

Bogotá
No. 43, Vol. 23
2021

Investigaciones ANDINA

E-ISSN 2538-9580

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina



AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

<http://revia.areandina.edu.co/ojs/index.php/IA/issue/archive>

REVISTA

Investigaciones

ANDINA

Número 43 • Volumen 23 de 2021 • ISSN-E: 2538-9580

Pablo Oliveros Marmolejo †
Gustavo Eastman Vélez
Miembros Fundadores

Diego Molano Vega
*Presidente de la Asamblea
General y Consejo Superior*

José Leonardo Valencia Molano
Rector Nacional y Representante Legal

Martha Patricia Castellanos Saavedra
Vicerrectora Nacional Académica

Ana Karina Marín Quirós
*Vicerrectora Nacional
de Experiencia Areandina*

Erika Milena Ramírez Sánchez
*Vicerrectora Nacional Administrativa
y Financiera*

Felipe Baena Botero
Rector - Seccional Pereira

Gelca Patricia Gutiérrez Barranco
Rectora - Sede Valledupar

María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General

Omar Eduardo Peña Reina
Director Nacional de Investigaciones

Andrés Camargo Sánchez
Editor revista Investigaciones Andina

Camilo Andrés Cuéllar Mejía
Subdirector Nacional de Publicaciones

El contenido de los artículos publicados es responsabilidad exclusiva de los autores y en nada compromete a la Fundación Universitaria del Área Andina. Se autoriza la reproducción total o parcial de la información contenida en la revista con fines académicos, investigativos, educativos y sin ánimo de lucro, siempre y cuando se realice la respectiva citación de la fuente.

Acceso abierto OJS: <http://revia.areandina.edu.co/ojs/index.php/IA/issue/archive>

MISIÓN

Investigaciones Andina es una publicación semestral, de la Fundación Universitaria del Área Andina seccional Pereira y la sede Bogotá. Se edita desde abril de 2003 en la ciudad de Pereira en el Eje Cafetero de Colombia y desde 2016 en la sede Bogotá. Revista dirigida a profesionales de salud, estudiantes e investigadores en ciencias de la salud, que surge como parte del proceso de grupos de investigación, que pretenden con sus evidencias científicas derivadas de sus trabajos originales y/o revisiones sistemáticas de literatura, aportar en el proceso de toma de decisiones del sector público y privado en las áreas de salud, así como en la formación científica de estudiantes de pre y posgrado.

COMITÉ CIENTÍFICO

María Escobar de Kinjo
Ph.D. Ciencias de la Comunicación.
Docente de la Universidad Paulista UNIP, Sao Paolo Brasil

Jorge Enrique Machado Alba
Ph.D. Farmacoepidemiología.
Docente de la Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia.

María Isabel Gutiérrez
Ph.D. en Epidemiología.
Docente Investigadora de la Universidad del Valle, Cali, Colombia

Alex Giovanni Peniche Trujillo
Ph.D. Ciencias Biomédicas. Research Associate in Internal Med-Infectious Diseases,
a departament of the University of Texas Medical Branch at Galveston,
Texas, United States

Fátima Gonçalves Cavalcante
Ph.D. Salud Pública, Universidad Veiga de Almeida Fundación Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, Brasil

COMITÉ EDITORIAL

Jairo Corchuelo Ojeda
Ph.D. Ciencias de la Salud Pública. Universidad del Valle. Cali, Colombia

Jorge Martín Rodríguez Hernández
Ph.D. Salud Pública. Docente investigador Pontificia Universidad Javeriana,
Bogotá, Colombia

Claudia Córdoba Sánchez
Ph.D. Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.
Docente investigadora Fundación Universitaria del Área Andina

Juan Carlos Ramírez Rodríguez
Post Ph.D. Políticas en Salud Reproductiva. Ph.D. Ciencias Sociales.
Investigador de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México

José Moreno Montoya
Ph.D. Epidemiología
Docente Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia

Bogotá, Colombia
Septiembre de 2021

Contenido

Editorial	7
<i>Rafael Vargas, Andrés Camargo Sánchez</i>	
CARTA AL EDITOR	11
<i>Edith Villalobos Bolívar</i>	
EMPLEABILIDAD DE LOS TERAPEUTAS RESPIRATORIOS EGRESADOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA. PEREIRA, RISARALDA, 2021	13
<i>Angélica María Blanco Vanegas, José Gerardo Cardona, Santiago Rojas Galvis</i>	
COMPONENTE HUMANO EN ESTUDIANTES DE UN PROGRAMA DE CIENCIAS DE LA SALUD EN LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA, PEREIRA, 2021	25
<i>Angélica María Blanco Vanegas, María del Pilar Gómez González, Luisa Fernanda Taborda Martínez, Valentina Vásquez Giraldo, Carlos Steven Vallejo Galvis, Juan Pablo Arias Velásquez</i>	
INCLUSIÓN CULTURAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: UN DERECHO Y UN FACTOR DETERMINANTE EN SU REALIZACIÓN HUMANA	37
<i>Aura Elena Bernal de Rojas, Luz Ángela Rojas Bernal</i>	
PATRONES DE CONOCIMIENTO EN LA NARRACIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA	53
<i>Blanca Elpidia Tovar Riveros, Viviana Cruz Calderón, Linda Liz Miranda, Angie Paola González, Autor de correspondencia, Blanca Elpidia Tovar Riveros</i>	
ECONOMÍA DEL CUIDADO EN LA PERSPECTIVA GLOBAL: ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO	79
<i>Juan C. Tocora-Rodríguez</i>	
CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS Y SERVICIOS DE URGENCIAS BASADOS EN EL TRIAJE EN DOS INSTITUCIONES DE ALTO NIVEL DE COMPLEJIDAD EN MEDELLÍN, COLOMBIA	93
<i>Lina María Martínez-Sánchez, Yuban Sebastián Cuartas-Agudelo, Andrés Felipe Estrada-Atehortua, María Camila Thowinson-Hernandez, Mabel Dahiana Roldán-Tabares, Yulis Fernanda Lobo-Salas, Jose Manuel Gil-Ramos, Manuela Arboleda-Rojas, Santiago Castañeda-Palacio, Mateo Zuluaga-Gómez</i>	

DOI: <https://doi.org/10.33132/01248146.2180>

EDITORIAL

PARES EVALUADORES DE REVISTAS CIENTÍFICAS: UN ROL A SER VALORADO PARA QUE LA CIENCIA PUEDA RESPONDER A LAS DEMANDAS DE LA SOCIEDAD ACTUAL

PEER REVIEWERS OF SCIENTIFIC JOURNALS: A ROLE TO BE VALUED SO THAT SCIENCE CAN RESPOND TO THE DEMANDS OF CURRENT SOCIETY

PARECERISTAS DE REVISTAS CIENTÍFICAS: UM PAPELA VALORIZAR PARA QUE A CIÊNCIA POSSA RESPONDER ÀS EXIGÊNCIAS DA SOCIEDADE ACTUAL

Como se mencionó en el editorial del número anterior, la ciencia y la investigación se comunican a través de artículos científicos o “*papers*”; sin embargo, el conocimiento científico publicado no es un producto acabado, no es infalible, y es susceptible a errores como lo esbozó el famoso astrofísico y divulgador científico Carl Sagan en dos frases célebres: “La ciencia no es perfecta, con frecuencia se utiliza mal, no es más que una herramienta, pero es la mejor herramienta que tenemos: se corrige a sí misma, está siempre evolucionando y se puede aplicar a todo. Con esta herramienta conquistamos lo imposible” y “en la ciencia la única verdad sagrada es que no hay verdades sagradas” (1). A pesar de las limitaciones planteadas por Sagan, las revistas científicas y los artículos publicados permiten que el progreso científico sea de dominio público y se emplee en beneficio de la sociedad.

Para que un artículo sea de dominio público debe superar varias fases antes de llegar a la revista, después en la revista misma y luego de la publicación para garantizar que cumple con lo exigido por la comunidad científica. Vale la pena recordar que un artículo científico es el producto final de una cadena de procesos comunes en ciencia e investigación que inician con una idea de investigación la cual se aterriza en un protocolo o proyecto de investigación. Luego, continúa con evaluaciones por comités científicos y éticos, —que de ser evaluados positivamente pueden recibir financiación para su ejecución—. Esta ejecución se realiza siguiendo lineamientos y directrices técnicas, científicas, éticas y económicas que garantizan obtener resultados científicamente válidos. Los resultados pueden estar enmarcados en el campo de la investigación básica (el conocimiento por el conocimiento) que llevan muchas veces al otro campo científico que es la investigación aplicada (búsqueda de herramientas

para resolver problemas que aquejan a la humanidad en todos los aspectos); estos resultados serán válidos si la ejecución se adhiere al método científico. Los múltiples y progresivos resultados acumulados de la investigación explican el desarrollo y avance de la sociedad, gracias a los aciertos y a pesar de los desaciertos, por ejemplo, el descubrimiento de la energía atómica y su control que llevó al desarrollo de la bomba atómica con todas sus implicaciones al ser empleada en conflictos bélicos, pero que, también permitió el desarrollo de la bomba de cobalto, clave en medicina nuclear en campos que abarcan desde el diagnóstico hasta el tratamiento de enfermedades que, como resultado de esta aplicación, son cada día más controladas e, incluso, curadas.

La ciencia al intentar corregirse a sí misma exige que los resultados de un proyecto de investigación sean verificados, discutidos, refutados, para que puedan ser incorporados o desechados del cuerpo de conocimientos de la disciplina, profesión o área particular en la que se investiga. El responsable de esta verificación es el par evaluador o revisor de las revistas, encargados de velar porque lo publicado en las revistas científicas sea lo más cercano a la realidad y a la verdad, y acá hacemos una acotación con otra frase de Carl Sagan: “una mejor manera de decirlo es que en la ciencia no hay autoridades, a lo mucho, hay expertos”; ellos son quienes de manera objetiva, neutra y desinteresada revisan los productos de investigación que aspiran ser publicados. En la revista el proceso de publicación inicia con un tamizaje editorial con el fin de verificar la integridad científica en su realización, después hay una revisión por pares evaluadores, quienes acorde con su experticia y experiencia aceptan o rechazan un manuscrito. Los artículos aceptados son enriquecidos casi siempre por aportes y comentarios sugeridos por el par evaluador, estos elementos hacen más robustos los documentos sometidos a las revistas, ya que determina una mayor calidad y credibilidad de las revistas.

A pesar del papel relevante de los pares evaluadores, parecen una especie en vía de extinción en el delicado ecosistema de la comunicación científica y esta es una preocupación actual. Esta inquietud se hizo más evidente después del inicio de la pandemia por COVID-19 y ha sido expuesta en escenarios de las redes sociales como Twitter, por ejemplo, en donde *influencers* científicos ponen en evidencia el aumento en el tiempo que tardan las decisiones editoriales (Óscar Arias @OACerebro. 24 nov. 2022): “En 2022, al igual que en 2020, el proceso de revisión en las revistas científicas está tardando muchísimo más que el promedio de 2-3 meses (primera revisión). Envié dos trabajos en febrero a diferentes revistas y es hora de que siguen buscando revisores”. Esta inquietud también se escucha mientras se comparte un café con colegas en los pasillos y en las oficinas de las universidades. Adicionalmente, en un informe sobre el estado global de la revisión por pares en 2013-2017, un 75 % de los editores de revistas científicas admitieron que su problema más difícil fue reclutar revisores (2), lo cual puede ser el resultado de múltiples factores que incluyen el aumento de revistas científicas, el aumento de investigaciones, el incremento de revistas depredadoras y a la mayor carga de trabajo de los pares evaluadores en sus empleos formales, entre otras (3).

Los pares evaluadores son necesarios para garantizar la calidad científica de las publicaciones y su trabajo ha sido un modelo a seguir a pesar de varias debilidades. Su papel surge desde hace más o menos 300 años, pero su influencia ha sido mayor desde la segunda mitad del siglo XX cuando fueron involucrados masivamente en los procesos editoriales y su rol hoy día es el Gold Standard para garantizar la calidad de los resultados y es un requisito que deben cumplir las revistas para ser indexadas en las bases bibliográficas más prestigiosas (3). Actualmente, para afrontar y superar este momento crítico, desde el punto de vista editorial, es necesario plantear soluciones que permitan que los pares evaluadores no sean una especie amenazada en el necesario y algunas veces frágil ecosistema de la ciencia. Las soluciones a esta crisis deben partir de tres frentes principales e incluir estímulos que hagan atrayente la actividad del par evaluador. En primer lugar, las agencias gubernamentales como el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, en nuestro país, debería calificar la función de par evaluador y asignar puntajes en las evaluaciones para categorización de investigadores. Esta calificación o puntaje se puede asignar utilizando información que hoy en día es pública y que se puede recopilar de los portales web como Publons, una plataforma de servicio web gratuito de registro, rastreo, verificación y reconocimiento de actividades académicas relacionadas con la revisión por pares y la edición de publicaciones científicas (4). En segundo lugar, las universidades pueden estimular la actividad de par evaluador incorporando dentro de los planes de trabajo de docentes e investigadores un tiempo no solo para investigar, preparar artículos, sino también para realizar revisiones. Así mismo, la verificación, la evidencia y los soportes de estas actividades laborales pueden ser realizadas y recopilada en Publons. En tercer lugar, las revistas pueden estimular a los pares evaluadores con diferentes estrategias que incluyan certificados formales de la actividad de evaluador, descuentos en los costos de publicación a pares evaluadores que envíen sus trabajos, descuentos en compras de material académico, suscripciones gratuitas, entre otras (5, 6).

Podemos concluir esta reflexión mencionando que el avance de la ciencia y el conocimiento dependen de los artículos científicos publicados, es decir, informes escritos que describen los resultados de un estudio de investigación. Las revistas científicas son el principal medio por el que los investigadores divulgan sus hallazgos entre la comunidad científica. La importancia de las revistas y los artículos científicos radica en su capacidad para difundir nuevos conocimientos y promover el avance de la ciencia, y para esto deben comprobar la calidad y exactitud de los artículos científicos mediante el proceso de revisión por pares, garantizando que la información que contienen es fiable y fidedigna. Los pares evaluadores desempeñan un papel crucial en el proceso de publicación científica: son expertos en su campo y son elegidos por el editor de la revista para evaluar la calidad y validez de un trabajo de investigación antes de su publicación. El editor utiliza sus aportes y comentarios para decidir si acepta o rechaza el artículo. Por esta razón, es importante valorar y hacer más visible y reconocido el trabajo de los pares evaluadores, lo cual hasta ahora no es lo común y desestimula la actividad. El reconocimiento del par evaluador debe ser científico,

académico, pero también social y económico para que la actividad sea atractiva y se garantice la publicación de artículos científicos de calidad y así evitar la desaparición de revistas científicas que, en muchos casos, depende de su trabajo y aporte.

Rafael Vargas

Docente, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Militar Nueva Granada. UMNG. [Orcid.org/0000-0001-5702-9240](https://orcid.org/0000-0001-5702-9240).

Andrés Camargo Sánchez

Investigador, docente y editor (e), Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte. Fundación Universitaria del Área Andina. [Orcid.org/0000-0003-4723-9310](https://orcid.org/0000-0003-4723-9310).

Referencias bibliográficas

1. 10 frases de Carl Sagan sobre el conocimiento científico. (2018, 9 de agosto). National Geographic en español. Disponible en: <https://www.ngenespanol.com/el-mundo/frases-de-carl-sagan-sobre-la-ciencia/>
2. Vesper I. Peer reviewers unmasked: Largest global survey reveals trends. Nature 2018.
3. Chloros GD, Giannoudis VP, Giannoudis PV. Peer-reviewing in Surgical Journals: Revolutionize or Perish? Ann Surg. 2022 Jan 1;275(1):e82-e90. doi: 10.1097/SLA.0000000000004756. PMID: 33630457.
4. <https://es.wikipedia.org/wiki/Publons>
5. DeLisi, L. E. Where have all the reviewers gone? Is the peer review concept in crisis? Psychiatry Research; 2022. 114454.
6. Petrescu M, Krishen AS. The evolving crisis of the peer-review process. Journal of Marketing Analytics; 2022(1-2).

DOI: <https://doi.org/10.33132/01248146.2181>

CARTA AL EDITOR

En la actualidad se entrelazan los cambios y la creación de nuevas alianzas en todas las esferas tanto en la gestión pública como en la privada; el sistema de salud no está ajeno a este cambio porque ya tiene 30 años en el que el foco es el aseguramiento y afiliación; pero, esto requiere de una nueva perspectiva que responda a los cambios demográficos y económicos que vive el país; este cambio se relaciona directamente con darle relevancia a la Atención Primaria en Salud (APS), que busca alcanzar una cobertura universal de la salud, con un enfoque preventivo, eliminando las barreras estructurales, económicas, culturales, geográficas, lingüísticas y de género que impiden a las personas usar los servicios de salud. Con el fin de corregir las desigualdades en el acceso a los sistemas y servicios de salud tal inspiración desde el Estado fue tomada en la Conferencia Mundial sobre APS de Astana y nuestro país desea implementar y realizar la gestión real en este aspecto dado que APS en la Política Integral de Atención en Salud (PAIS) es el centro del sistema, pero que no se ha podido materializar dado que en el sistema actual la atención es fragmentada y compleja entre todos los actores del sistema.

De igual forma, pensar en el fortalecimiento de la salud pública es un reto que enfrentar los desafíos del siglo XXI, puesto que los aspectos políticos, sociales y económicos que determinan la salud y la equidad en la salud de la población han estado tradicionalmente fuera del ámbito de acción de la salud pública. Otro aspecto importante es darle vida a la Ley estatutaria 1751 de 2015 y que sea un hecho la visibilización del derecho a la salud; pero para esto, es necesario incorporar los determinantes sociales de la salud y su gestión intersectorial para que se consoliden respuestas reales y oportunas; este el principal reto para la reforma que el Estado sea garante de la salud no solo biológica sino integral, para ello se requiere un fortalecimiento de la autoridad sanitaria en los diferentes territorios del país con el fin de visibilizar las oferta en todos los estamentos de la sociedad.

Estas nuevas orientaciones realmente no son nuevas, sino que requieren tener una arquitectura real desde la oferta institucional a nivel nacional y territorial para ser ejecutada. Por ello, es importante definir que no es una reforma real sino que realmente se desarrolle la ley estatutaria de salud y que el sistema gire hacia lo preventivo y no hacia lo medicalizado, desde sin desconocer el camino recorrido entre, porque ciertamente, durante más de 30 años todos hemos aportado al desarrollo de avances para tener unas mejores condiciones de salud en Colombia.

Finalmente, es importante en esta reforma entender nuestra realidad territorial, ya que cada territorio desde lo rural o urbano requiere unos modelos distintos. Es im-

perativo adaptar el sistema a las realidades de las personas y los colectivos, y de forma imperativa, se deben fortalecer las capacidades institucionales de cada sector en cada territorio, dado que en el trabajo intersectorial tenemos un camino largo de trabajo entre todos. Pero, además, debemos compartir, replicar las experiencias exitosas y distribuir bien los recursos, así como realizar la veeduría adecuada de los mismos.

