ingreso y permanencia como MC fueron cambiando, sin abandonar del todo el discurso de la buena madre, se buscó que logaran una mayor tecnificación y profesionalización de sus servicios. De esta manera, se les exigió a las mujeres complementar sus conocimientos empíricos con herramientas técnicas que les permitieran mejorar el servicio y de paso, cualificarse... Es decir que, pese a la importancia del conocimiento empírico en el trabajo con niños y niñas, día tras día toma más fuerza la profesionalización de las mujeres y casi se convierte en una condición para seguir haciendo parte del programa (13).

La profesionalización de las MC ha tenido diferentes percepciones en las mujeres trabajadoras. Para unas, la capacitación y tecnificación de su trabajo es una forma de reconocer su labor, además de que trae gratificaciones personales relacionadas fundamentalmente con una imagen personal y colectiva positiva (6, 78-81). Para otras, por el contrario, se convierte en un esfuerzo personal y económico con el que no están de acuerdo, pues esto les impone una mayor carga, no mejora sus condiciones laborales y se mantiene su estatus de voluntarias que “realizan un trabajo solidario como contribución voluntaria al desarrollo del servicio”.

Por otro lado, la vigilancia sobre la labor de las mujeres se ha hecho sentir de manera determinante a través de la constante amenaza de cierre del programa. Durante el Gobierno de Uribe la sombra del cierre se acrecentó, según lo expuesto en el “Cuarto Foro Distrital sobre Políticas Públicas para la Infancia y la Mujer”, y en el “Segundo Encuentro Nacional por los Derechos Laborales de las Educadoras Comunitarias” (Bogotá, 2002), la preocupación de las madres comunitarias y el futuro del programa se originaba en las propuestas del nuevo Gobierno:

Es preocupante el panorama con respecto a las políticas y programas de atención a la infancia menor de 6 años y a la situación de las educadoras comunitarias. La inquietud se deriva del análisis a las

propuestas del gobierno de Álvaro Uribe Vélez en el Plan Nacional de Desarrollo, las propuestas del plan estratégico del ICBF y las declaraciones públicas hechas por directivas y funcionarios del Instituto en relación con el proceso de reestructuración de la entidad [...] A lo anterior se agrega un proceso de descentralización, privatización y desmonte del programa, que afectaría a los niños y las niñas, sus familias, las comunidades y las educadoras que los atienden (82, pág. 9).

Y la mayor preocupación aparece frente a la sentencia de Santos en su Plan de Desarrollo:

El establecimiento de la estrategia De Cero a Siempre, implica migrar de una atención no integral [como los HCB] hacia esquemas integrales, con una calidad definida y acordada. Para el efecto, se deberá reestructurar la oferta del ICBF orientándola prioritariamente a este propósito, lo cual le implicará reasignar progresivamente recursos e intervenciones hacia esta estrategia. [...] Las modalidades y programas que para este grupo de población no cumplan este propósito, serán reestructurados o eliminados (73).

El método que los gobiernos usaron para sostener sus propuestas de reducción del programa fue la descalificación de los HCB como centros de atención integrales, afirmaciones como "por cada 100 pesos que el ICBF entrega para dichos hogares, la madre comunitaria recibe 60 y los niños, en el mejor de los casos, 40 [...]. Por eso María del Pilar Granados dice que el programa de madres comunitarias ha sido muy exitoso mientras que el de Hogares Comunitarios de Bienestar no lo ha sido tanto [...]" (82, pág.). Entre otras cosas, se desacreditaban el uso y la cantidad de las raciones, el trabajo pedagógico de las mujeres, el saneamiento y la estructura física de las casas, argumentos que fueron el detonante para que los cambios presentados se vieran como necesarios, sino urgentes, para el tránsito de los HCB hacia estrategias como los Hogares Múltiples o los Centros de Atención Integral de la Estrategia de Cero a Siempre, y para que las MC pasaran a ser agentes educativos, docentes o profesionales.