Edith Villalobos-Bolívar

[Orcid.org/0000-0002-5993-5404](https://orcid.org/0000-0002-5993-5404)

Docente

Programa de Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá, Colombia.

DOI: <https://doi.org/10.33132/01248146.2180>

EMPLEABILIDAD DE LOS TERAPEUTAS RESPIRATORIOS EGRESADOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA. PEREIRA, RISARALDA, 2021

Angélica María Blanco Vanegas*
José Gerardo Cardona**
Santiago Rojas Galvis***

Resumen

La terapia respiratoria (TR) es una profesión vital para los servicios asistenciales hospitalarios. Esta es una disciplina básica dentro del equipo médico e impacta positivamente el estado de salud de los pacientes en las diferentes patologías cardiorrespiratorias mediante la aplicación de diversas modalidades de intervención¹. El área de terapia respiratoria se ha expandido y ha impactado a la sociedad con la implementación de sus conocimientos y diversos procedimientos clínicos con el fin de ofrecer una adecuada atención en salud a los pacientes². Actualmente, la legislación nacional y los requerimientos de los profesionales especializados en el cuidado respiratorio toma fuerza no solo por las demandas del mercado sino también por el aporte que estos generan en la atención y reducción de costos a un sistema de salud en crisis³. **Objetivo:** identificar la empleabilidad de los terapeutas respiratorios en Pereira, Risaralda, 2021. **Materiales y métodos:** la investigación observacional, descriptiva con enfoque cuantitativo, la evaluación de las variables reportadas de una encuesta anónima realizada por la oficina de egresados de la Fundación Universitaria del Área Andina, aplicada a 135 egresados del programa de Terapeutas Respiratorios de la sede Pereira. La captura y procesamiento básico de información según las variables del estudio se hizo a través de Excel y el programa SPSS. **Resultados:** se pudo apreciar que, de un total de 135 egresados, 117 que corresponden al 86 % de la po-

* Terapeuta respiratorio. Fundación Universitaria del Área Andina. Pereira, Colombia.

** Licenciado en Matemática y Física. Fundación Universitaria del Área Andina. Pereira, Colombia.

*** Estudiante de Terapia respiratoria. Fundación Universitaria del Área Andina. Pereira, Colombia.

blación, manifestaron que se encuentran laborando como terapeutas respiratorios actualmente; solo el 6,6 % (9 personas) reportan estar desempleados y los demás registran ocupaciones laborales tales como independientes, empresarios y trabajos fuera del país. **Conclusiones:** este estudio evidencia la necesidad de realizar nuevas investigaciones sobre este campo ocupacional, además se confirmaron cambios en el perfil ocupacional a causa del SARS-CoV-2.

Palabras clave: educación profesional, empleo, estudiantes del área de la salud, terapia respiratoria.

EMPLOYABILITY OF RESPIRATORY THERAPISTS GRADUATED FROM THE FACULTY OF HEALTH SCIENCES AT FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA, PEREIRA, RISARALDA, 2021

Abstract

Respiratory Therapy (RT) is a vital profession for hospital care services, it is a basic discipline of the medical team and positively impacts the health status of patients, in different cardiorespiratory pathologies through the application of various intervention modalities¹. The area of Respiratory Therapy has expanded and has been impacting society, implementing its knowledge and various clinical procedures to offer adequate health care to patients². Currently, national legislation and the requirements of professionals specialized in respiratory care take force not only due to market demands but also due to the contribution that these generate in the care and reduction of costs to a health system in crisis³. **Objective:** Identify the employability of Respiratory Therapists in Pereira, Risaralda 2019. **Materials and methods:** Observational, descriptive research with a quantitative approach, evaluation of the variables reported from an anonymous survey conducted by the graduate office of the Fundacion Universitaria del Area Andina, applied to 135 graduates of the Respiratory Therapists program of the Pereira campus. The basic information capture and processing according to the study variables was done through Excel and the SPSS program. **Results:** It can be seen that out of a total of 135 graduates, 117 corresponding to 86 % of the population stated that they are working as therapists Currently respiratory, only 6,6 % (9 people) report being unemployed and the rest register occupations such as independent, entrepreneurs and working outside the country. **Conclusions:** The present study shows the need to continue conducting research in this occupational field, in addition to showing the changes in the occupational profile due to SARS-CoV-2.

Keywords: Employment, health students, professional education, respiratory therapy.

EMPREGABILIDADE DOS TERAPEUTAS RESPIRATÓRIOS FORMADOS NA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DEL ÁREA ANDINA, PEREIRA, RISARALDA, 2021

Resumo

A Fisioterapia Respiratória (TF) é uma profissão vital para os serviços de assistência hospitalar, é uma disciplina básica da equipe médica e impacta positivamente no estado de saúde dos pacientes, em diferentes patologias cardiorrespiratórias através da aplicação de diversas modalidades de intervenção¹. A área da Fisioterapia Respiratória se expandiu e vem impactando a sociedade, aplicando seus conhecimentos e diversos procedimentos clínicos para oferecer assistência adequada à saúde dos paciente². Atualmente, a legislação nacional e as exigências dos profissionais especializados em atenção respiratória ganham força não só pelas demandas do mercado, mas também pela contribuição que estas geram no atendimento e redução de custos para um sistema de saúde em crise³. **Objetivo:** Identificar a empregabilidade dos Terapeutas Respiratórios em Pereira, Risaralda 2019. **Materiais e métodos:** Pesquisa observacional, descritiva com abordagem quantitativa, avaliação das variáveis relatadas a partir de pesquisa anônima realizada pela secretaria de graduação da Fundação Universidade da Área Andina, aplicada a 135 egressos do programa de Terapeutas Respiratórios do campus Pereira. A captura e o processamento das informações básicas de acordo com as variáveis de estudo foram feitas por meio do Excel e do programa SPSS. **Resultados:** Pode-se verificar que de um total de 135 egressos, 117 correspondendo a 86 % da população afirmaram trabalhar como terapeutas Atualmente respiratório, apenas 6,6 % (9 pessoas) relatam estar desempregados e o restante registra ocupações como autônomo, empresário e trabalhar fora do país. **Conclusões:** O presente estudo mostra a necessidade de continuidade das pesquisas nessa área ocupacional, além de evidenciar as mudanças no perfil ocupacional em decorrência da SARS-CoV-2.

Palavras chave: educação profissional, emprego, estudantes de saúde, fisioterapia respiratória.

Introducción

La terapia respiratoria es un campo del área de la salud que se ha consolidado como una de las profesiones más importantes porque no solo se ha desarrollado en el cuidado respiratorio sino también ha contribuido activamente en investigaciones con el objetivo de prevenir y tratar enfermedades cardiorrespiratorias (1), (2). La historia de la terapia respiratoria inicia con la Asociación Americana del Cuidado Respiratorio (AARC) en la década de 1940 cuando se dio a conocer el tanque de oxígeno medicinal como un tratamiento para los pacientes con enfermedad pulmonar en el Estado de Illinois Chicago (American Association of Respiratory Care). En el año de 1946, el doctor Levine en compañía de algunos estudiantes, en el Hospital de Chicago, conformaron la Asociación de Terapia de Inhalación (ITA). De esta manera, se dio inicio a la profesión en 1950 en la Academia de medicina de Nueva York, cuando se publicó un informe llamado “Nivel de eficacia de la administración de terapia de inhalación” con el cual se obtuvo la certificación de terapeutas de inhalación (3), (4).

En esta medida, el terapeuta respiratorio puede llegar a constituirse como “médico extensor, es decir, un verdadero asistente médico-cardiopulmonar” quien se centrará en la evaluación del paciente, en el desarrollo de planes de atención, en la administración de protocolos en el manejo de enfermedades y en la rehabilitación (3). Pierson DJ, quien propuso en el 2001 un cuidado respiratorio centrado en una mayor relevancia a la perfusión tisular, recomienda además

la inclusión del terapeuta respiratorio en los servicios de cuidados paliativos, en el triaje de las unidades de cuidados intensivos, así como en la construcción de protocolos de atención asistencial (2).

A través de su artículo “Formación por competencias y el mundo del trabajo”, el autor explica que: la competencia designa un conocimiento inseparable de la acción, asociado con una habilidad que depende de un saber práctico, o de una facultad más general. De ese modo, se designan las capacidades para realizar una tarea con ayuda de herramientas materiales y/o instrumentos intelectuales. En ese sentido, la competencia es aquello por lo que un individuo es útil en la organización productiva (5), (6), (7).

En relación con la empleabilidad de los trabajadores de la salud en el mundo, Alberto Orguloso entrega cifras alarmantes sobre la actualidad y los efectos de la pandemia a causa del COVID-19 en su artículo: “El mundo de trabajo y el sistema de salud colombiano en la encrucijada del Coronavirus: “El efecto catastrófico que ha tenido el COVID-19 sobre el tiempo de trabajo y los ingresos laborales en el mundo se repite en América Latina y el Caribe, donde la pandemia causa la pérdida de 5,7 % de las horas de trabajo en el segundo trimestre de este año, lo que equivale a 14 millones de trabajadores a tiempo completo. De acuerdo con la OIT (2019), “la pandemia [por] COVID-19 está teniendo un efecto catastrófico en el tiempo de trabajo y en los ingresos, a nivel mundial”. Argumenta también en dicho artículo que: “Las estimaciones de la OIT indican un aumento del desempleo mundial de entre 5,3 mi-

llones (hipótesis “prudente”) y 24,7 millones (hipótesis “extrema”), mientras la crisis financiera mundial de 2008-2009 aumentó el desempleo mundial en 22 millones”. Además, se “la OIT estima que entre 8,8 y 35 millones de personas más estarán en situación de pobreza laboral en todo el mundo, frente a la estimación original para 2020” (8), (9), (10).

Se proyecta que el empleo de terapeutas respiratorios crecerá un 19 por ciento de 2019 a 2029, mucho más rápido que el promedio de todas las ocupaciones; lo anterior sin tener cifras de la necesidad de terapeutas respiratorios durante la crisis por la pandemia que acechó al mundo en la actualidad. El crecimiento de la población de mediana edad y ancianos conducirá a una mayor incidencia de afecciones respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la neumonía (11), (12). Estos trastornos respiratorios pueden dañar permanentemente los pulmones o restringir la función pulmonar (13), (14). Los ingresos anuales promedio para los terapeutas respiratorios en los Estados Unidos varían según el área de trabajo. La mayoría de los terapeutas respiratorios trabajaron en los hospitales generales y tuvieron un ingreso anual promedio de USD \$55.880 por año. Los empleados por los hospitales de especialidad tuvieron un salario promedio de USD \$55.880 por año, mientras que los que trabajaron en centros de cuidado ganaron un salario medio anual de USD \$59.820. Los terapeutas que trabajaron en las oficinas del médico ganaron un promedio de USD \$55.990 por año, mientras que los que trabajaron en los colegios y universidades reportaron las ganancias más

altas, con un promedio de USD \$67.060 por año (15). En Colombia, el salario promedio para un puesto de terapeuta respiratorio es desde COP \$2.100.00 hasta COP \$3.000.000 al mes. Las estimaciones de salarios se basan en 110 salarios de empleados y usuarios que trabajan como terapeutas quienes enviaron la información a Indeed de forma anónima, y en los salarios que se recopilaban de los anuncios de empleo publicados durante los últimos 36 meses (16).

Actualmente, la legislación nacional y los requerimientos de profesionales especializados en el cuidado respiratorio han tomado fuerza tanto por las demandas del mercado como por el aporte que estos generan en la atención y la reducción de costos en un sistema de salud en crisis (17).

En cuanto a la formación profesional de los estudiantes del área de la salud se debe valorar en qué medida su perfil de egreso permite satisfacer las demandas del mercado laboral; sin embargo, no existe suficiente investigación al respecto (7), (8). Según la Ley 1164 del 2007 “El desempeño del Talento Humano en Salud lleva consigo un compromiso y una responsabilidad social, que implica la disposición de servicio hacia los individuos y las colectividades sin importar creencias, raza, filiación política u otra condición humana (11). La vocación de servicio público, el campo laboral una vez egresados, o la vivencia de experiencias personales y/o familiares frente a una condición de salud se perciben como parte importante en las motivaciones de ingreso a una carrera del área de la salud (19), (20), (10).

Por lo anterior, se plantea el objetivo de la presente investigación que tiene como propósito identificar la empleabilidad de los terapeutas respiratorios egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Fundación Universitaria del Área Andina. Pereira, Risaralda, 2019.

Materiales y métodos

La investigación realizada fue observacional, descriptiva con enfoque cuantitativo, mediante la evaluación de las variables reportadas de una encuesta anónima realizada por la oficina de egresados de la Fundación Universitaria del Área Andina, aplicada específicamente a la población activa de la base de datos de terapeutas respiratorios egresados de la sede Pereira. La captura y procesamiento básico de esta información según las variables del estudio se hizo a través de Excel y el programa SPSS.

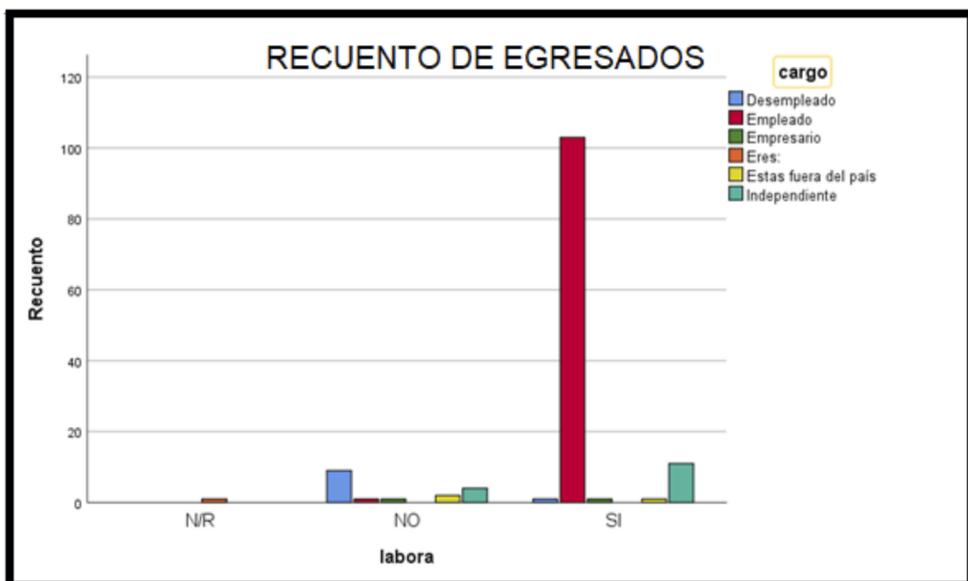
Se trabajaron las siguientes variables: empleabilidad, escala salarial en la región y la realización de estudios posgraduales.

Resultados

Se realizó el análisis de la información de la base de datos con el fin de identificar la situación laboral de los terapeutas respiratorios en la ciudad de Pereira, Risaralda, 2019.

En la figura 1 se aprecia que de un total de 135 egresados, 117 que corresponden al 86 % de la población manifestaron que se encuentran laborando como terapeutas respiratorios; actualmente, solo el 6,6 % (9 personas) reportan estar desempleados y los demás registran ocupaciones laborales tales como independientes, empresarios o laboran fuera del país.

Figura 1. Recuento de egresados y su desempeño



Fuente: elaboración propia.

Tabla 1. Estudios realizados por los egresados de Terapia Respiratoria

ESTUDIOS DE POSGRADO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	¿Ya realizaste o estás realizando otros estudios posgraduales?	1	,7	,7	,7
	NO	87	64,4	64,4	65,2
	SI	47	34,8	34,8	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Tabla 1. Respecto a la información aportada en la que se registra la variable estudios posgraduales se reporta que el 34,8 % (47 personas) de la población sí ha realizado estudios adicionales al pregrado frente a un 64,8 % (87 terapeutas respiratorios) que no lo han hecho. Las cifras anteriores denotan poco interés de los profesionales en continuar preparán-

dose para ser más competitivos en un mercado laboral cada vez más exigente.

Tabla 2. Escala salarial de terapeutas respiratorios. La información suministrada por la base de datos analizada reporta el rango salarial de la población objeto. Se registra que el 25,9 % (35 personas) reportan devengar salarios entre

Tabla 2. Escala salarial de terapeutas respiratorios

ESCALA SALARIAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		48	35,6	35,6	35,6
	\$ 1.001.000 a \$ 2.000.000	7	5,2	5,2	40,7
	\$ 2.001.000 a \$ 3.000.000	2	1,5	1,5	42,2
	\$ 3.001.000 a \$ 4.000.000	1	,7	,7	43,0
	\$4.001.000 a \$ 5.000.000	1	,7	,7	43,7
	0 A 500.000	3	2,2	2,2	45,9
	1.001.000 a 1.500.000	2	1,5	1,5	47,4
	1.501.000 a 2.000.000	35	25,9	25,9	73,3
	2.001.000 a 3.000.000	26	19,3	19,3	92,6
	3.001.000 a 4.000.000	6	4,4	4,4	97,0
	500.000 a 1.000.000	1	,7	,7	97,8
	MAYOR a 4.001.000	3	2,2	2,2	100,0
Total	135	100,0	100,0		

Fuente: elaboración propia.

\$1.501.000 - \$2000.000 de pesos; el 19,3 % (26 personas) reportan salarios entre \$2.001.000 - \$ 3.000.000; a su vez, solo el 2,2 % de la población encuestada registra salarios mayores a \$4.001.000 pesos. Son cifras preocupantes que reflejan altas brechas salariales entre los egresados del programa en la región.

Discusión

Los terapeutas respiratorios son reconocidos como profesionales de apoyo vital; sin embargo, esta profesión es relativamente joven en Latinoamérica debido a que evidencia los inicios de sus funciones hace aproximadamente 30 años (3). El objetivo del presente artículo se fundamentó en identificar la empleabilidad de los profesionales egresados durante 2019 en la regional Pereira, Risaralda.

Entre los hallazgos relevantes está la tasa de empleabilidad registrada para el 2019, en la que se reporta que el 86 % de la población objeto se encuentra laborando como terapeuta respiratorio, situación equiparable frente a lo reportado por el departamento laboral de los EE. UU.: “Se proyecta que el empleo de terapeutas respiratorios crecerá un 19 por ciento de 2019 a 2029, mucho más rápido que el promedio de todas las ocupaciones. El crecimiento en la población de mediana edad y de mayor edad conducirá a una mayor incidencia de afecciones respiratorias como neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y otros trastornos que pueden dañar permanentemente los pulmones o restringir la función pulmonar. El envejecimiento de la población conducirá también a una mayor

demanda de servicios y tratamientos de terapia respiratoria, principalmente en los hospitales” (13). Los pacientes con diagnóstico de enfermedades respiratorias crónicas generalmente buscan ser atendidos en casa lo que aumenta la demanda de estos profesionales; la proyección de la salud preventiva incentiva aún más la labor del terapeuta respiratorio quien debe desarrollar esfuerzos en prevención y promoción de los cuidados respiratorios. Esta situación deja al descubierto que existe una alta demanda y probabilidad de empleabilidad, un dato importante para los futuros profesionales.

Respecto a la escala salarial registrada en esta investigación, se evidencia una brecha bastante amplia entre el mayor número de la población que registra un salario promedio y en menor proporción los profesionales que registran devengar salarios por encima de los cuatro millones de pesos. En la actualidad, la terapia respiratoria está catalogada en Colombia como una de las profesiones peor pagadas según INDEED (Bolsa de trabajo en Simpli) —una de las empresas de mayor prestigio para la búsqueda de trabajo en el país—, el salario promedio para un puesto de terapeuta en Colombia es de \$1.521.396 al mes según lo registrado en el sitio web, el 22 de octubre del presente año (16); sin embargo, si se evalúa lo registrado por la oficina laboral de la Organización de las Naciones Unidas según la cual los ingresos promedio están alrededor de USD 47.000 a USD 74.400 al año (13). Lo anterior evidencia una gran brecha en la escala salarial, más aún cuando el desempeño de sus funciones es equiparable en ambos países.

Por último, la relación e intención de hacer estudios posgraduales deja en evidencia una gran desmotivación por parte de los profesionales debido a que difícilmente el sistema de salud colombiano reconocerá la preparación posgradual en términos salariales.

Conclusiones

Este estudio confirma la necesidad de continuar realizando investigaciones en este campo ocupacional; ampliar los límites de la población evaluada sugiere la importancia de realizar una investigación que arroje datos ocupacionales a nivel nacional, buscando divulgar información más completa y veraz. En la actualidad la presencia de la pandemia por causa del SARS-CoV -2 ha demostrado la importancia de estos profesionales de la salud, ya que su función principal en clínicas está centrada en el análisis y apoyo médico en las unidades de cuidado intensivo. Sería interesante evidenciar los cambios en los perfiles ocupacionales de la profesión, y los rangos salariales de acuerdo con la nueva legislación propuesta por el Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios al Gobierno nacional.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

1. Lilian Alejandra Gonzalez Angel. Introducción a la terapia.
2. Pierson. DJ. The Future of Respiratory Care.

3. MiNSALUD C. Perfiles Y Competencias Profesionales Del Terapeuta Respiratorio En Colombia. 2014;84. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Terapia-Respiratoria_Octubre2014.pdf

4. Consejos R, 29 mayo, 2017 Última actualización 26 diciembre 2019. Fisioterapia respiratoria: 100 años de historia y de logros [Internet]. Available from: <https://www.consejosdefarmacologico.com/enfermedades/respiratorias/fisioterapia-respiratoria-100-anos-historia-logros/#:~:text=La+fisioterapia+respiratoria+empezó+a,+que+más+evidencia+científica+tiene.>

5. Estrada M. JH. La formación por competencias y el mundo del trabajo: de la calificación a la empleabilidad. Rev Salud Pública. 2012;14(1):98–111.

6. Acosta MCA. Empleabilidad de los especialistas en auditoria en salud, egresados de la universidad autonoma-Bucaramanga,2010. עטונה וולע. 2012;66(3):37–9.

7. Alberto F, Díaz E, Sc SM, Pública S. OBSERVATORIO EN SALUD. 2008;1(1). Available from: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Paginas/default.aspx>

8. Orguloso A. El mundo de trabajo y el sistema de salud colombiano en la encrucijada del Coronavirus. Informe Nac Coyunt Labor la ENS [Internet]. 2020;1(2019):57. Available from: <http://ail.ens.org.co/wp-content/uploads/sites/3/2020/04/Informe-Nacional-de-Coyuntura-Laboral-2020-Version-Final1.pdf>

9. Alvaro Altamirano Montoya 2020. ¿Qué efectos tendrá la COVID-19 sobre el empleo de América Latina y el Caribe? [Internet]. Available from: <https://blogs.iadb.org/trabajo/es/que-efectos-tendra-la-covid-19-sobre-el-empleo-de-america-latina-y-el-caribe/>

10. Paz-Rodríguez F, Betanzos-Díaz N, Uribe-Barrera N. Expectativas laborales y empleabilidad en enfermería y psicología. Aquichan. 2014;14(1):67–78.

11. MADEIROS QUEREJAZU G. Universidad Andina Simón Bolívar. *Universidades*. 1993;(5):40–4.
12. Villalba Egas JC. Tendencia de mortalidad por Neumonía en adultos mayores en Ecuador años 2008 a 2017. *Web* [Internet]. 2019;1–15. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16725>
13. Unidos. D de trabajo de los E. Respiratory-therapists @ www.bls.gov.
14. Félix Hinojosa EC. Editorial Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Acta Med Per* [Internet]. 2009;26(4):188–91. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n4/a01v26n4.pdf>
15. El-ingreso-promedio-anual-de-un-terapeuta-respiratorio-11313 @ pyme.lavoztx.com [Internet]. Available from: <https://pyme.lavoztx.com/el-ingreso-promedio-anual-de-un-terapeuta-respiratorio-11313.html>
16. Cuanto se gana como Terapeuta Respiratorio en Colombia [Internet]. Available from: <https://co.indeed.com/salaries/terapeuta-Salaries>
17. Congreso de la República. Ley 1240 de 2008. Dep Adm la Func Publica [Internet]. 2008;2008(julio 30):1–7. Available from: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=31689
18. Garcés CR, Fuentes GP. Formación profesional y empleabilidad: Las tensiones del mercado en las carreras de la salud en Chile. *Rev Cuba Educ Medica Super*. 2017;31(4):1–9.
19. Troncoso Pantoja C, Garay Lara B, Sanhueza Muñoz P. Percepción de las motivaciones en el ingreso a una carrera del área de la salud. *Horiz Médico*. 2016;16(1):55–61.
20. Antioquia U De. *Administración en Salud de la Universidad*. 2012;1999–2008.

DOI: <https://doi.org/10.33132/01248146.2183>

COMPONENTE HUMANO EN ESTUDIANTES DE UN PROGRAMA DE CIENCIAS DE LA SALUD EN LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA, PEREIRA, 2021

Angélica María Blanco Vanegas*
María del Pilar Gómez González**
Luisa Fernanda Taborda Martínez***
Valentina Vásquez Giraldo****
Carlos Steven Vallejo Galvis*****
Juan Pablo Arias Velásquez*****

Autor correspondiente: ablanco2@areandina.edu.co

Resumen

La deshumanización es la reducción de las cualidades que distinguen a las personas como seres humanos, llevando al profesional a actuar sin ser capaz de experimentar empatía. La educación en ciencias de la salud enfrenta la dificultad que representa el desarrollar mecanismos que permitan implementar un componente humano óptimo desde la formación profesional. El propósito de no implicarse emocionalmente es, quizá, un mecanismo de defensa que aparta del sufrimiento ajeno. Esta actitud impersonal compromete la empatía, desgasta el ideal y promulga la necesidad de una educación afectiva para conservar la empatía durante los años de formación. **Objetivo:** identificar el componente humano en estudiantes de un programa de ciencias de la salud en la Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira, 2021. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, muestra de 146 estudiantes seleccionados en forma no probabilística. La captura

* ablanco2@areandina.edu.co. Fundación Universitaria el Área Andina, Pereira, Colombia.

** mgomez3@areandina.edu.co Fundación Universitaria el Área Andina, Pereira, Colombia.

*** Ltaborda@estudiantes.areandina.edu.co. Fundación Universitaria el Área Andina, Pereira, Colombia.

**** vvasquez12@estudiantes.areandina.edu.co. Fundación Universitaria el Área Andina, Pereira, Colombia.

***** cvallejo10@estudiantes.areandina.edu.co. Fundación Universitaria el Área Andina, Pereira, Colombia.

***** jarias5@areandina.edu.co. Fundación Universitaria el Área Andina, Pereira, Colombia.

y procesamiento de la información básica según las variables de estudio se realizó a través del programa STATA 15. **Resultados:** el puntaje de medición de empatía global obtenido en la investigación fue de 97 lo que indica un nivel sobresaliente (88-113). **Conclusiones:** es importante generar estrategias que impacten desde la academia, que promuevan la empatía y el factor humanístico.

Palabras clave: Deshumanización, educación, empatía, ética, humanización en salud.

HUMAN COMPONENT IN STUDENTS OF A HEALTH SCIENCES PROGRAM AT FUNDACION UNIVERSITARIA DEL DAD ÁREA ANDINA, PEREIRA, 2021

Abstract

Dehumanization is the reduction of the qualities that distinguish people as human beings, leading the professional to act without being able to experience empathy; Education in health sciences faces the difficulty of developing mechanisms that allow the implementation of an optimal human component from professional training. The purpose of not getting emotionally involved is, perhaps, a defense mechanism that removes the suffering of others. This impersonal attitude compromises empathy wears down the ideal, and promulgates the need for an affective education to maintain empathy during the formative years. Aim: Identify the human component in students of a health sciences program at AREANDINA University, Pereira, 2021. Method: Quantitative, descriptive, cross-sectional study, sample of 146 students selected in a non-probabilistic way. The capture and processing of basic information according to the study variables was carried out through the STATA 15 4 program. Results: The global empathy measurement score obtained in the research was 97, which indicates an outstanding level (88-113) Conclusions: It is important to generate strategies that impact from the academy, promoting empathy and humanistic.

Keywords: dehumanization, education, empathy, ethics, humanization in health.

COMPONENTE HUMANO EM ESTUDANTES DE UM PROGRAMA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NA FUNDAÇÃO UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA, PEREIRA, 2021

Abstrato

A desumanização é a redução das qualidades que distinguem as pessoas como seres humanos, levando o profissional a agir sem poder experimentar a empatia; a educação em ciências da saúde enfrenta a dificuldade de desenvolver mecanismos que permitam a implementação de um componente humano ideal a partir da formação profissional. O propósito de não se envolver emocionalmente é, talvez, um mecanismo de defesa que remove o sofrimento de outros. Esta atitude pessoal compromete a empatia, desgasta o ideal e promulga a necessidade de uma educação afetiva para manter a empatia durante os anos de formação. Objetivo: Identificar o componente humano nos estudantes de um programa de ciências da saúde da Universidade AREANDINA, Pereira, 2021. Método: Estudo quantitativo, descritivo, transversal, amostra de 146 alunos selecionados de forma não-probabilística. A captura e processamento de informações básicas de acordo com as variáveis de estudo foi realizada através do programa STATA 15.4. Resultados: A pontuação global de medição de empatia obtida na pesquisa foi 97, o que indica um nível excepcional (88-113) Conclusões: É importante gerar estratégias que tenham impacto da academia, promovendo empatia e humanismo.

Palavras-chave: desumanização, educação, empatia, ética, humanização na saúde.

Introducción

El término deshumanización se entiende como una consecuencia de un modelo racional científicista que se aleja de la sensibilidad humana, esto con el desarrollo de los años se ha visto reflejado en un mecanismo del ejercicio que llega a ser estrictamente científico, alejándose de las recomendaciones que se remontan a los tiempos de Hipócrates que establece que se debe “curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre”. En ese sentido, la deshumanización es la reducción de las cualidades que distinguen a las personas como seres humanos, llevando al profesional a actuar sin ser capaz de experimentar empatía; por su parte, la empatía, del griego *empathia*, significa saber apreciar los sentimientos de otros. En 1918 esta se incorpora al ámbito médico como un elemento presente en la relación médico-paciente que facilita el diagnóstico y la terapéutica (1), (2). La humanización es un aspecto que la Organización Mundial de la Salud considera esencial, tanto en la atención en salud como en el quehacer de cada uno de los que participan en ella: prestadores, reguladores, clientes y usuarios. La deshumanización de la salud es la falta de reconocimiento de lo humano, del ser humano como valor fundamental, es la cosificación del ser que acude al profesional o al servicio de salud, la cual va más allá de la falta de cariño o ternura en una atención, o de una fórmula para el saludo o una silla cómoda. Es cuando las personas dejan de ser asumidas como seres humanos, cuando no los vemos como iguales a nosotros, cuando vulneramos su autonomía, cuando vamos en contra del imperativo cate-

górico, el complejo, multidimensional y maravilloso ser humano es simplificado, se vuelve cifras, patologías, es maltratado y considerado parte de una masa de usuarios (3), (4).

En relación con la sobrecarga laboral a nivel mundial, la OMS ha calculado que 57 países (más del 40 % de la población mundial) no cuentan con suficientes trabajadores de la salud para proporcionar el nivel mínimo de atención requerido. En América Latina, 15 países están por debajo, y aunque este grupo de naciones representan el 19,5 % de la población de la región, cuentan con solo 11,5 % de los médicos y 3,1 % de las enfermeras (5). En Colombia el Observatorio de calidad de la atención en salud (OCAS) llevó a cabo un estudio entre 2016 y 2019 que entregó información a los gobernantes, responsables de las instituciones de salud y a los ciudadanos sobre lo que sucede con la atención que se presta en hospitales públicos y clínicas privadas. Las cifras en el municipio de Pereira denotan un 96,87 % de satisfacción global de usuarios de IPS, lo cual cumple con la Resolución 256 de 2016, que establece una meta mayor o igual al 80 % de los encuestados; sin embargo, el tiempo promedio de espera estimado para atención del usuario clasificado con triage II en los servicios de urgencias es de 60,64 minutos; lo anterior hace evidente que, si bien la atención es satisfactoria, el tiempo de espera es el doble de lo ideal. Si bien, las cifras demuestran que el país se encuentra sobre las metas de calidad, se debe tener en cuenta que actualmente no hay una evaluación precisa sobre el dominio de humanización, los dominios estudiados se basan en tiempos de espera y efecti-

vidad de la atención (6). Por lo anterior, se decide desarrollar esta investigación encaminada con el fin de identificar cuál es el componente humano en estudiantes de un programa de ciencias de la salud en la Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira, 2021.

Materiales y método

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, desde enero del 2020 hasta mayo del 2021, con una muestra de 146 estudiantes matriculados en el programa de Terapia Respiratoria durante el periodo 2021-1, seleccionado de forma no probabilística. El rango de edad se mantuvo entre los 18 y 21 años, y el 73,29 % de la población participante fue de sexo femenino. La información se recolectó por medio de la aplicación de la escala de Jefferson Scale of Empathy, Health Professions Student Version (JSE HPS-Version): para la administración de los estudiantes en todas las profesionales de la salud. Los resultados generales se expresan en frecuencias absolutas y relativas. Para explorar la asociación entre las variables sociodemográficas y las preguntas consideradas en este estudio se utilizó la prueba de χ^2 ; la captura y procesamiento de la información básica según las variables de estudio se realizó a través del programa STATA 15. Se firmó la carta de consentimiento y se garantizó la confidencialidad y privacidad de los datos personales y de los datos sensibles en los términos de la normatividad vigente (12).

formación de instrumentos de medición relacionados con la humanización en salud, selección del instrumento avalado para su aplicación. Fase II: se estudió la aplicabilidad del instrumento y se hizo el formulario de recolección de la información por Google Drive; además, se anexó el consentimiento informado y se aplicó una prueba piloto a 20 estudiantes del programa académico, quienes consideran que los ítems son claros y entendibles para personas de su misma edad. Fase III: se procedió a la recolección de la información y al posterior análisis de la información mediante el programa STATA 15, luego se evaluaron los resultados según las tres variables de los objetivos específicos planteados para dar respuesta a la pregunta de la investigación.

Resultados

La población de estudio correspondió a 146 estudiantes, de los cuales 73,29 % fueron mujeres, 50 % de la población incluida estaba en el grupo etario de 18-21 años, seguido por 36,3 % del grupo de 22-25 años. Con respecto a su nivel académico, participaron todos los semestres académicos, 67,12 % está representado entre primero y quinto semestre (tabla 1).

En la población estudiada se encontraban tres rangos de edad, entre 18-21 años ($n=73$) (50 %); entre 22-25 años ($n=53$) (36,30 %), y >26 años ($n=20$) (13,70 %); de la cual 73,29 % de los encuestados fueron mujeres ($n=107$), y 26,71 % fueron hombres ($n=39$). Por último, se caracterizó el semestre al que pertenecen para posteriormente analizar si existe correlación entre el grado de escolaridad y el nivel de empatía. El puntaje en la es-

La recolección de la información se realizó mediante tres fases. Fase I: se elaboró la matriz de referencia para buscar in-

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica y académica

Variable	n	%
Sexo		
Femenino	107	73.29
Masculino	39	26.71
Grupo de edad		
18-21	73	50.00
22-25	53	36.30
>26 años	20	13.70
Semestre		
Primero	18	12.33
Segundo	10	6.85
Tercero	20	13.70
Cuarto	20	13.70
Quinto	30	20.55
Sexto	17	11.64
Séptimo	15	10.27
Octavo	16	10.96

Fuente: elaboración propia.

cala de empatía global arrojó una mediana de 97 (RIC= 17), equivalente a un ME sobresaliente (tabla 2). Se calculó la mediana y el rango intercuartílico para cada una de las dimensiones contempla-

das para comprender la empatía en los estudiantes del área de la salud, como se observa en la tabla 2.

Para determinar qué medidas por la estructura factorial de tres dimensiones (toma de perspectiva, cuidado con compasión y situarse en los zapatos del paciente) influyeron en las tres variables significativas aquí encontradas (sexo, grupo de edad y semestre), se realizaron los análisis presentados en la tabla 3; también se analizó el resultado de la relación de variables de Spearman de manera individualizada en cada estructura factorial en relación con el grado escolar, en ellas se pudo determinar que solo existe una relación directa entre el grado escolar y el nivel de empatía en cuanto a la estructura factorial de toma de perspectiva (Spearman's Rho= 0.1047); mientras que en las dos estructuras factoriales restantes, se pudo demostrar que no existe una correlación entre el grado escolar y el nivel de empatía ("Cuidado con compasión" Spearman's Rho= -0.0177) ("Ponerse en los zapatos del paciente" Spearman's Rho= -0.017); así mismo, al analizar el puntaje de empatía global en relación con el grado de escolaridad, se pudo observar que no hay una relación en la que se pueda es-

Tabla 2. Dimensión

	Toma de perspectiva	Cuidado con compasión	Ponerse en los zapatos del paciente	Empatía Global
Mediana	62	27.5	9	97
Rango Intercuartílico	8	15	4	17
Mínimo	17	14	2	43
Máximo	70	56	14	137

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Relación de variables evaluadas

	Empatía Global		Toma de perspectiva		Cuidado con compasión		Ponerse en los zapatos del paciente	
	ME (RIC)	p	ME (RIC)	p	ME (RIC)	p	ME (RIC)	p
Sexo								
Femenino	95 (18)	p= 0,8456*	62 (8)	p= 0,7733 *	28 (15)	p= 0,9523*	9 (5)	p= 0,7102
Masculino	97 (15)		63 (10)		27 (15)		10 (4)	
Grupo de edad								
18-21	95 (16)	p= 0,4889**	61 (12)	p= 0,5226	26 (16)	p= 0,7192	9 (7)	p= 0,8858
22-25	97.5 (18)		62 (7)		29.5 (14)		9 (7.5)	
>26 años	98 (13)		62.5 (5)		26 (10)		9 (6)	
Semestre								
Primero	93.5 (12)	Spearman's Rho= 0,0505*** p= 0,5459	60 (10)	Spearman's Rho= 0,1047*** p= 0,2085	9 (4)	Spearman's Rho= -0,0177*** p= 0,8319	27 (16)	Spearman's Rho= -0,017*** p= 0,8354
Segundo	95 (8)		63.5 (5)		7.5 (6)		22 (12)	
Tercero	95 (18)		60.5 (9.5)		9 (4.5)		29.5 (9)	
Cuarto	99 (10)		62 (8.5)		10.5 (3)		29 (16.5)	
Quinto	97 (18)		62.5 (7)		10 (3)		28 (18)	
Sexto	101 (9)		64 (8)		9 (5)		28 (8)	
Séptimo	95 (22)		61 (10)		8 (6)		20 (26)	
Octavo	92.5 (21.5)		62.5 (11)		8.5 (4.5)		29.5 (14)	

* U de Mann Whitney
 ** Prueba de Kruskal Wallis
 *** Correlación de Spearman
 Nivel de significancia 0,05

Fuente: elaboración propia.

tablecer que entre más alto sea el grado de escolaridad el nivel de empatía será mayor o menor.