Además, curiosamente, el remedio que se señalaba como una gran oportunidad para mejorar las condiciones tampoco tenía el

impacto al que tanta alusión se hacía. Así lo deja ver en el 2014 el diario *El Espectador* en referencia a un estudio de Raquel Bernal (2009), donde se aseguraba que:

Desde 2009, el programa evaluado por Bernal se ha encargado de trasladar niños atendidos en hogares comunitarios hacia Jardines Sociales y, desde 2012, a Centros de Desarrollo Infantil (CDI). Según el documento publicado por Fedesarrollo, el equipo evaluador no encontró beneficios evidentes (excepto por cierta mejora del estado nutricional) en el traslado de una modalidad de atención a la otra. “Esto es preocupante porque el costo de atención es cuatro veces mayor al hacer la transición”, afirma Bernal, quien dirige el Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico de la Universidad de los Andes (CEDE). Mientras un niño en un hogar comunitario le cuesta anualmente al gobierno cerca de \$900.000, el servicio de un CDI cuesta unos \$2´800.000 (83).

Al mismo tiempo, en cuanto a la afiliación a salud y pensión de las mujeres y sus familias, el panorama ha sido de ganancias y pérdidas. Durante 1998, las MC perdieron su condición de afiliadas al Instituto de los Seguros Sociales, con el ánimo de que fueran vinculadas y atendidas bajo el régimen subsidiado, lo que causó gran disgusto en el grupo de mujeres; tras las luchas y reclamos, en 1999 se firma la Ley 509, que garantiza su afiliación al régimen contributivo, con una cotización del 8 % sobre la bonificación que reciben, y con prioridad de afiliación al régimen subsidiado para su grupo familiar, o un 4 % para incluirlos en el régimen contributivo. Pastrana reconocía y destacaba la forma de obtener derechos con la sanción de la Ley 509/99, que era el

[...] fruto de la iniciativa misma de las madres comunitarias organizadas, este es el tipo de acciones que ayudan a la construcción de la paz y que con su creatividad y su capacidad de organización aporta a la solución de nuestras necesidades más sentidas. Es la demostración de que el que concerta [sic] convence y logra más, que el que se arma y combate para convencer [...] (84).

En el año 2002 se denunciaban “piedras en el camino” respecto al mismo tema:

El decreto 047 del 19 de enero del 2000 cambió desfavorablemente las anteriores condiciones [se refiere al artículo 2 de la Ley 509/99] al autorizar en su artículo 22 que las madres comunitarias, en calidad de trabajadoras independientes, pueden afiliarse al grupo familiar al régimen contributivo en salud, pagando por concepto de cotización mensual el equivalente al 12 % de dos salarios mínimos mensuales. Esto viola directamente lo dispuesto en el parágrafo 1° del artículo 1 de la Ley 509 de 1999 (82, pág. 8).

Sumado al fantasma del cierre y a las vicisitudes de su afiliación, otro punto de permanente discusión era el salario “beca” al que las mujeres se hacían acreedoras por su voluntariado. Es oportuno recordar que la beca de las madres comunitarias empezó en 1000 pesos/niñx (85), y tuvo un incremento del 25 % gracias a los resultados exitosos del programa (86). En 1997 recibían una beca por un valor de alrededor del 60 % del salario mínimo (56); en 1999 se acrecienta la beca por medio de la propiedad exclusiva para las madres comunitarias de las tasas de compensación (Ley 509 de 1999); en 2006 Uribe notificaba “La decisión del aumento de la beca en 10 por ciento la tomó el Gobierno y la avaló el Congreso. Con la ayuda de Dios, cuenten con eso para el año 2006: 10 por ciento de crecimiento de la beca de las madres comunitarias” (Presidencia de la República, 2005); en el año 2007 se aumentó un 8 % —del cual el 2 % estaba destinado al ahorro “voluntario” en el Fondo Nacional del Ahorro (87)—; en el 2009, el comunicado de prensa del ICBF informa sobre un incremento de 7,67 % en la bonificación de las madres comunitarias (88), y solo en el 2014, por sentencia T-628/12, en su numeral 10, la Corte Constitucional ORDENA al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar que, de forma inmediata, INICIE, LIDERE y COORDINE un proceso interinstitucional y participativo de diseño y adopción de todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar que, de forma progresiva pero pronta, las madres comunitarias de tiempo completo del Programa de Hogares Comunitarios de Bienestar devenguen al menos el salario mínimo legal mensual vigente para entonces.