Se presentan los resultados de la relación entre las variables sociodemográficas y académicas con la variable de estudio. Para determinar la relación de sexo con la empatía global y cada una de sus dimensiones, se utilizó la prueba de la U de Mann Whitney con un nivel de significancia de 0,05, y se demostró que no existen diferencias entre hombres y mujeres en la empatía global ni en cada una de sus dimensiones. Para determinar la correlación del nivel académico y la empatía se usó la prueba de Spearman y se evidenció que no hay diferencias en el grado de empatía según el semestre académico.

Discusión

La empatía es un valor fundamental tanto en profesionales de la salud como en aquellos que están en proceso de formación, reconociendo en esta característica la posibilidad de brindar una atención más humanizada, centrada

en el paciente, en sus necesidades, con el reconocimiento de las emociones y la posibilidad de gestión de estas para que se genere un vínculo entre paciente-profesional (15).

Entre la población de estudiantes participantes en este estudio se encontró un grado de empatía sobresaliente, sin presentar diferencias según el sexo, el grupo de edad y ninguna correlación con el nivel académico. Estos difieren con los antecedentes de poblaciones similares, en las cuales se resalta una baja empatía en el proceso de atención atribuido principalmente a la falta de desarrollo y profundización en competencias humanísticas y un mayor énfasis en los conocimientos técnico-científicos (15).

Los hallazgos en esta población pueden explicarse por algunos elementos evidenciados en otros estudios en los que se plantea la relación del grado de empatía con el sentido de pertenencia frente a su profesión, y la integración con el énfasis en el modelo pedagógico hacia el humanismo, la ética y las buenas prácticas de la profesión, es decir,

se plantea la influencia de la cultura, el contexto y políticas de la institución de educación (Factores relacionados con la empatía en estudiantes de Enfermería de la Universidad de Cartagena) elementos que son fundamentales en la formación del personal de la salud (15). Respecto al sexo, a pesar de lo esperado por el marco sociocultural y los estereotipos asociados con el género, en este grupo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas frente a la empatía y sus dimensiones, similar a lo hallado en estudios realizados en Perú.

A partir de estos hallazgos, se deben continuar los procesos de formación integral para profundizar en los elementos técnico-científicos y además se complementen con el humanismo en un eje articulador y determinante para la calidad de los procesos de atención (15)(16). El puntaje de medición de empatía global obtenido en la investigación fue de 97 lo que indica un nivel sobresaliente (88-113), al realizar una comparación con los puntajes obtenidos en estudios realizados en otros países como EE. UU. donde la media de empatía global fue de 114,3; en el Caribe Centroamericano: 104,60-108,9; Japón: 104,3; Australia: 109, 7; Reino Unido: 112 (17). Los puntajes obtenidos se consideran bajos en relación con países como EE. UU., Australia y Japón; sin embargo, se mantienen en la media con los países estudiados en Latinoamérica donde se resalta la necesidad de implementar políticas y mecanismos que permitan fortalecer el componente humano hasta alcanzar un puntaje alto para obtener un sistema de salud integral donde la ciencia y la ética vayan de la mano. Lo anterior denota las diferencias poblacionales entre los paí-

ses desarrollados y aquellos en vía de desarrollo donde se evidencia que la variable sobrecarga laboral influye en estos resultados, dado que en estos últimos países el sistema de salud se encuentra en deterioro o en crisis como es el caso específico de Colombia (18).

Por otro lado, mediante la evaluación de la variable género, el punto de corte (Baja competencia empática para hombres en valores ≤ 95 y en mujeres ≤ 100) para la relación se determina que la población femenina se clasifica en competencia empática baja, a diferencia del estudio realizado por Días Valentín en el que evidencia mayor habilidad empática en mujeres que en hombres. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la población femenina representa el 73,4 % de la población estudiada y la masculina solo el 26,71 %, factores que pueden ser determinantes para el análisis estadístico de las medianas (17) (19).

Si bien, diversos estudios han demostrado que a mayor edad o escolaridad menor el resulta nivel de empatía (14) debido a que la empatía cambia y la dimensión afectiva es la más alterada durante los años de graduación (6). Observamos una población en la cual no hay una correlación directa entre los factores, sin embargo, se destaca que tampoco se observa un crecimiento paulatino conforme se avanza en el grado de la escolaridad sobre el nivel de empatía, ratificando el llamado a la urgencia de generar los mecanismos para una educación que en el p \acute{e} nsum otorgue la misma importancia al componente humano, la dimensión afectiva y el conocimiento científico para formar profesionales íntegros (18) (19).

Graziela Moretoa, en *Reflexiones sobre la deshumanización* propone que la academia y los estudiosos de la educación médica se esfuercen por encontrar respuestas al desafío de mejorar la educación de las emociones del estudiante y su consecuente desarrollo afectivo, y sugiere que entre la variedad de posibilidades educativas se incluya la música, las narrativas, la literatura, la ópera y, de modo especial, la educación con el cine como propuestas de educación integral. Tal situación entra en concordancia con lo evaluado en la presente investigación en la que a pesar de no encontrarse disminución de la empatía, a pesar del avance en cada semestre académico, la inmersión de los estudiantes en las responsabilidades que asumen limitan su comportamiento empático al entrar en contacto con sus pacientes. (6)(20).

Según el análisis que entrega en su aporte investigativo Schaufeli, citado por Carlotto en el que propone que los profesionales en formación también son susceptibles a padecer síntomas psiquiátricos y se ven afectados por el entorno en que se desarrollan durante sus estudios de pregrado y posgrado, lo cual en el futuro se asociarán a consecuencias negativas en los planos laboral y personal, que tendrán incidencia directa en el trato dado a sus pacientes. Lo que concuerda con la postura de los investigadores quienes sugieren que en los estudiantes también se encontraron factores que se relacionan con esta sintomatología, influenciados por el estilo de vida, la actividad física y mental, el sexo, el estado civil, el tener hijos, la relación con la familia, entre otros (7) (20).

Conclusión

Cuando nos referimos a la humanización, hablamos de un compromiso ético personal en el que se participa y se educa a los profesionales que ya ejercen su labor, donde encontramos el respeto, la consideración, y se genera una preocupación por el bien de los otros. En la actualidad se ha elevado la deshumanización en la relación médico-paciente, tal vez debido a que en los primeros años de formación los estudiantes sienten la motivación por terminar su carrera y se encuentran demasiado sensibles con el trato al paciente. Esto tiende a disminuir en sus procesos de formación y dejan de manejar esa empatía frente al sufrimiento del paciente seguramente por sus obligaciones académicas.

A medida que pasa el tiempo y el estudiante ya está por terminar su proceso formativo, se genera un distanciamiento de esa sensibilidad y empatía con el paciente, ya sea por el hecho de no comprometerse emocional y psicológicamente, o por no haber desarrollado en conjunto la parte teórica con la práctica, y por lo tanto, dejan de ver al paciente como un ser humano y lo convierten en un campo de entrenamiento. Al reconocer que existe una estrecha relación entre la teoría y la práctica mediante la evidencia de testimonios y actividades prácticas, se concluye que es importante generar estrategias que realmente impacten desde la academia con el fin de evitar que se pierda ese factor empático y humanístico tan necesario e indispensable en el profesional de la salud.

Referencias bibliográficas

1. Zambrano MLC. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista CUIDARTE*. 2016;7(1):1227–31.
2. Mundial B. Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia. Banco Mundial e IFC. 2019;1–130.
3. Romero-Hurtado LC, Colina-de-Andrade DM. Transformando la universidad en Colombia: hacia la construcción de nuevos escenarios. 2016;12:126–34.
4. Ruiz Torres, M. Z., Morales Giraldo, L. J., Canizales Caicedo, M. T., & Amariles Aguirre, L. F. (2018). Aprendiendo sobre la humanización de la salud.
5. De I, Espectador E, Dec BB. Salud en Bogotá. 2015;1–2.
6. Moreto, G., Blasco, P. G., & Piñero, A. (2018). Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina. *Educación Médica*, 19(3), 172-177.
7. Ávila-Morales, J. C. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*, 30(2), 216-229..
8. Avarro-Vargas, J. R. (2018). Humanización en la salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 66(3), 291–292..
9. Bermejo, J. C., & Villacieros Durban, M. (2018). Humanización y acción. *Revista Iberoamericana De Bioética*, (8), 01-16..
10. Rodríguez, L. A. J., Suárez, R. G., & Márquez, M. (2019). Deshumanización en la atención de la salud ¿ son las TIC´s el problema o la solución?. *Mundo Fesc*, 9(17), 76-84..
11. Domínguez-González, A. D., Velasco-Jiménez, M. T., Meneses-Ruiz, D. M., Guzmán Valdivia-Gómez, G., & Castro-Martínez, M. G. (2017). Síndrome de burnout en aspirantes a la carrera de medicina. *Investigación en educación médica*, 6(24), 242-247..
12. Hojat, M. (2016). Empathy in health professions education and patient care.. faltan datos si es de libro o revista
13. Valentín, M. J. D. (2019). Empatía en estudiantes de enfermería. Validez y fiabilidad de la versión española de la escala de empatía jse-hps (Doctoral dissertation, Universidad de Castilla-La Mancha)..
14. J Parra Ramírez, G. D. J., & Cámara Vallejos, R. M. (2017). Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. *Investigación en educación médica*, 6(24), 221-227.
15. Madera-Anaya, M., Tirado-Amador, L., & González-Martínez, F. (2016). Factores relacionados con la empatía en estudiantes de Enfermería de la Universidad de Cartagena. *Enfermería Clínica*, 26(5), 282-289.
16. Marques, L. M. N. S. D. R., Fonseca, S. C., Milioni, V. C., & Corbiceiro, W. C. H. (2021). ¿ Cuáles son los valores esenciales para la formación médica?. *Revista Bioética*, 28, 693-703..
17. Rozengway Vijil, H., García Reyes, A. M., & Vallecillo Amador, L. I. (2016). Niveles de empatía según la escala de Jefferson en estudiantes de Medicina, Enfermería y Odontología de Honduras. *Revista Científica Ciencia Médica*, 19(2), 14-19..
18. Aparicio, D. E., Ramos, A. E., Mendoza, J., Utsman-Abarca, R., Calzadilla-Núñez, A., & Díaz-Narváez, V. P. (2019). Levels of empathy, empathy decline and differences between genders in medical students of Cartagena (Colombia). *Educación Médica*, 20, 136-143..

19. Rueda Castro, L., Gubert, I. C., Duro, E. A., Cudeiro, P., Sotomayor, M. A., Benites Estupiñan, E. M., López Dávila, L. M., Farías, G., Torres, F. A., Quiroz Malca, E., & Sorokin, P. (2018). Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. *Revista Iberoamericana De Bioética*, (8), 01-15..

20. Andina, C. (2017). *Estrategia Andina para la Gestión del Riesgo de Desastres*. Lima, Perú.

DOI: <https://doi.org/10.33132/01248146.2184>

INCLUSIÓN CULTURAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD: UN DERECHO Y UN FACTOR DETERMINANTE EN SU REALIZACIÓN HUMANA

Aura Elena Bernal de Rojas*
Luz Ángela Rojas Bernal**

Resumen

La exclusión de las personas con discapacidad ha sido una constante en la historia de la humanidad; sin embargo, su destino ha cambiado en las diferentes sociedades, desde la aniquilación, la explotación y la marginalidad hasta el reconocimiento de sus derechos, gracias a los avances del conocimiento sobre sus causas, el desarrollo de apoyos médicos, tecnológicos, educativos y sociales, así como la comprensión sobre la vulnerabilidad que todos tenemos de padecerla, sumado al despliegue de los derechos humanos y los movimientos reivindicativos de este grupo poblacional, que ha llevado a la expedición de políticas y normas internacionales y nacionales orientadas a su plena inclusión. Dicha inclusión consiste en lograr la posibilidad real y efectiva de acceder y participar en la sociedad, junto con los demás ciudadanos, sin ninguna limitación o restricción por motivo de la discapacidad, entre estas, la inclusión cultural, por la cual se asumen los valores humanos, el conocimiento y las habilidades para desenvolverse en el contexto a través de la influencia educativa que acontece en la interacción social, es determinante en la adquisición de las potencialidades humanas de todos los individuos y en particular en las personas con discapacidad. El presente artículo realiza una reflexión sobre la importancia de la inclusión cultural de las personas con discapacidad, no solo como derecho, sino como un factor determinante en su realización humana.

Palabras clave: defensa de las personas con discapacidad, derechos culturales, derechos humanos, estudios de la discapacidad, persona con discapacidad.

* Licenciada en Psicología y Pedagogía, MSc en Investigación y Tecnología Educativa, Grupo de investigación en Prácticas Educativas y Sociales IPES. Universidad Surcolombiana, Neiva-Huila, Colombia.

** MD MSc en Epidemiología y Salud Pública, PhD en Ciencias de la Salud, Grupo de Salud Pública y Epidemiología. Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá D.C., Colombia ORCID ID 0000-0002-0175-407X. Correo: lrojas243@areandina.edu.co

CULTURAL INCLUSION OF PEOPLE WITH DISABILITIES: A RIGHT AND A DETERMINING FACTOR IN THEIR HUMAN FULFILLMENT

Abstract

The exclusion of people with disabilities has always been present in the history of humanity. However, their destiny has changed in different societies, from annihilation, exploitation and marginalization, to the recognition of their rights, thanks to advances in knowledge about their causes, the development of medical, technological, educational and social support, as well as the understanding of the vulnerability that we all have to suffer from it, added to the deployment of human rights and the protest movements of this population group, which has led to the issuance of international and national policies and standards aimed at their full inclusion. Said inclusion consists of achieving the real and effective possibility of accessing and participating in society, together with other citizens, without any limitation or restriction due to disability, among these, cultural inclusion, by which human values are assumed, the knowledge and skills to function in the context through the educational influence that occurs in social interaction, is decisive in the acquisition of the human potential of all individuals and in particular in people with disabilities. This article reflects on the importance of the cultural inclusion of people with disabilities, not only as a right, but as a determining factor in their human fulfillment.

Keywords: Cultural rights, disability studies, disabled persons, handicapped advocacy, human rights.

INCLUSÃO CULTURAL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: UM DIREITO E UM FATOR DETERMINANTE NA SUA REALIZAÇÃO HUMANA

Resumo

A exclusão das pessoas com deficiência sempre esteve presente na história da humanidade. No entanto, seu destino mudou nas diferentes sociedades, desde a aniquilação, a exploração e a marginalidade, até o reconhecimento de seus direitos, graças aos avanços do conhecimento sobre suas causas, o desenvolvimento de apoios médicos, tecnológicos, educativos e sociais, assim como a compreensão sobre a vulnerabilidade que todos temos de padecê-la, somado ao desdobramento dos direitos humanos e os movimentos reivindicativos deste grupo populacional, que levou à expedição de políticas e normas internacionais e nacionais orientadas à sua plena inclusão. Tal inclusão consiste em conseguir a possibilidade real e efetiva de acessar e participar na sociedade, junto com os demais cidadãos, sem nenhuma limitação ou restrição por motivo da deficiência, entre estas, a inclusão cultural, pela qual se assumem os valores humanos, o conhecimento e as habilidades para desenvolver-se no contexto através da influência educativa que acontece na interação social, é determinante na aquisição das potencialidades humanas de todos os indivíduos e em particular nas pessoas com deficiência. O presente artigo realiza uma reflexão sobre a importância da inclusão cultural das pessoas com deficiência, não só como direito, mas como fator determinante na sua realização humana.

Palavras-chave: defesa das pessoas com deficiência, direitos culturais, direitos humanos, estudos sobre deficiências, pessoas com deficiência.

Introducción

En todas las civilizaciones han existido personas con limitaciones físicas, sensoriales, mentales e intelectuales. Para Bernal (1), “lo que realmente ha marcado la diferencia, no es que haya o no personas con discapacidad, sino la forma de entender a esta población y en consecuencia la forma de tratarla”. Desde la Antigüedad, las personas con discapacidad han sufrido discriminación por ser considerados ‘diferentes’ de acuerdo con el paradigma dominante de la ‘normalidad’. El destino ha ido variando según las diferentes sociedades, desde su aniquilamiento, explotación, marginalidad, hasta tener hoy un reconocimiento de sus derechos como seres humanos (1).

El reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad constituye una conquista reciente, gracias a un mayor conocimiento sobre sus causas, a la invención de nuevas formas de superación con apoyos médicos, tecnológicos, educativos y sociales, así como la comprensión sobre la vulnerabilidad que tenemos de padecerla en cualquier momento de nuestro ciclo vital. A su vez, ha sido fundamental el desarrollo de los derechos humanos y los movimientos reivindicativos de este grupo poblacional, que han logrado la expedición de políticas y normas internacionales y nacionales orientadas a su plena inclusión en los bienes y servicios, al igual que a la protección de sus derechos (2, 3). El presente artículo reflexiona sobre la importancia de la inclusión cultural de las personas con discapacidad, no solo como un derecho, sino como factor determinante en su realización humana.

Persona con discapacidad

La Ley Estatutaria 1618 de 2013 (4) definió que las personas en situación de discapacidad son quienes presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras actitudinales, físicas y comunicativas, estas pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad y crean una desigualdad de condiciones con los demás. Aclaró que, las *barreras actitudinales* son “las conductas, palabras, sentimientos, preconcepciones, estigmas que impiden su acceso a los servicios que ofrece la sociedad; las *barreras comunicativas* son los obstáculos para la información, la consulta y el conocimiento, al igual que las dificultades en los medios o modos del proceso comunicativo; y las *barreras físicas* son las estructuras construidas que impiden o dificultan el acceso y el uso de espacios, objetos y servicios de carácter público y privado.

Hurtado y Agudelo (5) analizan el concepto de discapacidad, acorde con la Organización Mundial de la Salud (OMS), y concluyen que es un término que abarca las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal, las limitaciones son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones en la participación son barreras para intervenir en situaciones vitales, dadas las características del organismo humano y de la sociedad en la que vive.

Derechos de las personas con discapacidad

En la Constitución Política de 1991 (6), Colombia consagró en los artículos 13, 47, 49, 68, los derechos de igualdad de las personas con discapacidad, el libre desarrollo de la personalidad, el acceso a la cultura, a la educación, al trabajo en condiciones dignas y justas y a gozar de un ambiente sano (artículos 13, 16, 25, 54, 67, 70, 79). Se estableció como obligación especial del Estado el acceso a la educación para las personas con esta condición, la protección, la sanción por abusos y maltratos, la adopción de políticas de prevención, rehabilitación e integración social, la prestación de servicios de atención especializada y el acceso a los servicios públicos de salud. En el Artículo 68 enfatizó que la erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones son obligaciones especiales del Estado.

La Ley General de Educación, Ley 115 de 1994 (7), precisó en los artículos 1, 46, 47 y 48 que, la educación de las personas con discapacidad hace parte integral del servicio público educativo, por tanto, los establecimientos educativos deben realizar acciones pedagógicas y terapéuticas que permitan el proceso de integración académica y social y generar programas de apoyo especializado. A su vez, el Estado coadyuvará a las instituciones en el fomento de experiencias en la atención adecuada para esta población, la formación de docentes y la incorporación de programas de apoyo pedagógico en los planes de desarrollo nacional y territorial.

La Ley 397 de 1997 de la Cultura en Colombia (8), reconoce el aporte tanto del creador, como del gestor y el receptor de la cultura y garantiza el acceso a sus manifestaciones, bienes y servicios en igualdad de oportunidades, concediendo especial tratamiento a las personas con discapacidad, mediante estímulos especiales para promocionar la creación, la actividad artística y cultural, la investigación y el fortalecimiento de sus expresiones. Así mismo, busca ofrecer y mejorar el funcionamiento de espacios públicos, aptos para la realización de actividades culturales, así como la eliminación de barreras que impidan la libre circulación y participación de las personas con discapacidad.

Con la Ley 1346 de 2009 (9), Colombia acogió la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 (2). Más tarde, se emitió la Ley Estatutaria 1618 de 2013 (4) que garantiza el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad y su inclusión. Determinó las obligaciones del Estado, de sus instituciones, la familia y la sociedad. Señaló los lineamientos para afianzar los derechos en salud, educación, protección social, trabajo, acceso y accesibilidad, transporte, información y comunicaciones, cultura, recreación y deporte, justicia, participación en la vida pública, política y en las organizaciones.

En cuanto al derecho a la Cultura, la Ley Estatutaria 1618 (artículo 17) (4), asignó al Ministerio de Cultura la función de garantizar el derecho a la inclusión cultural de las personas con discapacidad y adoptar medidas de acceso a la informa-

ción, comunicación, eventos, actividades, espacios o escenarios culturales; fomentar la participación y visibilización de las diversas expresiones culturales propias de las personas con discapacidad; desarrollar programas formativos, metodologías y esquemas de inclusión pertinentes con las ofertas adecuadas para cada tipo de discapacidad y la producción de materiales, convocatorias y líneas de trabajo que reconozcan la discapacidad como una expresión de la diversidad y la diferencia. También se debe apoyar el empleo de personas con discapacidad en museos, bibliotecas, bienes de interés público y ofrecer la formación necesaria para participar y realizar actividades culturales productivas.

De mismo modo, la Ley Estatutaria 1618 de 2013 asumió el derecho a la inclusión educativa (artículo 11) (4), asignó la responsabilidad al Ministerio de Educación Nacional en la definición del esquema de atención educativa a la población con discapacidad, respecto al fomento del acceso y la permanencia en la educación con calidad y atención educativa integral, bajo un enfoque basado en la inclusión en el servicio educativo en los niveles de la educación preescolar, básica y media.

Con el Decreto 1421 de 2017 (10), el Ministerio de Educación Nacional reglamentó en el marco de la educación inclusiva la atención educativa a la población con discapacidad, y señaló la ruta, el esquema y las condiciones de inclusión en los niveles de preescolar, básica y media. Incorporó los principios de educación inclusiva de la Ley 1618 de 2013 (4), referidos a la calidad, diversidad, pertinencia, participación, equidad

e interculturalidad, y los de la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad plasmados en la Ley 1346 de 2009 (9), como orientadores de la acción educativa, con el derecho a la participación, la inclusión, el respeto a la dignidad, la diferencia, la autonomía, la preservación de la identidad, la igualdad de oportunidades, la accesibilidad, la no discriminación y el derecho a la evolución de las facultades humanas, para favorecer la trayectoria educativa de los niños y jóvenes con discapacidad en el ingreso, permanencia, promoción y egreso del sistema educativo. Definió los conceptos de accesibilidad, educación, acciones afirmativas, ajustes razonables, currículo flexible, diseño universal de aprendizaje, educación inclusiva, atención educativa, estudiante con discapacidad, permanencia y plan de ajustes razonables y los mecanismos para la asignación de recursos financieros, humanos, técnicos y la formación de los docentes para la inclusión. Además, la gestión como responsabilidad de los entes nacionales, departamentales, las instituciones públicas y privadas, en los que deben establecerse planes progresivos de corto, mediano y largo plazo (10).

Inclusión social

La Ley 1618 de 2013 (4) definió la *inclusión social* como un proceso que asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un bien, servicio o ambiente, junto con los demás ciudadanos, sin ninguna limitación o restricción por motivo de discapacidad. Para garantizar el derecho a la inclusión

es indispensable la adopción de medidas que la hagan posible, como las acciones afirmativas, el enfoque diferencial y los ajustes razonables, que mitiguen la discriminación por razón de la discapacidad. Las *acciones afirmativas* son las políticas, medidas o intervenciones dirigidas a favorecer a personas o grupos con algún tipo de discapacidad, con el fin de eliminar o reducir las desigualdades y barreras que los afectan; el *enfoque diferencial* es la incorporación en las políticas públicas de medidas efectivas para asegurar que se adelanten intervenciones ajustadas a las características particulares de las personas o grupos poblacionales, tendientes a garantizar el ejercicio efectivo de sus derechos acorde con necesidades de protección propias y específicas; y los *ajustes razonables* son las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (4).

La FEAPS (11) en su “Manifiesto por una cultura inclusiva”, afirma que una sociedad inclusiva es una sociedad abierta a todos, atenta y cuidadosa con las necesidades de todos los que la integran, y además, respetuosa con sus diferencias. La inclusión exige considerar al otro como único, distinto, diverso e irreductible, significa *presencia, pertenencia y participación*. Las interacciones entre personas con y sin discapacidad deben estar basadas en un verdadero interés del uno por el otro, con objetivos comunes y en términos de igualdad y sentido de pertenencia, relaciones duraderas, oportunidades de compromiso social, y

en un clima de comunicación sin juicios ni prejuicios. “La plena inclusión supone una dinámica social que implica cambios en el entorno y en los participantes”.

Respecto a la inclusión en educación, el Decreto 1421 de 2017 (10) incorporó el concepto de “educación inclusiva” como “un proceso permanente que reconoce, valora y responde de manera pertinente a la diversidad de características, intereses, posibilidades y expectativas de las personas con discapacidad, cuyo objetivo es promover su desarrollo, aprendizaje y participación, con pares de su misma edad, en un ambiente de aprendizaje común, sin discriminación o exclusión alguna, y que garantiza, en el marco de los derechos humanos, los apoyos y los ajustes razonables requeridos en su proceso educativo, a través de prácticas, políticas y culturas que eliminan las barreras existentes en el entorno educativo” (10). También, definió al estudiante con discapacidad como “persona vinculada al sistema educativo en constante desarrollo y transformación, con limitaciones en los aspectos físico, mental, intelectual o sensorial que, al interactuar con diversas barreras actitudinales derivadas de falsas creencias, por desconocimiento, institucional, de infraestructura, entre otras, pueden impedir su aprendizaje y participación plena y efectiva en la sociedad, atendiendo a los principios de equidad de oportunidades e igualdad de condiciones” (10).

García y Fernández (3), al referirse a la inclusión de la persona con discapacidad, aluden que esta no se entiende como una situación que tiene origen en el individuo, sino en los procesos

sociales y culturales, en la interacción interpersonal e interinstitucional, en las oportunidades que ofrece el medio. Por ello, la discapacidad es un asunto de todos e implica el reconocimiento que como ciudadanos hacemos sobre las diferencias y las respuestas que tenemos ante estas. Lo anterior significa que se debe configurar una visión orientada hacia el reconocimiento y la promoción de la diferencia, la potencialidad y la autodeterminación como espacio de proyección y de realización personal y colectiva, que permita las sinergias entre el principio de igualdad y el principio del reconocimiento de la diferencia (3).

Cultura y educación

Cultura proviene del término latino '*cultus*' que designa la acción de cultivar la tierra y, en sentido figurado, la acción de cultivar el espíritu. Bernal (12), citando a los etnólogos Malinowsky y Mead, asume la idea de que la cultura es el conjunto de representaciones y de comportamientos adquiridos por los humanos en cuanto seres sociales. Según Nassiff (13), la cultura abarca desde el trabajo del artesano hasta la creación estética más elevada, desde la técnica hasta la ciencia, desde las formas básicas de la comunidad hasta las más complejas de la organización política o económica, fruto de la tendencia del ser humano de expresar sus deseos o sus concepciones más íntimas. Por su parte, Guédez (14), complementa indicando que la cultura es una "herencia social", que constituye el patrimonio global que el ser humano logró acumular en el pasado, como forma de expresión de una sociedad en un momento determinado de su de-

nir; comprende todo lo que el ser humano aprende de sus predecesores y de sus contemporáneos, y se traduce en realidad tangible; es decir, en "la manera de sentir, pensar y hacer", que representan lo que una sociedad ha hecho y de lo que es capaz de hacer de manera retrospectiva y prospectiva, retomando del pasado para ir hacia el futuro y de manera dinámica construye su destino histórico-social.

En coherencia con estas miradas, la UNESCO (1982-2001), definió la cultura "como el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos, que caracterizan a una sociedad o un grupo social" y comprende las artes y las letras, los modos de vida, los sistemas de valores, las tradiciones, las creencias, las formas organizativas, económicas y sociales (15).

En esta línea, la Ley 397 de 1997 (8) definió la cultura como "el conjunto de rasgos distintivos, espirituales, materiales, intelectuales y emocionales que caracterizan a los grupos humanos, comprende, más allá de las artes y las letras, modos de vida, derechos humanos, sistemas de valores, tradiciones y creencias". La cultura, en sus diversas manifestaciones, es fundamento de la nacionalidad y actividad propia de la sociedad colombiana en su conjunto, es un proceso generado individual y colectivamente y constituye parte integral de la identidad del país.

Durante milenios, las civilizaciones han acumulado la producción humana, la cultura que es transmitida de generación en generación a través de la educación. Nos educamos al asimilarla, nos huma-

nizamos al recibir el legado cultural. La cultura es una dimensión fundamental del desarrollo humano, entendido este como un proceso de despliegue de las capacidades y las opciones de vida. La cultura se relaciona con su mecanismo de transmisión, el ser humano se educa mediante la asimilación de cultura (14).

Bernal (12), citando a Nassiff (1984), aclara que la educación es un término que proviene viene del latín *‘educare’*, que se traduce como criar, nutrir, alimentar, y de *‘ex ducere’*, sacar, llevar o conducir de adentro hacia afuera. Esta doble significación propone dos variables intervinientes en la educación, por un lado, la influencia que se ejerce desde fuera (*educare*), y por otro, el crecimiento de disposiciones ya existentes en el sujeto (*ex ducere*). De modo que la educación “es la vía social por la cual se ejerce influencia sobre el ser humano para formarlo, en un permanente proceso de apropiación de cultura. La educación condensa, sistematiza y concentra la cultura para transmitirla, para la supervivencia de la sociedad y la elevación humana” (12); así que la cultura y su paso hacia los individuos a través de la educación es lo que permite al ser humano realizarse como tal, asumir el legado de la humanidad, desarrollar sus competencias en las dimensiones del saber, ser, hacer y convivir. Por ello, Vygotsky, el psicólogo socio-cultural, afirmó que la inteligencia en un producto social y que el ser humano desde la zona de desarrollo real (las potencialidades innatas), en interacción con la zona de desarrollo próximo (legado cultural-inteligencia social), puede llegar a desarrollar su máximo potencial humano

gracias a la mediación e interacción con otros individuos más avanzados (16).

La educación tiene como mediadores a la familia, los grupos sociales, los medios de comunicación y los sistemas educativos creados para este fin. La institución educativa se configura como el campo específico para la educación, en un medio ambiente especial preparado para ejercer la mediación cultural con los individuos. En ella se originan los planes y programas, que prefiguraron la idea de lo curricular y los procesos para la formación integral del ser humano, que conllevaron al desarrollo de la Pedagogía, la ciencia de la educación (12).

Respecto a la inclusión de las personas con discapacidad, las instituciones educativas tienen la responsabilidad de hacer efectivo su derecho a la educación. Cansino (17) sugiere que la inclusión educativa está relacionada con el acceso, la participación y los logros de todos los estudiantes, con especial énfasis en aquellos que están en riesgo de ser excluidos o marginados. Implica transformar la cultura, las políticas y las prácticas pedagógicas para atender la diversidad de necesidades educativas, tal como lo consideró la UNESCO (18), al señalar que la educación es un derecho humano básico y fundamental en una sociedad más justa e igualitaria, por esto, propugnó por la educación inclusiva como una estrategia clave para alcanzar la “Educación para todos”. Así, la educación debe satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje, lo que exige algo más que una renovación del compromiso con la educación en su estado actual, requiere es una ‘visión ampliada’ que vaya más allá de los recursos actuales, las es-

estructuras institucionales, los planes de estudios y los sistemas tradicionales de instrucción, tomando como base lo mejor de las prácticas en uso (18).

Siguiendo a Cansino (17), la educación inclusiva se basa en la aceptación de la diversidad, reconociendo que es la institución educativa la que debe adaptarse al estudiantado y no a la inversa. La filosofía de la inclusión defiende una educación eficaz para todos, sustentada en que los centros educativos deben satisfacer las necesidades de todos los estudiantes, sean cuales fueren sus características personales, psicológicas o sociales. “Implica una visión diferente de la educación basada en la diversidad, no en la homogeneidad, donde el énfasis se destaca en desarrollar una educación que valore y respete la diferencia” (17). En la inclusión el objeto de la innovación no es la persona con discapacidad, sino el sistema educativo, la institución educativa y la comunidad en general. Por tal motivo, el progreso de los estudiantes no depende solo de sus características personales, sino del tipo de oportunidades y apoyos que se les brindan. Del mismo modo, la inclusión alude a la participación y a los valores de la comunidad por tanto, se requiere la comprensión de las relaciones no solo dentro de la institución educativa, sino del entorno social que permita fortalecer las colaboraciones y los vínculos entre institución educativa y comunidad. La cultura es uno de los principales y más urgentes aspectos en que debe incidir la institución educativa para generar las modificaciones en las actitudes, de lo contrario, puede ser en vano cualquier otro cambio en las políticas o en las prácticas.

En relación con el acceso al derecho a la educación, Hurtado y Agudelo (5) hicieron un análisis sobre los datos de la población con discapacidad, a partir del censo DANE del 2005, y encontraron que en Colombia hubo aproximadamente 2,6 millones de personas con discapacidad, que representaban el 6,4 % de la población. De estas, el 9,1 % tenían discapacidad motriz, el 14 % discapacidad sensorial, el 34,8 % discapacidad cognitiva, y el 19,8 % discapacidad mental. Así mismo, que el 22,5 % de las personas en condición de discapacidad son analfabetas. Datos que evidencia la importancia que tiene la educación inclusiva para las personas con discapacidad, ya que la educación constituye un espacio importante para la socialización y la inserción cultural en el que se transfieren conocimientos, valores, costumbres, comportamientos, actitudes y formas de actuar necesarias para el desenvolvimiento en sociedad; sin embargo, hay muchas personas en el mundo con discapacidad que reciben poca o ninguna educación. La participación en la educación cobra en la vida adulta de la persona con discapacidad siendo relevante en su desempeño laboral, no acceder al trabajo agrava las condiciones de marginalidad, pobreza y dependencia económica.

Inclusión cultural de la población con discapacidad

Por las implicaciones de la participación cultural y, por ende, educativa, en la realización de los individuos, la inclusión constituye un factor que ha sido reivindicado y ratificado ampliamente a nivel mundial. En 1948, la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones

Unidas (19), reconoció el derecho a la cultura como un componente indispensable en la dignidad y derecho de todos los seres humanos. La Agenda 21 de la Cultura del 2004 (20), consagró que la cultura está en relación directa con el desarrollo humano, constituye un elemento fundamental de formación de la sensibilidad, expresividad, convivencia y construcción de ciudadanía, y contribuye a una existencia intelectual, afectiva, moral y espiritual más satisfactoria. En 2006, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (2), recordó que la libertad, la justicia y la paz en el mundo se basan en el reconocimiento de la dignidad, el valor e igualdad de todas las personas como poseedoras de derechos y libertades, sin distinción alguna. Reafirmó la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación. Por tanto, la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano.

Sobre la discapacidad, las Naciones Unidas consideró que es un concepto que evoluciona y “que resulta de la interacción entre las personas con esta condición y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás” (2), por ello, se deben promover y proteger sus derechos, los que aún están siendo

vulnerados en muchos países del mundo, así que debe insistirse en los principios y directrices de la política del Programa de Acción Mundial para los Impedidos y en las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, como factor en la promoción, formulación y evaluación de normas, planes, programas y medidas a nivel nacional, regional e internacional, destinadas a dar una mayor igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad, quienes también deben tener la posibilidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas para mitigar los efectos negativos que les afectan, así como en la eliminación de las barreras que impiden la accesibilidad al entorno físico, social, económico, cultural, con acceso a la salud, la educación, a la información y las comunicaciones, para que puedan gozar plenamente y con dignidad de todos los derechos humanos y las libertades, también la participación con igualdad de oportunidades en todos los ámbitos (2). Del mismo modo, las Naciones Unidas resaltó el valor de las contribuciones que realizan y podrían realizar las personas con discapacidad para el bienestar general y de la diversidad de sus comunidades, en el ejercicio de la promoción de sus derechos humanos, libertades fundamentales, participación, autonomía e independencia individual, incluida la toma de decisiones propias, que tendrán como resultado un mayor sentido de pertenencia y avances significativos en el desarrollo económico-social y en la erradicación de la pobreza, en la que muchas de las personas con discapacidad se encuentran. En relación con lo cultural, la organización ratificó

el derecho de participación de las personas con discapacidad como espectadores y como creadores, en igualdad de condiciones, aportes que también forman parte del patrimonio cultural de la sociedad (2).