La instrumentalización de las madres comunitarias en el programa de HCB parece ser evidente, ya que el Estado ha logrado

descargar en los hombros de estas mujeres parte del desarrollo de las políticas sociales relacionadas con la primera infancia, sin reconocerles su trabajo de manera debida; ha alimentado por años la visión del trabajo voluntario y solidario para afianzar un discurso no solamente de discriminación salarial, sino que, adicionalmente, ha culpabilizado a las mujeres por no ser simplemente madres-solidarias:

Mencionaron la necesidad de tener un empleo formal y digno y el Gobierno trabaja en ello [...] sin embargo, no es fácil cambiar el “chip” y avanzar hacia un empleo formal en un trabajo que comenzó hace 27 años como labor comunitaria. “Va a ser todo un riesgo porque al ser un trabajo como cualquier otro podría dejar de ser para algunos un tema de servicio social” (89).

4. CONCLUSIONES

La instrumentalización de las madres comunitarias responde al hecho de sobreponer los derechos o beneficios de un individuo sobre otro y del lazo que se produce y se reproduce en los HCB entre Mujer-Madre-Madre Comunitaria que deja el trabajo de cuidado en posiciones de desventaja, no remuneración y poco reconocimiento. Dado esto, probablemente, conscientes y cansadas de las lógicas que sostienen la instrumentalización de su trabajo, desde siempre las mujeres se han movilizado para adquirir sus derechos; sin embargo, es en el año 2012 cuando las mujeres madres comunitarias hacen un paro que logra la atención del país, en defensa de sus prestaciones en lo referente a pensión y por lograr frente al Estado su estatus de trabajadoras del cuidado. Aun así, a la fecha no existen formas de que los reclamos de reconocer en su totalidad los derechos laborales de las mujeres sea posible, dado que los contratos seguirán a cargo de las asociaciones de padres de familia —en su mayoría manejadas por las mismas MC— o las organizaciones no gubernamentales serían las que se encargarían de formalizarlas.

El reconocimiento laboral a las mujeres trabajadoras del cuidado en los Hogares Comunitarios de Bienestar revela la paradoja de la

lucha contra la pobreza, pues sus condiciones laborales son también una manera específica de reproducción de la desigualdad laboral y de género. El llamado a las mujeres se hizo a través de la promesa de un trabajo remunerado (la propuesta de Benítez al Gobierno era vincular económicamente a madres de familia) con el fin de renunciar a la asistencia social, forjando así una ética del trabajo en las mujeres pobres que participarían; sin embargo, lo que se hizo fue establecer un espejismo de pobreza solidaria en las cuidadoras bajo el nominativo de voluntarias, autogestoras y beneficiarias, quienes, a su vez, cumplían con la asistencia social (altruista) de proteger a lxs niñxs. De ahí que la apuesta les permitía vanagloriarse de la potencialidad de afecto, amor, educación moral, protección, alimentación que garantizaban las "amas de casa, comunes y corrientes", además de glorificarse de la garantía que la ilusión de la participación y autogestión social de las mujeres representaba para la lucha contra la pobreza.

5. REFERENCIAS

1. Flórez Flórez J. Los movimientos sociales y la crisis del desarrollismo: una aproximación teórica desde Latinoamérica. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales –CLACSO–. [En línea] 2009. [Acceso 12, 12, 2017]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20120314025714/5.florez-florez.pdf>
2. UNIFEM, PNUD. Compilación seleccionada del marco jurídico nacional e internacional de la mujer. 2ª ed. México: Secretaría de Relaciones Exteriores, 2005.
3. Portocarrero P. De la mujer al género: una concepción del desarrollo: Democratización municipal y nuevas perspectivas de desarrollo local. Quito: Cuadernos de Desarrollo Local, 1992.
4. Riquer Fernández F. Políticas sociales, combate a la pobreza y equidad de género: reflexiones. Trabajo presentado en Seminario para la definición de lineamientos metodológicos básicos para la aplicación del enfoque de género en las políticas públicas. Red Internacional de Información sobre Mujeres y Política, México, octubre 5 y 6 de 2000.
5. Castillo Matamoros S. E. De la génesis del programa de hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (Tesis doctoral). Centro

- de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud, Alianza de la Universidad de Manizales y el CINDE, Manizales, Colombia, 2009.
6. Trimiño C. Madres comunitarias en Tunja: una mirada a sus condiciones socioeconómicas y laborales. [Trabajo docente]. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Colombia, 2001.
 7. Muñoz J. Los sistemas de género vistos desde el barrio como un espacio microlocal de la ciudad. Boletín CODHES y Arquidiócesis de Bogotá. Bogotá. [En línea] 1999. [Acceso 20, 07, 2016]. Disponible en: <http://barriotaller.org.co/publicaciones/sistemas.rtf>
 8. Sentencia T-628/12. MP Humberto Antonio Sierra Porto. Corte Constitucional, Sala Octava de Revisión. [En línea] (10 de agosto de 2012). [Acceso 25, 05, 2015]. Disponible en: http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2012/T-628-12.htm#_ftnref24
 9. García C. A. La investigación en historia de las instituciones documentales: estado de la investigación y propuesta metodológica. Anales de Documentación. 1998; 1: 55-74.
 10. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo Economía Social. 1986-1990. Prólogo, aspectos especiales. [En línea] 1986. [Acceso día, mes, año]. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/Barco_Prologo.pdf
 11. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Lineamiento técnico administrativo, modalidad hogares comunitarios de Bienestar en todas sus formas (familiares, grupales, múltiples, múltiples empresariales y jardines sociales) para la atención a niños y niñas hasta los cinco (5) años de edad. [En línea]. 2011, 7 de marzo. [Acceso 16, 06, 2014]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/pdf/LineamientosHCBDDiciembre26de20111.pdf>
 12. Bohórquez Arcila P. El rol de la madre comunitaria y su relación con la dinámica del hogar de bienestar. En: Bonilla-Castro E. (Comp.). Formación de investigadores. Estudios sociales y propuestas de futuro. Bogotá: Tercer Mundo; 1998. pp. 127-220.
 13. López Lara J. A. Las casas vecinales: una historia para contar, desde la mirada de las madres comunitarias. [Trabajo de Grado]. Universidad el Rosario, Bogotá, Colombia, 2009.
 14. Sentencia T-018/16. MP. Luis Ernesto Vargas Silva. Corte Constitucional, Sala Novena de Revisión. [En línea]. (29 de enero de 2016). [Acceso 20, 12, 2017]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-018-16.htm>

15. Ley que regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales Ley 1413 de 2010. Congreso de Colombia. Diario Oficial No. 37.029. [En línea]. (11 de noviembre de 2010). [Acceso 20, 12, 2016]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1413_2010.html
16. Agrest C. Gestión de políticas sociales para grupos vulnerables. [Trabajo de grado]. Universidad de Belgrado, Buenos Aires, Argentina, 2003.
17. Wacquant L. Castigar a los pobres. El gobierno neoliberal de la inseguridad social. España: Gedisa, 2010.
18. Esquivel V. Hacer economía feminista desde América Latina. En: Esquivel V. Ed. La economía feminista desde América Latina. Una hoja de ruta sobre los debates actuales en la región. República Dominicana: ONU Mujeres, 2012; pp. 24-41.
19. Fajardo, P. Ofensiva contra la desnutrición. El Espectador, 27 de febrero de 1987. 1-11-A.
20. Herreño A. No hay derecho... las madres comunitarias y jardineras frente al derecho laboral. Bogotá: ILSA, 1999.
21. Umbarila Laitón M. P. Contribución del trabajo social a la fundación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF [Trabajo de grado]. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, 2010.
22. Rodríguez H. Parte de victoria da gobierno en lucha contra la pobreza. El Espectador, 24 de julio 1989. 6-A.
23. Munévar T. Guarderías manejadas por las vecinas del barrio. El Espectador, 7 de mayo de 1987. 4.
24. Lo Vuolo R. M., Barbeito A. C., Pautassi L., Rodríguez, C. La pobreza... de la política contra la pobreza. Buenos Aires: CIEPP, 2004.
25. Cien mil hogares para menores. El Espectador, 1 de marzo de 1987. 12-A.
26. Éxito en el plan de protección a la niñez. El Espectador, 8 de abril de 1987. 3-D.
27. Fajardo P. Ofensiva contra la desnutrición. El Espectador, 27 de febrero de 1987. 1-11-A.
28. Planificación contra la pobreza. El Espectador, 21 de noviembre de 1987. 2-A.
29. Sarmiento, E. Replanteamiento del plan contra la pobreza. El Espectador, 05 de marzo de 1989. 5-A.