Acerca del análisis sobre el derecho a la inclusión cultural de la UNESCO, puede inferirse, según Casanova (21), que se refiere a personas que tienen limitaciones en el funcionamiento del organismo, lo que no califica directamente a las personas por su discapacidad, que al interactuar se encuentran con diversas barreras, o impedimentos que les pone el entorno, por lo que es necesario modificarlo. Se incorpora el concepto de participación, señalando que las personas con discapacidad pueden intervenir y contribuir a la sociedad. Adopta la idea de igualdad de condiciones con los demás, connotando que tienen los mismos derechos y obligaciones que cualquier otra persona, pero que se requieren unos apoyos y cambios en el entorno. Afirma que los derechos culturales forman parte del conjunto de los derechos humanos, al igual que los derechos sociales, políticos, económicos y civiles, incluidos inicialmente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (19). En relación con el derecho a la cultura, destaca que fomenta la cohesión social y la paz y es fundamental en el reconocimiento y el respeto de la dignidad humana, pues a través de los derechos culturales también se vela por la dignidad de las personas con discapacidad, porque no pueden ejercer sus derechos en toda su plenitud ni en igualdad de condiciones que las otras personas sin discapacidad (21).

Respecto a la participación en la cultura, se parte de que es un componente fundamental en el desarrollo humano y el avance de la sociedad, el cual se enriquece de toda la diversidad de la población, incluida aquella con discapacidad y determina la calidad de vida en la medida en que la incluye. La Organización de entidades en favor de personas con discapacidad intelectual (FEAPS), en su Manifiesto por una cultura inclusiva de 2014 (11), conceptuó que una sociedad inclusiva es abierta a todos, respeta las diferencias y atiende las necesidades de quienes la conforman. Al asumir la inclusión como un principio se debe “considerar al otro como único, distinto, diverso e irreductible”. Por tanto, la inclusión implica “presencia, pertenencia, participación” y “supone una dinámica social que implica cambios en el entorno y en los participantes”; de tal modo, que “las interacciones entre personas con y sin discapacidad estén basadas en un verdadero interés del uno por el otro, con objetivos comunes y en términos de igualdad y sentido de pertenencia, relaciones duraderas, oportunidades de compromiso social, y en un clima de comunicación sin juicios ni prejuicios”. La cultura inclusiva es la que garantiza el disfrute de los bienes y servicios culturales a todos los ciudadanos, facilitando el acceso y los apoyos a las personas según sus necesidades para hacer posible la participación de todos los ciudadanos en igualdad de condiciones (11).

Siguiendo las dimensiones de la calidad de vida según Schalock y Verdugo (22), en su Manifiesto, la FEAPS (11) resaltó los siguientes efectos beneficiosos de la

cultura en la calidad de vida de las personas con discapacidad:

- *Incremento del bienestar emocional*, como espacio de libertad, genera un sentimiento de bienestar y refuerza la capacidad para asumir nuevas experiencias que pueden ser mostradas a otros y valoradas.
- *Mejoramiento de las relaciones interpersonales*, ayuda a la participación en los espacios y actividades culturales, a tener presencia social, compartir con otros y a adquirir habilidades sociales.
- *Aumento del bienestar material*, permite generar crecimiento y trabajo. En las etapas de producción cultural (formación, creación, producción, exhibición y difusión, consumo y accesibilidad) se desarrollan diversas competencias.
- *Fomento del desarrollo personal*, se desarrollan capacidades cognitivas, sociales y prácticas que fortalecen las competencias de las personas.
- *Mejoramiento del bienestar físico*, facilita una actitud activa que repercute en la salud de la persona, tanto en su bienestar mental como físico y emocional.
- *Apoyo a la autodeterminación*, ayuda al desarrollo de la autonomía. La cultura ofrece referencias y modelos de vida que ayudan a fomentar los valores personales, las opciones y las decisiones.
- *Soporte a la inclusión social*, favorece la identidad, las aspiraciones y las relaciones con los demás y con el mundo.
- *Ejercicio de los derechos ciudadanos*, el acceso a la cultura es un derecho. La participación en la cultura está en relación directa con el desarrollo humano la convivencia y la construcción de ciudadanía.

A pesar de los beneficios de la inclusión cultural de las personas con discapacidad, con participación, reconocimiento, apoyo y con los aportes que pueden hacer en ella; en la práctica siguen existiendo impedimentos que no hacen posible este propósito y el ejercicio del derecho. El disfrute de la cultura no se ha adoptado como un elemento determinante en el desarrollo humano de las personas con discapacidad, así tampoco se les ha reconocido en su calidad de creadores, su intervención es restringida y se desconoce su aporte al desarrollo cultural. Para Vargas y López (23), las personas con discapacidad conforman un grupo social numeroso y diverso que representa múltiples formas de sentir, desplazarse, actuar, pensar, comprender y percibir la esencia del mundo, su aporte en diversos aspectos y escenarios sociales es muy significativo. Muchas de estas personas en esta condición, tienen una habilidad innata para crear y expresarse de manera única y permanente. La existencia de barreras físicas, actitudinales y económicas son impedimentos relevantes para acceder a los servicios, contenidos y actividades culturales que disuaden a las personas de participar.

Las *barreras físicas*, como señalan Cuesta y Meléndez (24), se manifiestan en gran parte de las ciudades, pues fueron planificadas, diseñadas y construidas desde enfoques excluyentes y no tuvieron en cuenta las diferencias perceptivas, cognitivas y físicas entre las personas. Las dificultades en la accesibilidad no son solamente un asunto físico, sino también cultural, “dado que el mismo diseño y construcción de los espacios urbanos se da desde esquemas socioculturales que de antemano excluyen a las personas en condición de discapacidad”. Agregan que la noción de espacio público exige incluir en su comprensión la dimensión política, ya que al acceder a los espacios implica no solo garantizar la movilidad sino la participación de ellas en las prácticas socioculturales, que posibilitan el hecho comunicativo (24). Por tanto, “una ciudad que excluye a personas con discapacidad evidencia que las personas que la imaginaron y construyeron tenían encarnado un libreto cultural que no contemplaba a otros con cualidades diferentes a las suyas. Por su parte, las barreras actitudinales son prejuicios invisibles, tanto actitudes y prejuicios que generan entornos hostiles e inseguros, los cuales proporcionan experiencias negativas que refuerzan el rechazo a la cultura. Ciertamente, muchas de ellas son promovidas por las mismas familias, quienes al generar la sobreprotección, afianzan la discriminación y marginan culturalmente a las personas con discapacidad, como lo afirman Cuesta y Meléndez (24): “al creer que no es posible la participación social en igualdad de condiciones, al asumir una actitud pasiva, al hacer caso omiso al llamado de restitución de derechos, o al evadir

responsabilidades y perpetuar el círculo de la exclusión”.

En cuanto a las *barreras económicas*, la discapacidad implica la disposición adicional de recursos económicos para los apoyos, ya sea para las ayudas técnicas de soporte, como de los necesarios acompañamientos y servicios de otras personas y programas. Es claro que, en una sociedad de consumo como la nuestra, no se pueden obtener los servicios si no se cuenta con los recursos. De ahí que la inversión pública en atención para esta población se constituye en un factor determinante en la protección de sus derechos. Lamentablemente, los presupuestos para la discapacidad siempre son escasos y muchas veces inexistentes en las entidades estatales. Cuando esta situación está acompañada con la condición de pobreza y vulnerabilidad, en la mayoría de las personas con discapacidad, se acentúa su exclusión.

Las *barreras actitudinales*, son determinantes en la exclusión cultural. Es evidente que la participación de las personas con discapacidad es escasa, ya que tradicionalmente han sido apartados del mundo cultural y del pleno ejercicio de su ciudadanía, ya que prevalecen nociones culturales que distan de comprender la discapacidad como un estilo de vida y una forma de vivir válida y real, y como una opción de ejercer ciudadanía desde la diversidad. La sociedad está condicionada por prejuicios que permanecen en los entornos familiar, comunitario y educativo, que no les permiten adquirir las habilidades sociales requeridas para desenvolverse en los espacios culturales. Influyen en estas actitudes la sobrepro-

tección de las familias por el miedo al rechazo y la discriminación; la mirada de los profesionales centradas en la labor asistencial de rehabilitación; y, la poca contundencia en la educación que ofrecen las instituciones educativas, por la falta de formación de sus docentes, la precaria disposición de recursos adecuados y de procesos de transformación en los entornos escolares con el fin de hacer tangible la inclusión educativa de las personas con discapacidad.

En conclusión, al considerar las directrices internacionales y las normas nacionales que establecen la inclusión cultural de las personas con discapacidad, es un reconocimiento de los derechos humanos y como factor determinante en su desarrollo individual y social, aún está lejos de ser tangible. Existen restricciones en la participación cultural de las personas con discapacidad, por esto se requieren transformaciones más profundas que trasciendan lo normativo y logren en lo cultural un cambio de mentalidad, así como de las actitudes y las prácticas sociales.

Financiación

Este manuscrito no recibió financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

1. Bernal de Rojas AE. Formas de entender la discapacidad. Revista Singularidades e Inclusión, Secretaría Departamen-

tal de Cultura y Turismo, Licenciatura en Educación Artística - Universidad Surcolombiana. 2017;1:1-9.

2. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad intelectual. [Internet]. 2006 [citado 4 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccconvs.pdf>

3. García Ruiíz AS, Fernández Moreno A. La inclusión para las personas con discapacidad: entre la igualdad y la diferencia. Revista Ciencias de la Salud. 2005;3(2):235-46.

4. Congreso de la República de Colombia. Ley 1618 de 2013. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. [Internet]. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201618%20DEL%2027%20DE%20FEBRERO%20DE%202013.pdf>

5. Hurtado Lozano LT, Agudelo Martínez MA. Inclusión educativa de las personas con discapacidad en Colombia. CES Movimiento y Salud. 2014;2(1):45-55.

6. Congreso de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia 1991.

7. Congreso de la República de Colombia. Ley 115 de febrero 8 de 1994 Por la cual se expide la Ley general de educación [Internet]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf

8. Congreso de la República de Colombia. Ley 397 de 1997 Por la cual se desarrollan los Artículos 70, 71 y 72 y demás Artículos concordantes con la Constitución Política y se dictan normas sobre el patrimonio cultural, fomentos y estímulos a la cultura, se crea el Ministerio de la Cultura y se trasladan algunas dependencias. [Internet]. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=337

9. Congreso de la República de Colombia. Ley 1346 de 2009. Por la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley%201346%20de%202009.pdf>
10. Ministerio de Educación. Decreto 1421 de 2017 Por el cual se reglamenta en el marco de la educación inclusiva la atención educativa a la población con discapacidad [Internet]. Disponible en: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30033428>
11. FEAPS Madrid, Fundación REPSOL. Manifiesto por una cultura inclusiva. [Internet]. FEAPS Madrid; 2014 [citado 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://plenainclusionmadrid.org/wp-content/uploads/2017/12/Manifiestocultura-inclusiva.pdf>
12. Bernal de Rojas AE. Pedagogía y formación de docentes en el siglo XXI. *Revista Paideia Surcolombiana*. 2009;15:72-80.
13. Nassif R. *Pedagogía General*. Buenos Aires: Kappeluz; 1984.
14. Guédez V. *Educación y proyecto histórico-pedagógico*. 1a ed. Caracas: Universidad Nacional Abierta, Fondo Editorial del Vicerrectorado Académico : Editorial Kapeluz Venezolana; 1987. 377 p. (Serie Ensayo).
15. UNESCO. Conferencia Mundial sobre las Políticas Culturales. Declaración de México D.F. [Internet]. 1982 [citado 1 de marzo de 2022]. Disponible en: https://derechodelacultura.org/wp-content/uploads/2015/02/d_inf_mundiacult_1982.pdf
16. Dembo M, Guevara MT. Desarrollo psicológico, aprendizaje y enseñanza: una comparación entre el enfoque socio-cultural y el análisis conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2001;33(2):141-7.
17. Cansino PAP. Inclusión educativa y cultura inclusiva. *Revista de Educación Inclusiva*. 2017;10(2):213-26.
18. UNESCO. Declaración Mundial sobre Educación para Todos y Marco de Acción para Satisfacer las Necesidades Básicas de Aprendizaje [Internet]. 1990 [citado 3 de junio de 2022]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000127583_spa
19. Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. [Internet]. 1948 [citado 4 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
20. Culture 21. Agenda 21 de la Cultura. [Internet]. 2004 [citado 4 de abril de 2022]. Disponible en: https://agenda21culture.net/sites/default/files/files/culture21-actions/c21_015_spa.pdf
21. Casanovas López R. ¿Cómo ejercen los derechos culturales las personas con discapacidad? Breve reflexión sobre la aplicación de los derechos culturales y las personas con discapacidad. *REDIS*. 26 de diciembre de 2017;5(2):211-20.
22. Schalock RL, Verdugo M. El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. 2007;38(224):21-36.
23. Vargas-Pineda DR, López-Hernández O. Experiencias de artistas con discapacidad frente a la promoción de la inclusión social. *Arte Individ Soc*. 14 de enero de 2020;32(1):31-44.
24. Cuesta Ó, Meléndez-Labrador S. Discapacidad, ciudad e inclusión cultural: consideraciones desde la comunicación urbana. *EURE (Santiago)*. 2019;45(135):273-82.

DOI: <https://doi.org/10.33132/01248146.2185>

PATRONES DE CONOCIMIENTO EN LA NARRACIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA

Blanca Elpidia Tovar Riveros*
Viviana Cruz Calderón**
Linda Liz Miranda***
Angie Paola González****

Autor de correspondencia:
Blanca Elpidia Tovar Riveros
btovar@areandina.edu.co

Resumen

Los patrones de conocimiento son una forma de explicar fenómenos constantes de situaciones que abordan problemáticas sociales. Para la profesión de enfermería estos son la manera constante de expresar manifestaciones propias de la profesión; asimismo, influyen la praxis profesional, pero además, permiten abordar las prácticas profesionales de enfermería a partir de las narraciones que son una manera de explicar estas experiencias sociales o relacionadas con el cuidado en enfermería. **Objetivo:** analizar narrativas desde la perspectiva de los patrones de conocimiento de enfermería en las diferentes bases de datos y en narraciones de estudiantes de Enfermería. **Materiales y métodos:** enfoque cualitativo, mediante dos fases, la primera, se llevó a cabo mediante una revisión de literatura; la segunda, el análisis de narraciones de estudiantes para triangular la información a partir de la identificación más frecuente de patrones de conocimiento en estudiantes de cuidado de enfermería de una universidad de Bogotá. **Resultados:** en la literatura y en las narraciones de los estudiantes de Enfermería los más frecuentes son el personal y el ético, para lo cual el profesional de enfermería debe contar con cualidades como son las competencias del conocimiento, las procedimentales y las del ser con las que aseguran una praxis de calidad y oportunidad; asimis-

* Especialista en Cuidado Crítico, magíster en Educación y PhD en Bioética.

** Estudiante de Enfermería, Programa de Enfermería, Fundación Universitaria del Área Andina.

*** Estudiante de Enfermería, Programa de Enfermería, Fundación Universitaria del Área Andina.

**** Estudiante de Enfermería, Programa de Enfermería, Fundación Universitaria del Área Andina.

mo, permite una toma de decisiones con base en principios éticos y científicos para brindar cuidado sea de manera individual o colectiva. **Conclusión:** se evidencia el patrón ético y social lo cual permite brindar un cuidado con responsabilidad ética para no vulnerar los derechos de los sujetos de cuidado.

Palabras clave: cuidado, enfermería, narrativa, patrones.

PATTERNS OF KNOWLEDGE IN THE NARRATION OF CARE IN NURSING

Abstract

Knowledge patterns are a way of explaining constant phenomena of situations that address social problems, for the nursing profession are the constant way of expressing manifestations of the profession, also influence professional praxis, but also allow to approach the professional practices of nursing from the narratives that are a way to explain these social experiences or related to nursing care. **Objective:** to analyze narratives from the perspective of nursing knowledge patterns in the different databases and in narratives of nursing students. **Materials and methods:** qualitative approach, through two phases, the first, was carried out through a literature review, the second is the analysis of student narratives to triangulate information from the most frequent identification of knowledge patterns in nursing care students from a university in Bogota. **Results:** the most evident in the literature and in the narratives of the most frequent nursing students are the personnel and ethics, for which the nursing professional must have qualities such as knowledge competencies, the procedures and those of the being with which they ensure a praxis of quality and opportunity, also allows a decision-making based on ethical and scientific principles to provide care either individually or collectively. **Conclusion:** the ethical and social pattern is evident which allows providing care with ethical responsibility not to violate the rights of care subjects.

Keywords: care, narrative, nursing, patterns.

PADRÕES DE CONHECIMENTO NA NARRATIVA DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

Resumo

Os padrões de conhecimento são uma forma de explicar fenômenos constantes de situações que abordam problemáticas sociais, para a profissão de enfermagem são a maneira constante de expressar manifestações próprias da profissão, também influenciam a práxis profissional, mas também permitem abordar as práticas profissionais de enfermagem a partir das narrativas que são uma maneira de explicar estas experiências sociais ou relacionadas ao cuidado de enfermagem. Objetivo: analisar narrativas a partir da perspectiva dos padrões de conhecimento de enfermagem nas diferentes bases de dados e em narrativas de estudantes de enfermagem. Materiais e métodos: abordagem qualitativa, mediante duas fases, a primeira, foi realizada mediante uma revisão de literatura, a segunda a análise de narrativas de estudantes para triangular a informação a partir da identificação mais frequente de padrões de conhecimento em estudantes de cuidado de enfermagem de uma universidade de Bogotá. Resultados: os mais evidenciados na literatura e nas narrativas dos estudantes de enfermagem mais frequentes são o pessoal e o ético, para o qual o profissional de enfermagem deve contar com qualidades como as competências do conhecimento, as procedimentais e as do ser com as quais asseguram uma práxis de qualidade e oportunidade, além disso, permite uma tomada de decisões com base em princípios éticos e científicos para brindar cuidado seja de maneira individual ou coletiva. Conclusão: evidencia-se o padrão ético e social o qual permite brindar um cuidado com responsabilidade ética para não vulnerar os direitos dos sujeitos de cuidado.

Palavras-chave: cuidado, enfermagem, narrativa, padrões.

Introducción

En Colombia, la Ley 266 de 1996 en el Artículo 3 establece la enfermería como “una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar” (1). Para ello, los profesionales de Enfermería deben crear y fundamentar la relación enfermera(o)-sujeto de cuidado como lo indica la Ley 911 “El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas (2). La enfermería día a día gestiona los planes de cuidado con intervenciones individualizadas y desde la ética para cada sujeto acorde con su respuesta humana a partir de sus diferentes dimensiones tanto físicas como emocionales. Se requiere de profesionales con unas características y habilidades especiales que puedan ofrecer una debida atención y para lograrlo se necesita de un empoderamiento que se traduce en calidad y oportunidad del cuidado (3). En consecuencia, los profesionales dedican su mayor tiempo en el cuidado directo y a veces dejan de lado otros roles de la profesión. Este trabajo busca incentivar a los estudiantes a participar en otras áreas o ámbitos de la profesión para aportar al reconocimiento social.