30. Talero E. Integración colombo-venezolana para la atención al menor. El Espectador, 10 de mayo de 1989. 7-A.
31. Marín M. Un modelo colombiano para Venezuela. El Espectador, 11 de mayo de 1989. 5-B.
32. Comenzará hoy reunión para evaluar los programas del ICBF. El Espectador, 11 de mayo de 1988. 2-B.
33. Acogida a Hogares Infantiles. El Espectador, 23 de abril de 1989. 11-A.
34. Banco Mundial. Informe N.º 7271-CO Colombia: Programas Sociales y Erradicación de la Pobreza: Evaluación de las iniciativas del Gobierno. Oficina Regional de América Latina y El Caribe. [En línea]. 20 de enero de 1989. [Acceso 15, 03, 2016]. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/04/30/000333038_20100430010210/Rendered/PDF/72710SR0SPANIS101Official0Use0Only1.pdf
35. Aseguran continuidad de los Hogares de Bienestar. El Espectador, 20 de mayo de 1989. 10-A.
36. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Servicio Nacional de Aprendizaje. ¿Qué son los hogares? Módulo básico. Imprenta Nacional de Colombia. Enero de 1990.
37. Acuerdo 21 de 1989. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (14 de noviembre de 1989). [En línea]. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/acuerdo_icbf_0021_1989.htm
38. En un 25% se incrementa salario a madres comunitarias del ICBF. El Espectador, 16 de mayo de 1988. 10-A.
39. Palacios C. Zancadilla a los niños si los morosos no pagan. El Espectador, 29 de junio de 1989. 1-B.
40. Di Virgilio M. M. Producción de la pobreza y políticas sociales: encuentros y desencuentros en urbanizaciones populares del área metropolitana de Buenos Aires. En: Arzate Salgado J., Gutiérrez A., Huaman J. Reproducción de la pobreza en América Latina: relaciones sociales, poder y estructuras económicas. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, CLACSO, 2011. pp. 161-206.
41. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Manual de contratación. [En línea]. 30 de marzo de 2016. [Acceso 11, 02, 2017]. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/Contratacion1/MANUAL_CONTRATACION.pdf.

42. Santos, C. Atención al niño como en su propia casa. *El Espectador*, 25 de mayo de 1987. 1-B.
43. Anderson J. Formas de la pobreza y estrategias municipales. En: Arriagada, I., Torres, C. Comp. *Género y pobreza, nuevas dimensiones*. Santiago de Chile: Ediciones de las mujeres, ISIS Internacional, 1998. pp. 26-44.
44. Benería L. Trabajo productivo/reproductivo, pobreza y políticas de conciliación. *Nómadas*. [En línea]. 2006, abril; (24): 8-21. [Acceso 5, 08, 2016]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3995906.pdf>
45. Goldani A. M. Reinventar políticas para familias reinventadas: entre la "realidad" brasileña y la utopía. En Arriagada I. *Políticas hacia las familias, protección e inclusión social*. Chile: Publicación de las Naciones Unidas; 2005, pp. 219-345.
46. Decreto por el cual se reglamenta el parágrafo 2º del artículo primero de la Ley número 89 del 29 de diciembre de 1988. Decreto 2019 de 1989. Ministerio de Salud Pública. *Diario Oficial* No. 38.969. [En línea]. (6 de septiembre de 1989). Recuperado de: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_2019_1989.htm
47. Lleras Restrepo C. Lleras defiende la estrategia nutrición-integración. *El Espectador*, 12 de abril de 1987. 8-A.
48. Ochoa Moreno B. H. Caracterización del rol de las madres comunitarias y de las condiciones básicas para el desarrollo del mismo en el sector Santa Lucía en el municipio de Tunja [Trabajo de maestría]. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Colombia, 2016.
49. Maurás M. Las familias y las políticas públicas: hacia una "sociedad de redes". En: Arriagada, I. *Políticas hacia las familias, protección e inclusión social*. Chile: Publicación de las Naciones Unidas, 2005. pp. 61-67.
50. Buchely Ibarra L. F. El activismo burocrático y la vida mundana del Estado. Las madres comunitarias como burócratas callejeras y el programa de cuidado de niños Hogares Comunitarios de Bienestar. *Revista Colombiana de Antropología*. [En línea]. 2015; 51(1); 137-159. [Acceso 30, 10, 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1050/105042615006.pdf>
51. González F. El caso de los negritos barrigones. *El Espectador*, 9 de enero de 1990. 2-C.
52. Departamento Nacional de Planeación. Hogares populares para la atención del niño. Documento CONPES 2307. Bogotá, 26 de febrero de 1987.

53. Aguilar C. A. El ICBF exporta modelos de Madres Comunitarias. El Espectador, 18 de enero de 1992. 12-A.
54. Acuerdo 0005 de 1991. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (8 de marzo de 1991). [En línea]. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/acuerdo_icbf_0005_1991.htm
55. Decreto por el cual se dictan disposiciones sobre el desarrollo del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar. Decreto 1340 de 1995. Ministerio de Salud Pública. Diario Oficial No. 41.960. (11 de agosto de 1995). [En línea]. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_1340_1995.htm
56. Hogares Comunitarios 10 años. El Espectador, 23 de enero de 1997. 5-A.
57. Neira C. A. Diez años de am[...]comunitarios de bienestar. Boyacá 7 Días, 24 de enero de 1997. 22.
58. Protestas de Madres Comunitarias. El Espectador, 14 de marzo de 1991. 2-C
59. Madres Comunitarias paralizaron la ciudad. El Espectador, 18/11/1993. 7-D.
60. Las madres comunitarias siguen la lucha. El Espectador, 8/12/1993. 3-F.
61. Posible acuerdo con las madres comunitarias. El Espectador, 10 de febrero de 1994. 5-D.
62. De nuevo inconformidad de las madres comunitarias. El Espectador, 13 de septiembre de 1994. 3-E.
63. Nope A. J. Madres sufridas. Boyacá 7 Días, 12 de mayo de 1995, 20.
64. Acuerdo 050 de 1996. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (14 de noviembre de 1996). [En línea]. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/acuerdo_icbf_0050_1996.htm
65. González P., Triviño, P. Mujer y pobreza en Colombia. El caso de los Hogares Comunitarios de Bienestar y Las Casas Vecinales. En P. González. Comp. La situación de las trabajadoras comunitarias. Programas estatales de atención infantil en Colombia. Santa Fe de Bogotá: GAP-FUNDAC-ILSA, 1995, pp. 32-51.
66. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Conclusiones y recomendaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En: González, P. Comp. La situación de las trabajadoras comunitarias. Programas estatales de Atención Infantil en Colombia, Santa Fe de Bogotá: GAP-FUNDAC-ILSA, 1995, pp. 54-61.