Revisando la literatura de los últimos años y los informes de enfermería, se observa que aunque se ha avanzado en dis-

tintos aspectos del trabajo y se plantean nuevas estrategias, aún falta algo para visibilizar la profesión. En ese sentido, las diferentes organizaciones quisieron propiciar el fortalecimiento y visibilización de los profesionales de enfermería: en el 2018, en 86 países se acogió la campaña denominada *Nursing Now*, que es una campaña mundial de tres años de duración realizada en colaboración con el Consejo Internacional de enfermeras (CIE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuyo objetivo es concientizar el estado de la enfermería en todo el mundo. Estas organizaciones enfocan esta estrategia hacia el fortalecimiento de la autonomía y liderazgo de los profesionales de enfermería en los diferentes servicios que se les presta a los sujetos de cuidado o en los diferentes roles donde se ejercita la profesión de enfermería, teniendo en cuenta las problemáticas propias como son la sobrecarga laboral y la precarización de la contratación (4). Analizando estas estrategias para fomentar el liderazgo se observa que falta el empoderamiento de los profesionales de enfermería para escribir sus experiencias diarias. Las autoras quieren sensibilizar y fomentar la cultura de la escritura desde la etapa de formación en Enfermería para que ellos entiendan la importancia de escribir las experiencias de la profesión y que además sean conocidas por la sociedad y, no esperar a que sea por las situaciones de dificultad que se volteen a mirar las necesidades, los sentimientos, las dificultades del día a día como se pudo apreciar en los tiempos de pandemia del COVID-19. Por lo anterior, la propuesta de esta investigación es fomentar la narración de los cuidados de enfermería a partir de los

patrones de conocimiento de enfermería. A partir de la anterior descripción, las autoras se preguntan ¿Cuáles son los patrones de conocimiento más narrados en la revisión de la literatura y los narrados por los estudiantes?

En la actualidad existen múltiples formas de investigación y de referentes teóricos que se enfocan en el cuidado, en una investigación. Esta narrativa en enfermería, acerca de su forma de investigación brinda una herramienta para una enseñanza epistemológica de la Enfermería (5). La situación actual de Enfermería se constituye en fuente y contexto para el conocimiento de la Enfermería, a través de las interacciones entre enfermeros y sujetos del cuidado, cuyo resultado es el crecimiento de las partes que interactúan en la situación, a través de compartir la experiencia de vida en la cual el enfermero se une al proceso de vida del sujeto de cuidado y, de igual manera, trae su propio proceso de vida a esta relación (5).

La narrativa tiene como propósito abarcar las situaciones de enfermería y como usar una manera veraz y fácil para que las enfermeras pueden expresar y plasmar los actos más importantes en el cuidado en su interacción con el paciente y su familia, destacando los momentos más significativos, creando lo que llamamos comúnmente la “situación de enfermería” por basarse en interacciones entre la enfermera y el sujeto de cuidado. También puede constituir un enfoque biográfico, desde la perspectiva de una postura epistemológica constructivista, así que explicar causas o estructuralmente las prácticas sociales, se acerca a la comprensión del papel del sujeto en

ellas, o desde la perspectiva de la evolución a partir de experiencias individuales. El objetivo de este estudio fue analizar narrativas desde la perspectiva de los patrones de conocimiento de enfermería en las diferentes bases de datos, y en narraciones de estudiantes de Enfermería.

A continuación se describirán los patrones de conocimiento como marco referencial, de acuerdo con la perspectiva de Bárbara Carper, quien se refiere al análisis de conceptos y de la estructura; asimismo dan un sentido lógico el patrón empírico que trata de las bases de la ciencia de la enfermería; el estético se relaciona con el arte de enfermería en el sentido del hacer y la actitud en el actuar; el personal alude al conocimiento sobre sí mismo y de los otros; el ético aborda el desarrollo del conocimiento moral en enfermería (6). Estos patrones son indispensables para fundamentar el desarrollo de las bases científicas para el ejercicio profesional, también pueden dar cuenta de y expresar las intervenciones de cuidado de manera integral (7). Otro concepto importante para identificar estos patrones es la ética del cuidado: según Carol Gilligan en 1982, desde la psicología se puede responder desde el razonamiento moral para la toma de decisiones, preocupándose por el yo, el otro y los otros. Bajo esta perspectiva permite apropiarse y empoderarse del cuidado no solo con conocimiento sino con principios éticos de amor, bondad y evolución de las experiencias vividas (8). Con el anterior panorama se evidencia la importancia de brindar un cuidado con sentido ético y responsabilidad social a una sociedad que confía y espera mucho de los profesionales de enfermería.

Materiales y métodos

Enfoque: cualitativo-narrativo que permite describir experiencias y hechos. Este estudio permitió identificar los patrones de conocimiento más frecuentes en las diferentes narraciones; la investigación se dividió en dos fases: en la primera fase se realizó una revisión de literatura en las bases de datos donde se tuvieron en cuenta manuscritos en idiomas español, inglés y portugués. Como instrumento de recolección y análisis se utilizó una matriz excel y el análisis se hizo desde la perspectiva de los patrones de cuidado de enfermería. La segunda fase consistió en seleccionar narrativas elaboradas por estudiantes de quinto semestre de Enfermería de una universidad de Bogotá, Colombia como parte del ejercicio de introducción a la investigación formativa cuya temática fue sobre las estrategias para el manejo de sujetos con COVID-19, mediante la técnica de la narrativa.

Criterios de inclusión: en la fase 1 se debían cumplir los criterios establecidos previamente por las investigadoras como: título, resumen, palabras clave, introducción, cuerpo, conclusiones y bibliografía. En la fase 2 eran requisitos para la narrativa, establecidos previamente, y una vez seleccionada la narrativa se enviaba vía *on line* el consentimiento informado para el análisis de la información mediante la codificación de las narrativas para mantener la confidencialidad.

Criterios de exclusión: aquellas personas que no desearon participar o no cumplieran con los requisitos establecidos para la escritura de la narrativa.

Resultados

Durante la primera fase, las autoras identificaron que estas narraciones son una forma de investigación que permite al lector y al narrador expresar y sentir emociones vivenciadas a partir de la revisión de literatura la cual es útil para el personal de la salud. En la segunda fase se tomaron las narraciones de los estudiantes de Enfermería que referenciaron el cuidado mediante las narraciones en tiempos del COVID-19, por ello, es importante explicar los principales patrones de enfermería que expresan de manera de manera integrada cómo es el cuidado y las intervenciones que se pueden lograr tanto para el individuo como para la familia (9). El conocimiento personal es tal vez el patrón más importante para entender el significado de la salud en términos del bienestar de sí mismo y del otro. Sí la enfermería se entiende como un proceso interpersonal que requiere de interacciones, relaciones y transacciones en la relación del acto de cuidado con el sujeto de cuidado, debe verlo como un ser integral, por lo tanto, debe conocerse interiormente porque no puede darse aquello que no se tiene, es decir, contar con un perfil como el conocimiento para brindar cuidado con calidad y oportunidad, es así que en el terreno de lo empírico se designa como “la ciencia de la enfermería” al empleo de leyes generales y teorías con el propósito de conocer y explicar los diferentes fenómenos que son los fundamentos de los profesionales de enfermería. La ética y la moral en enfermería hace parte del código deontológico, es decir, del deber ser como profesionales del ámbito de la salud, lo que le exige al profesional unas

acciones y toma de decisiones con base en la deliberación y juicios morales de lo correcto o no, acordes con la respuesta humana del sujeto (9). El patrón estético o el arte de enfermería se refiere a la forma de dirigirse o relacionarse con los otros, equipo y sujetos de cuidado. Con base en esta postura, se buscó en primera instancia que los estudiantes de Enfermería cuenten, expresen de una manera eficaz sus vivencias a través de las narrativas de su ejercicio académico, quienes en este caso, construyeron escritos con base en las estrategias utilizadas por los profesionales en tiempos de COVID-19, para comprender el sufrimiento no solo de los sujetos de cuidado sino también de quienes les brindaron cuidado. En la tabla 1 se presenta el análisis de las diferentes narrativas y los patrones de conocimiento identificados por las autoras en la revisión de la literatura.

En la actualidad se está viviendo un momento difícil, pasar y superar una pandemia no es fácil, sobre todo para los profesionales de la salud que viven su día a día en centros hospitalarios, además el estrés laboral, la sobrecarga y sobre todo la pérdida de vidas de sujetos en el día a día, por ello, esta revisión se hizo para identificar en los estudiantes implícitamente cuáles patrones del conocimiento en enfermería estaban más presentes o relacionados en los planes de cuidados a sujetos de cuidado que experimentan esta patología, este fenómeno se explicará en la tabla 2, que arrojó el patrón ético y estético como los más utilizados por los estudiantes.

personas para evolucionar y transformar vidas no solo en lo personal sino también en lo profesional. Esto no solo implica narrar, además implica darle sentido, comprender las vivencias, las emociones y los actos plasmados en palabras, convertir las ideas abstractas que ayuden al lector a entender de manera concisa lo que se quiere expresar. Para asimilar la importancia de la narrativa en enfermería, se podría tener en cuenta algunas definiciones que mejoren la comprensión en este tipo de investigación.

Los argumentos para el desarrollo y uso de este tipo de investigación provienen de una reflexión sobre las experiencias en sus vidas que pueden contar de manera cronológica, las personas explican sus vidas cotidianas por medio de relatos sobre quiénes son ellos y los otros conforme interpretan sus experiencias. El relato, en el léxico actual, es una opción de una persona para contar su experiencia, asimismo, interpretarla y transformarla en experiencias significativas.

En la tabla 3 se hace una triangulación de los resultados a partir de los patrones de conocimiento encontrados en la literatura y el enfoque de los estudiantes de Enfermería donde se identifica como más relevante el patrón ético, lo cual demuestra que en cualquier situación por la que pase la profesión de enfermería, en el actuar siempre lo hará con ética y moral, lo cual es un imperativo para la praxis que le permitirá responder a las diferentes demandas de cuidado con ética en cualquier momento de vulnerabilidad del sujeto de cuidado.

Tabla 1. Revisión de literatura: narrativas

Autor	Título	Patrón de enfermería encontrado	Análisis
Fernández Sola Cayetano, Granelo Molina José, Mollinedo Mallea Judith, María Hilda Peredo de Gonzáles Gabriel Aguilera Manrique, Mara Luna Ponce (10).	Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación inicial de enfermería.	Ético	Para un buen manejo del desarrollo de un instrumento es necesario implementar una evaluación ética por enfermería.
Brandão Ana Paula da Costa Lacerda, Peres de Almeida María Angélica, Olivia Pitta Lopes Rafeal (11).	Evidencia de patrones de conocimiento de enfermería comunicados por la prensa brasileña antes del modelo de Florence Nightingale.	Ético	La construcción del instrumento, el parecer de los jueces y la aplicación de procedimientos estadísticos para la validación de contenido.
Osorio Castaño, Jhon Henry (12).	Patrón de conocimiento sociopolítico en enfermería: reflexiones conceptuales	Personal	Se evidenció el patrón social puesto que para enfermería no solo se involucra el actuar sino también todas aquellas acciones frente a lo político.
Carvajal 1, C. Centeno, R. Watson, M. Martínez, Á. Sanz Rubiales (13).	¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? según patrón de conocimiento.	Personal	Para implementar cada instrumento de validación en cada persona, es necesario también aplicar los patrones de conocimiento.

(Continúa)

Autor	Título	Patrón de enfermería encontrado	Análisis
Escobar, Castellanos Blanca, Olivia Sanhueza Alvarado (14).	Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: estudio de revisión.	Ético, estético.	Los modelos de conocimiento de Carper se han integrado en la enseñanza y la práctica de la enfermería desde el principio porque se consideran los elementos básicos para mostrar el conocimiento de la asignatura, ya que cada modelo representa una forma de conocimiento y es comprensible, fácil de entender y la posibilidad de ser fácilmente confiable.
Martínez Rodríguez, Laura; Marta Venceslao Pueyo, Anna Ramió i Jofre(15).	Crisis de cuidados: Percepciones del cuidado en los estudiantes de enfermería.	Ético	De esta manera, la crisis de enfermería nos recuerda la impotencia social y política para garantizar el bienestar de la vasta población y la evidencia universal de que estas personas no pueden cuidarse y cuidarse a sí mismas o ser atendidas.
Alonso Castillo María Magdalena (16).	Clima ético, estrés de conciencia y laboral de enfermeras y médicos que laboran en cuidados intensivos neonatales.	Ético	Las instituciones de salud deben considerar el ambiente ético, la ética y las presiones laborales, teniendo en cuenta que pueden tener un impacto negativo en la salud de los médicos y enfermeros que brindan atención, limitando la calidad de la atención.
Oliveira Andressa de Ana, Paula Rigon Francischetti García, Vanessa Pellegrino Toledo (17).	Patrones de conocimiento utilizados por las enfermeras en el cuidado del paciente en el primer brote psicótico	Empírico	El artículo habla del patrón empírico, ya que está relacionado con la ciencia y el conocimiento que debe tener la enfermera para poder enfrentarse a las necesidades del cuidado, el cual está basado en diferentes teorías, que están destinadas para brindar una menor calidad de vida.

(Continúa)

Autor	Título	Patrón de enfermería encontrado	Análisis
Schallenberger Cláudia Denise (18).	Componentes de sensibilidad moral identificados entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos.	Ético	La educación moral, el diálogo, las relaciones con otros miembros del equipo de salud, la autonomía profesional, el conocimiento, los valores personales, la comunicación efectiva, el liderazgo y los resultados positivos mostrados por los pacientes se identifican como componentes importantes de la sensibilidad moral del enfermero.
Macías Maroto, Marta; Solís Carpintero, Leticia (19).	Errores en la administración de medicación en un servicio de urgencias: conocimiento para disminuir el riesgo.	Ético	El patrón que interfiere es el ético, ya que los profesionales de enfermería deben tener el conocimiento sobre la administración de medicamentos, sus iteraciones, cómo es su mecanismo de acción. Esta información, le permite ser un profesional íntegro y lo capacita para saber qué es lo correcto o incorrecto, logrando practicar un cuidado óptimo y seguro.
Cardoso, Stefany Rodríguez Santos, José Diego Marques; de Abreu, Ingrid Moura; de Carvalho, Nalima Alexandra Rocha; Dos Santos, Ana Maria Ribeiro; Madeira, Maria Zélia Araújo; Dantas Avelino, Fernanda Valéria Silva (20).	Errores en la administración de medicamentos parenterales: perspectiva de los técnicos de enfermería.	Ético	Es importante que los técnicos en enfermería se apropien del cuidado y estén más concentrados para evitar errores en la administración. Según Cardoso (2020) "Los profesionales de este estudio reconocieron la importancia de reportar errores y destacaron la notificación en el sistema de información", esto nos pone en contexto el patrón ético en donde se refleja el compromiso y la responsabilidad que conlleva la administración segura de medicamentos.

(Continúa)

Autor	Título	Patrón de enfermería encontrado	Análisis
Manrique Abril, Fred G; Agudelo, Calderón, Carlos A; Víctor M. González Chordá; Óscar Gutiérrez Lesmes; Cristian F. Téllez Piñerez y Giomar Herrera-Amaya (21).	Modelo SIR de la pandemia de COVID-19 en Colombia.	Estético, Ético	Describe el modelo SIR que pronostica cómo se desarrolla la pandemia en Colombia para mejorar la atención en pacientes con COVID-19, interviniendo así el patrón del conocimiento estético que, según Durán (2005) significa "hacer lo que se debe hacer, en el momento preciso, logrando que el paciente y la enfermera tengan certeza de la bondad de la intervención".
Monterrosa Castro, Álvaro; Redondo Mendoza, Vella; Mercado Lara, María (22).	Factores psicosociales asociados con síntomas del trastorno de ansiedad generalizada en médicos generales durante la pandemia de COVID-19.	Personal	El impacto generado por el COVID-19 en el nivel psicológico entre el personal de la salud (médico), el impacto se amplifica por la sobrecarga laboral, por las decisiones que los médicos deben tomar en su momento y por todo lo que ha traído consigo el COVID-19, relacionándolo con el patrón de conocimiento personal, entendiendo que este patrón determina que lo primordial es la salud en cuanto al individuo.
Ramos Morcillo, Antonio Jesús; Leal Costa, César; Moral García, José Enrique; Ruzafa Martínez, María (23).	Experiencias de estudiantes de Enfermería durante el cambio abrupto de la educación presencial a la e-Learning durante el primer mes de encierro por COVID-19 en España.	Ético - personal	Los patrones resaltados son el ético y el personal porque se puede evidenciar el impacto que tiene la educación virtual en los estudiantes y cómo ellos saben usar este tipo de educación. Por ejemplo, en la actualidad se ha logrado que los estudiantes sean más responsables de su educación y los ayuda a comprender la importancia de aprender y saber. Por esto, los patrones que se evidenciaron son los ya mencionados, pues resulta que el estudiante debe aprender con ética.

(Continúa)

Autor	Título	Patrón de enfermería encontrado	Análisis
Peiró, Teresa; Lorente, Laura; Vera, María (24).	La crisis del COVID-19: habilidades que son fundamentales para incorporar a los programas de enfermería para futuras crisis de salud mundial.	Ético	La vida del personal de enfermería dio un giro completo debido a la pandemia del COVID-19, ya sea porque no contaban con los recursos necesarios para la atención o porque las instituciones de salud tenían una saturación de pacientes, que generaban un estrés inminente en el personal de enfermería el cual se manifestaba en fallencias en la atención. En el texto se evidenció el patrón del conocimiento ético, que nos habla de la relación con el cuidado del paciente y cómo se puede estropear el patrón si no se mantiene una ética acorde con las necesidades del día a día que da como resultado un cuidado inadecuado y fallas en la atención.
Marcela Muñoz Ángel Yaneth (25).	Patrón de conocimiento personal identificado en narrativas de profesores de Enfermería.	Personal - Ético	Mediante una serie de narrativas, expresadas por profesionales de enfermería, se describe de manera oportuna el patrón del conocimiento, en donde se abarca la humanización y el cuidado. Entendiendo que la humanización es el eje central de la enfermería. Por esta razón, el patrón más importante en el rol del enfermero es el personal, ya que si tú te cuidas adecuadamente puedes brindar un cuidado óptimo al paciente.

(Continúa)

Autor	Título	Patrón de enfermería encontrado	Análisis
Buitrago Malaver, Lilia Andrea; Arias López Beatriz Elena (26).	Los aportes del enfoque biográfico narrativo para la generación de conocimiento en Enfermería.	Estético - personal	La importancia de la narrativa y cómo esta apoya a la enfermería un espacio para expresar el cuidado en relatos y cómo con los patrones del conocimiento, se puede generar una comprensión de experiencias vividas como enfermeros, aportando una mejor comprensión para el cuidado del individuo y su familia.
Encalada Campos, Grecia Elizabeth; Yancha, Moreta, Guerrero Lapo, Gilma Esperanza; Daquilema Sánchez, Martha Cecilia; Byron Vidal Morán Almendáriz (27).	Situación de enfermería en América durante la pandemia del COVID-19.	Personal - Estético	A lo largo de los años se ha identificado que el rol de enfermería en tiempos de pandemia es fundamental; su aporte en la sociedad es tan importante, ya que contribuyen con conocimiento y humanización en el cuidado del paciente, mejorando así sus expectativas de vida. Un patrón principal es el personal, pues el profesional está preparado para realizar su labor y sabe qué es lo que debe hacer, al tiempo que optimiza los recursos y mejora la patología del paciente de manera oportuna y veraz.
Milos Hurtado, Paulina (28).	Ejercicio profesional y responsabilidad de la enfermera.	Ético	El rol ético de los enfermeros es esencial en cuanto al desempeño como profesionales y el ejercicio de una labor basada en un régimen que demuestra una responsabilidad en el ejercicio profesional.

(Continúa)

Autor	Título	Patrón de enfermería encontrado	Análisis
Piedrahita, Luis Carlos, Mario, Gómez; Daniel, Giraldo; Mejía, Carlos Mario (29).	El rol del profesional de enfermería, las implicaciones para el paciente, el equipo de trabajo y la enfermería como profesión.	Estético	La profesión en enfermería, cada vez toma mayor empoderamiento al hacer actualización de los conocimientos a través de la investigación, y en cómo el arte de cuidar se da desde los inicios de la disciplina y es el aporte dado por los profesionales capacitados para brindar una mejor calidad de vida.
Gómez Ramírez Olga Janeth, Carillo González Gloria Mabel. (30)	Indagación narrativa y calidad de vida en mujeres con artritis reumatoide.	Personal	El estudiante experimenta una relación y variedad de emociones en cuanto a su contacto con un paciente, ya que se encuentra en un proceso en el que debe estar atento a todas las necesidades que se le presenten y dar tranquilidad no solo a su paciente sino, también a sus familiares. Se basa en un relato de una experiencia entre dos personas las cuales se basan en el cuidado.
Enríquez Quintero Isamar Daniela, López Cisneros Manuel Antonio, Calixto Olalde María Gloria (31).	Empatía en la relación enfermera-paciente: perspectiva de los patrones de conocimiento de Bárbara Carper.	Personal y empírico.	Se evidencia como la enfermería posee su propio grupo de conocimientos y los actualizando por medio de la investigación, y adquiere habilidades para brindar un cuidado integral propio de la enfermería.
Valderrama Mery Luz, Sanabria, Amamllia Priscila, Peña, Pita y Clavijo Álvarez, Luz Marina (32)	Narrativa: el estudiante de enfermería está aprendiendo el arte de cuidar.	Ético y personal	Un estudiante relata su experiencia en cuanto al ejercicio de práctica profesional. Considerando que es ético y personal ya que se trata de una narración y de la forma como él actúa en su contacto directo con los pacientes.

(Continúa)

Autor	Título	Patrón de enfermería encontrado	Análisis
Wilches Flórez, Olga Cecilia; Wilches Flórez, Ángela María (33).	El cuidado visto por profesionales de la salud desde la mirada de los familiares de un usuario.	Estético	Un profesional que asiste a un centro de salud como usuario, es un punto de vista totalmente diferente, en el que se observa el trato de los profesionales y el quehacer hacia sus pacientes. Una perspectiva para muchos de gran utilidad y poder apreciar su humanidad con quienes están bajo su cuidado.
Briñez A. Karol J. (34).	Narrativa de enfermería: visión y patrones de conocimiento en una entrevista en el hogar.	Personal	Menciona la experiencia de una mujer que cuida de una persona con diabetes y una amputación en un ámbito diferente a un hospital. La narrativa permite reconocer como enfermería se adapta a las diferentes situaciones del cuidado.
Torres Mora, Rosa María; Torres Peña Rafael, Gran Álvarez Miriam; Morena Pérez, Maricela (35)	Propuesta de instrumento para evaluar la calidad percibida por los pacientes tratados por cirugía de mínimo acceso.	Empírico y estético	Se consideran estos dos patrones, ya que hablan sobre el avance de la medicina y su práctica en el cuidado de los pacientes, y en cómo es la calidad y la pertinencia de los instrumentos utilizados ya que se mencionan en el artículo y es validado por expertos en cirugía de mínimo acceso.

(Continúa)

Autor	Título	Patrón de enfermería encontrado	Análisis
Gómez Palencia, Isabel Patricia (36)	Técnica de la narrativa en enfermería, patrones de conocimiento y abordaje teórico.	Personal y ético	Se considera que trata de los dos patrones de Bárbara Carper, ya que el artículo menciona sobre el abordaje teórico y el conocimiento en el cuidado que ofrecemos a nuestros pacientes, ya que en la parte ética debemos recordar que tenemos el deber de brindar el cuidado a quienes lo necesitan y por brindar una mejor calidad de cuidado, también en la parte personal, por ello, debemos estar preparados en este conocimiento para ayudar a quienes lo necesitan.
Espitia Cruz, Luz Carine (37).	El cuidado de enfermería en el contexto de la cirugía plástica estética: una reflexión a partir de los patrones de conocimiento.	Personal y estético	Se debe contar con el conocimiento de su experiencia propia y de la capacidad de reconocer su propia percepción y la del otro. Estético, ya que es la enfermería quien hace visibles las acciones del cuidado.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Patrones de conocimiento identificados en narraciones de estudiantes

Estudiante	Título	Patrón de enfermería	Análisis
1. NEN ^a 1	Abordaje de enfermería en pacientes diagnosticados con covid-19.	Ético	Se encontró el patrón ético puesto que el abordaje de enfermería debe ser desde esta competencia.
2. NEN ^a 2	La enfermería en tiempos de pandemia	Estético	Se ha evidenciado que en tiempos de pandemia se desvaloriza el patrón estético, por ello, en cada atención al paciente se debe mantener la pulcritud del personal.
3. NEN ^o 3	Abordaje de enfermería al paciente que cursa con COVID-19 en las áreas críticas, acorde con la política de seguridad del paciente.	Ético	Los principios bioéticos, según evaluaciones a pacientes supervivientes y sus familiares que fueron ingresados en UCI, no responden a las causas de sufrimiento que padecen estos durante su ingreso, pero hacen falta nuevas visiones éticas.
4. NEN ^o 4	Más allá de la experiencia. La enfermería y su lucha contra el COVID-19.	Emancipatorio	Resaltan el papel de la enfermera, como quien se mantuvo en la primera línea contra el COVID-19. Relatan el miedo y la vulnerabilidad que se encontraban porque estaban en medio de esta batalla y luchando por brindar una mejor calidad de vida a quienes padecían de dicha enfermedad.
5. NEN ^o 5	Narrativa del COVID-19	Social	Se evidencia en cómo los estudiantes, resaltan las experiencias vividas y están reflejadas en bases bibliográficas sobre la atención de los pacientes del COVID-19. Hacen relevancia en quienes presentan una menor afectación del virus y en cómo se afectó el nivel económico de la mayor parte de la población.
6. NEN ^o 6	Una mirada global de enfermería ante el COVID-19	Ético-social	Resaltan la importancia del papel de los profesionales de la salud en cuanto a la pandemia y pos pandemia que vivimos hoy en día, porque gracias a ellos se ha logrado la rehabilitación de los pacientes y se han gestionado con éxito las dificultades.

(Continúa)

Estudiante	Título	Patrón de enfermería	Análisis
7. NEN° 7	Narrativa	Social	Explican que no solo el estado físico de la enfermera se ve afectado por la pandemia, sino también su parte psicológica, debido a que se está enfrentando en primera línea a este virus con el fin de brindar un mejor cuidado a quienes padecen esta enfermedad, siendo ellos quienes se encuentran más vulnerables y con miedo a contraer este virus, que fue un problema de salud a nivel del mundo.
8. NEN° 8	Narrativa del abordaje de enfermería al paciente que cursa el COVID-19 en las áreas críticas.	Ético	Se resalta la importancia del profesional de enfermería en tiempos actuales del virus SARS-CoV-2, se recalca la importancia del profesional de enfermería y cómo mediante sus conocimientos, liderazgo y ética profesional busca optimizar la recuperación de los pacientes, mediante la humanización y el cuidado de quienes ingresan a las áreas críticas, tomando como referente el patrón ético, el cual es fundamental para el cuidado.
9. NEN° 9	Narrativa sobre estrategias de enfermería en la atención del paciente de COVID-19 en las áreas críticas acorde con la política de seguridad del paciente.	Ético y Social	Recalcan la importancia del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario, ya que este personal es indispensable para el cuidado de los pacientes que ingresan a las áreas críticas; por otro lado, hacen hincapié en que el profesional de enfermería debe estar calificado y actualizado para enfrentar una pandemia como la del COVID-19. Esto evidencia la importancia del patrón ético en cuanto al conocimiento y el social que refiere la importancia de la enfermería en la sociedad.

(Continúa)

Estudiante	Título	Patrón de enfermería	Análisis
10. NENº 10	Importancia y estrategias del profesional de enfermería en la atención de pacientes diagnosticados con SARS-CoV-2 COVID-19	Social, Emancipatorio	Se visualiza la importancia social del profesional de enfermería en pacientes diagnosticados con COVID-19, cómo el profesional de enfermería no solo durante su formación académica sino como alguien que hace parte de la sociedad, debe formarse como un ser holístico, comprensivo, humano, que refuerza sus conocimientos en la importancia del cuidado con el fin de que el paciente se sienta atendido y comprendido y así mejore su salud, su calidad de vida y la de su familia.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Triangulación de los resultados

Patrones de enfermería	Perspectiva desde la literatura	Perspectiva de los estudiantes	Similitudes	Diferencias
Emancipatorio y Social	Permite conocer al profesional el contexto social y político de los sujetos de cuidado y con ello se ubica en la práctica de enfermería al identificar las barreras sociales que no permiten o crean barreras en el servicio.	Capacidad de los profesionales en ayudar al sujeto a evolucionar en su proceso de salud.	La profesión está para ayudar a la sociedad.	Los estudiantes poco visibilizan los componentes políticos en el aspecto social.
Ético	Es el componente moral de la profesión, permite brindar cuidado con respeto, compromiso y respeto a la vida humana, y es uno de los ejes en la toma de decisiones en situaciones. Además busca la reflexión ante la presencia de errores en las acciones vinculadas con el cuidado.	Sin este código moral no se puede brindar cuidado de enfermería.	La ética está presente en el actuar del profesional independientemente del rol que desempeñe.	Ninguna
Estético	Relacionado con el arte de la profesión, involucra la creación o forma de expresarse en una proyección discursiva del lenguaje. Por tanto, es necesario desarrollar habilidades de comunicación, ser creativos y empáticos para construir una relación terapéutica humanizada entre enfermera-sujeto de cuidado.	Muy relacionado con la capacidad empática del profesional con el sujeto de cuidado.	La forma de practicar discursos o acciones que tengan que ver con el escuchar y generar relación con otros.	Se enfoca más hacia lo bello, ejemplo el porte del uniforme del profesional y la manera como desarrolla las acciones de enfermería.
Personal	Expresa el conocimiento de sí mismo (en relación con el otro); este evidencia todas las competencias que desarrolla el profesional, como la competencia del saber, del hacer y ser para formar el acto de cuidado.	Lo perciben en los aspectos individuales que le permiten tomar decisiones en el acto de cuidado.	Dependiendo de lo individual así mismo tomarán sus decisiones.	Ninguna

Fuente: elaboración propia.

Discusión y conclusiones

Según el análisis de resultados, la revisión bibliográfica y la narrativa de los estudiantes se evidenció entre los profesionales de enfermería, así como en los estudiantes, cuáles son las bases fundamentales para brindar cuidado. Se confirmó que existe un amplio número de narraciones utilizadas para todos los modelos de investigación que tratan de los cuidados e, implícitamente, sobre los patrones de conocimiento. Este estudio resaltó cómo los estudiantes lograron crear narrativas de enfermería centrándose en el cuidado en tiempos del COVID-19, mostrando narraciones con diferentes puntos de vista, detallando la importancia del cuidado humanizado para el sujeto, pero también, la importancia de la salud mental de los profesionales de enfermería que sentían que debían dar más y tal vez no se lograba por condiciones ajenas a su labor; asimismo, la importancia de construcción de la narrativa en el cuidado del individuo y la familia por parte de los estudiantes porque conocieron experiencias de los profesionales y fomentaron la lectura crítica y la escritura en el ejercicio académico. La investigación arroja los principales patrones utilizados tanto por los autores como por los estudiantes de Enfermería que fueron el ético y el personal, lo que llama la atención y está totalmente de acuerdo, debido a que estos patrones se centran en lo que está bien, en lo que está mal, es decir, el cuidado es el eje central respetando las diferentes dimensiones de los sujetos, sin importar situaciones de estrés, sobrecarga y factores sociales que podrían afectar el ejercicio del profesional. Para los estudiantes es vital comprender que deben tener la capacidad de entender el

por qué y el para qué se realizan las intervenciones de enfermería que pueden ser mejoradas a través de experiencias y vivencias en el cuidado en ámbitos reales para lograr la construcción de planes de cuidado como respuesta humana del sujeto de cuidado.

En suma, se comprenden estos relatos como la descripción no solo escrita, sino también verbal de una experiencia vivida con fin de aportar conocimiento a la profesión. Según la bibliografía consultada, se llegó a la conclusión de que esta técnica permite contar historias, ideas, reflexiones y sobre todo transmitir las emociones de manera muy personal para fortalecer los cuidados en tiempos de cambio, las cuales según nuestra experiencia pueden ser contadas y servirían como referente para otras generaciones. En cuanto a los estudiantes, la narrativa les permitió expresar los elementos necesarios para brindar cuidado, en cuanto a su interacción con las diferentes búsquedas de literatura y su manera de narrar, estas evidencian una experiencia alrededor en el manejo de sujetos en vulnerabilidad que para ellos pueden ser de gran referente para el conocimiento y así ponerlas en práctica no solo en su vida cotidiana sino profesional; asimismo, no hay una única manera de hacer narraciones dado que es muy personal y depende de las experiencias en la vida de cada sujeto o individuo, por lo que para la profesión esta técnica de investigación permite contar situaciones de enfermería que nutren o fortalecen las prácticas de estudiantes y el ejercicio profesional para evitar prácticas inseguras o para fortalecer un ejercicio seguro de calidad y oportunidad que no solo beneficie al sujeto de cuidado sino al profesional.

Agradecimientos

A los estudiantes de enfermería que aportaron sus ejercicios de clase como parte de la investigación formativa.

Conflictos de interés: ninguno.

Referencias bibliográficas

1. Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996. (5 de febrero de 1996). [consultado 12 junio 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-266-de-1996.pdf>
2. Congreso de Colombia. Ley 911. (6 de octubre de 2004). [consultado 12 junio 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-911-de-2014.pdf>
3. Cadena EJC. Análisis reflexivo del empoderamiento de la enfermería mexicana: mito o realidad. *Rev. Méx Enf Cardiol.* 2015;23(1):42-46.
4. Consejo Técnico Nacional de Enfermería. Plan Nacional de Enfermería 2020-2030. Obtenido de Organización Colegial de Enfermería: (20 de noviembre de 2020). [fecha consulta 12 junio 2020]. Disponible en: <https://www.oceinfo.org.co/difusion/noticias/252-propuesta-plan-nacional-de-enfermeria-2020-2030>
5. Ruiz Bugarin CL. Narrativa de enfermería: dejando ir a Doña Paula. *Ene.* [Internet]. 2015 [fecha de consulta Jun 08] 2021;9(2). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200009>
6. Escobar Castellanos B, Sanhueza Alvarado O. Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: estudio de revisión. *Scielo. Revista cuidados humanizados.* 2018; 7(1). [12 julio 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v7n1/2393-6606-ech-7-01-27.pdf>
7. Cortés Pérez S. El cuidado como objetivo político-social, una nueva mirada desde la ética del cuidado. España. [consultado 12 octubre 2020]. Disponible en: http://www.unavarra.es/digitalAssets/158/158837_6_p-CortesPerez_eticaidelCuidado.pdf
8. Medina Vicent M. La ética del cuidado y Carol Gilligan: una crítica a la teoría del desarrollo moral de Kohlberg para la definición de un nivel moral postconvencional contextualista. *Daimon* [Internet]. 10 de marzo de 2016 [citado 30 de octubre de 2021];(67):83-98. Disponible en: <https://revistas.um.es/daimon/article/view/199701>
9. Cortés Pérez, S. El cuidado como objetivo político-social, una nueva mirada desde la ética del cuidado. España. [consultado 12 octubre 2020]. Disponible en: http://www.unavarra.es/digitalAssets/158/158837_6_p-CortesPerez_eticaidelCuidado.pdf
10. Fernández-Sola C, Granero-Molina J, Mollinedo-Mallea J, Gonzáles MH Peredo de, Aguilera-Manrique G, Ponce ML. Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación inicial de enfermería. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2012 Dec [cited 2021 May 22] ;46(6): 1415-1422. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/8w3rjzjQtLHbrKXkPhvyWF-J/?lang=es>
11. Brandão AP, da Costa L, Peres MA, de Almeida Aperibense PG, Gama de Sousa, Lopes R, Oliveira P, Santos Jéssica de Castro, Brandão MA, Gomes. Evidencia de patrones de conocimiento de enfermería comunicados por la prensa brasileña antes del modelo de Florence Nightingale. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2020 [citado el 22 de mayo de 2021];73(Supl.5):e20190790. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Rf9kdMRv4JVzRvR5wM8yPJf/?lang=en>

12. Osorio Castaño JH. Patrón de conocimiento sociopolítico en enfermería: reflexiones conceptuales. *Rev Cuid* [Internet]. Diciembre de 2016 [consultado el 22 de mayo de 2021]; 7(2): 1352-1357. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732016000200013&lng=en.%20%20https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.319%20.

13. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2011 Abr [citado 2021 mayo 23];34(1):63-72. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es

14. Escobar-Castellanos B, Sanhueza-Alvarado O. Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería. *Enfermería (Montevideo)* [Internet]. 2018 Jun [citado 2021 Mayo 22];7(1):27-42. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062018000100027&lng=es.%20%20http://dx.doi.org/10.22235/ech.v7i1.1540

15. Martínez Rodríguez L, Venceslao Pueyo M, Ramió i Jofre A.. Crisis de cuidados: Percepciones del cuidado en los estudiantes de enfermería. [Internet]. 2016 Aug [cited 2021 May 23];10(2). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242016000300013

16. Alonso Castillo MM, Armendariz García NA, Alonso Castillo MTDJ, Alonso Castillo BA, López García KS. Clima ético, estrés de conciencia y laboral de enfermeras y médicos que laboran en cuidados intensivos neonatales. *Rev. latinoam. bioet* [Internet]. 28 de mayo de 2020 [citado 22 de mayo de 2021];19(37-2):63-4. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rli/article/view/4177>

caring for the patient in the first psychotic outbreak. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [citado el 8 de junio de 2021];21(3). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/whQsscfxbPrZcZT6tYgBXc/?lang=en>

18. Schallenberger CD, Tomaszewski-Barlem J.D, Luiz Devos Barlem E., Pereira Rocha L., Grazielle de Lima D, Alves Pereira L. Componentes de la sensibilidad moral identificados entre enfermeros de unidades de cuidado intensivo. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. Febrero de 2019 [consultado el 22 de mayo de 2021];. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/X8sGsrDZRw75bF9ZWWGj5rL/abstract/?lang=es>

19. Macías Maroto M., Solís Carpintero L. Errores en la administración de medicación en un servicio de urgencias: conocer para disminuir el riesgo. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 01];92:e201806038. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100210&lng=es.%20%20Epub%2028-Jun-2018

20. Cardoso