67. Olea H. Seguimiento a la recomendación del comité del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales relativa a las Madres Comunitarias. En González, P. Comp. La situación de las trabajadoras comunitarias. Programas estatales de Atención Infantil en Colombia. Santa Fe de Bogotá: GAP-FUNDAC-ILSA, 1999, pp. 63-99.
68. López Lara J.A. Las casas vecinales: una historia para contar, desde la mirada de las madres comunitarias [Trabajo de Grado]. Universidad el Rosario, Bogotá, Colombia, 2009.
69. Manrique Fonseca A.M. Madres comunitarias como tutores de resiliencia en el Hogar Comunitario del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar "Mi Infancia Feliz" ubicado en el Barrio Pardo Rubio en Bogotá [Trabajo de grado]. Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, 2009.
70. Borjas M., Jaramillo L., Osorio, M. Transformaciones alrededor del discurso, prácticas educativas, actitudes y relaciones sociales de las madres comunitarias del ICBF. "Pueblo Viejo" (Magdalena) y el programa "Nichos Pedagógicos". *Psicol. Caribe*. [En línea]. 2009; (23): 113-131. [Acceso 20, 05, 2015]. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/648/5346>
71. Amarís M., Barrios I., García D. Habilidades múltiples de las madres que orientan programas de atención integral al niño menor de siete años. *Investigación y Desarrollo*. 1993; (3): 106-123. Disponible en: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest_desarrollo/3/habilidades_multiples_de_las_madres.pdf
72. Arteaga L. Pobreza, violencia y el Proyecto de Madres Comunitarias en Colombia. En Panel: Women and Community Action. XXIV Annual ILASSA Student Conference. University of Massachusetts, Amherst. Center for International Education, Massachusetts, febrero, 2004.
73. Departamento Nacional de Planeación. Boyacá, Visión 2019: territorio de libertad y prosperidad bicentenaria. Visión de Desarrollo Territorial Departamental. 1 de junio de 2011. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/estudios-y-publicaciones/publicaciones/Paginas/2011.aspx>
74. Zabala Archila, J. C. Las madres comunitarias en Colombia. Investigación sobre la evaluación participativa [Tesis doctoral]. Universidad de Granada. Granada, España, 2006.
75. Álvarez Álvarez A., Marín Muñoz Y. La mujer que hay detrás de una madre: el caso de ocho madres comunitarias de Medellín. [Trabajo de grado]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, 2012.

76. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006. Hacia un Estado Comunitario. 2003. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND.pdf>
77. Muñoz J. Contenidos, embelecios y desaciertos. Plan estratégico y de Gestión del ICBF 2002-2005. En Ramírez M. E. Ed. Foro Distrital sobre Políticas Públicas para la Infancia y la Mujer. Encuentro Nacional por los Derechos Laborales de las Educadoras Comunitarias. En qué Vamos. Principales debates. Bogotá: ILSA, 2002.
78. Muñoz, J. Contenidos, embelecios y desaciertos. Plan estratégico y de Gestión del ICBF 2002-2005. En Ramírez M. E. Ed. Foro Distrital sobre Políticas Públicas para la Infancia y la Mujer. Encuentro Nacional por los Derechos Laborales de las Educadoras Comunitarias. En qué Vamos. Principales debates. Bogotá: ILSA, 2002.
79. Orozco Pareja M. El reto de cada día. Madres comunitarias en el proceso de aprendizaje [Trabajo de grado]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, 1998.
80. Corrales Urrea M. M. La madre comunitaria como mujer trabajadora. [Informe de investigación]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, 1999.
81. Hincapié Hernández A. R., Ruiz Gutiérrez L. La metodología participativa como una modalidad de trabajo con grupos: una experiencia con madres comunitarias. [Trabajo de grado]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, 1992.
82. Ramírez E. (Coord.). Foro Distrital sobre Políticas Públicas para la Infancia y la Mujer. Encuentro Nacional por los Derechos Laborales de las Educadoras Comunitarias. En qué Vamos. Principales debates. Bogotá: ILSA, 2002.
83. A dejar los pañales. El Espectador. [En línea]. 13 de agosto de 2014. [Acceso 13, 11, 2015]. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/nacional/dejar-los-panales-articulo-508595>
84. Pastrana A. Discurso del presidente Andrés Pastrana en la sanción de la ley para las madres comunitarias. [Archivo de video]. 30 de julio de 1999. Disponible en: <http://andrespastrana.org/portfolio-items/discurso-del-presidente-pastrana-en-la-sancion-de-ley-para-las-madres-comunitarias/>
85. Cárdenas Vargas A. El ICBF y la regional Cundinamarca. El Espectador. 17 de mayo de 1988.
86. En un 25% se incrementa salario a madres comunitarias del ICBF. El Espectador, 16 de mayo de 1988. 10-A.

87. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Listo estímulo de ahorro para las Madres Comunitarias. Boletín Madre Comunitaria. [En línea]. Junio 2007, No. 01. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/8MADRECOMUNITARIA01.pdf>
88. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. ICBF aumenta en 7,67% la bonificación a Madres Comunitarias. Comunicado de prensa. [En línea]. 12 de febrero de 2009. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/3boletin_bonificacion_madrescomunitarias.pdf
89. Moreno, C. Pliego de peticiones de las madres. Boyacá 7 Días, 6 de diciembre de 2013. 4.



Esta obra se terminó de imprimir en la
Editorial Búhos Editores Ltda. de la ciudad
de Tunja, en el mes de marzo de 2020.

Mónica Liliana López Torres

Enfermera, Especialista en Administración en Salud y Magíster en Enfermería. Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Investigadora del Grupo Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud-GERCUS. Sus áreas de desempeño son: Gestión en salud, Enfermería de urgencias y cuidado crítico del adulto.

Miguel Ángel Tobo Tobo

Enfermero, Especialista en Epidemiología, Especialista en Pedagogía, Magíster en Administración en Salud. Docente de la Escuela de Enfermería, Investigador del Grupo Municipio Saludable para la Paz. Su trabajo se enmarca en la gestión de la salud, las políticas en salud pública. Sus áreas de desempeño son la epidemiología, la educación en salud y la APS

Mayra Solanye Galindo Huertas

Enfermera, Doctora en Estudios Sociales. Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Investigadora del Grupo Exclusiones y resistencias en el Cuidado de la Salud. Su trabajo se enmarca en las líneas de investigación: la equidad de género en salud y formación de líderes en gestión del conocimiento en cuidados de la salud desde enfoques cualitativos y críticos. Sus áreas de desempeño son la promoción de la salud, la salud sexual y reproductiva y la enfermería basada en la evidencia.

Milena Alexandra Galvis López

Enfermera, Magíster en Enfermería. Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Investigadora del Grupo Exclusiones y resistencias en el cuidado de la salud. Su trabajo se enmarca en la línea de investigación equidad de género en salud. Sus áreas de desempeño son: La promoción de la salud, la bioética, el cuidado al adolescente y la investigación en salud con enfoque cualitativo.

Colección de Investigación No. 1

La Facultad de Ciencias de la Salud en sus 39 años de formación de talento humano con los estándares más altos de calidad con el apoyo del Subcomité Especializado de Evaluación de obras de la Facultad, la Decanatura, el Centro de Gestión de Investigación y Extensión (CIES) y la Unidad Editorial UPTC, presenta a la comunidad universitaria la primera obra de la colección de 2019 “Salud, Universidad y Sociedad”.

Esta colección es una estrategia de divulgación de conocimiento especializado producto de los procesos de investigación en ciencias de la salud y pretende generar un insumo que alimente las discusiones y los debates entre los investigadores, los agentes sociales y políticos, los estudiantes y demás miembros de la sociedad en torno a los avances, problemas, retos e innovaciones en la investigación y formación del talento humano en el área de la salud.

La Facultad de Ciencias de la Salud de la UPTC espera que la discusión generada alrededor de los ejes temáticos de esta colección editorial relacionados con la educación, el cuidado de la salud, la gestión del desarrollo social y la innovación fortalecerá el apropiamiento de lo que somos y hacemos desde la universidad, para el avance de la ciencia y el bienestar de las personas y para el desarrollo de la comunidad.

El libro *CUIDADO CON-VER-GENTE: “ARTESANIAS EN INVESTIGACIÓN”* nos ofrece seis miradas diferentes de los procesos de atención y cuidado en salud, enfocándose en el rol profesional y en el cuidado primario, moviéndose por todo el ciclo vital, normal y con enfermedad y llevando con rigor la formalización de lo académico con base en la investigación, en la escritura de la experiencia práctica, de consenso y científica en la profesión de Enfermería.

Estos capítulos trascienden el cuidado hacia lo inter y multidisciplinario, dan ideas para la formación pedagógica de las Ciencias de la Salud y ofrecen orientación de estrategias cuantitativas y cualitativas para retroalimentar la Atención Primaria en Salud y la propia praxis de la Investigación e Innovación en Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

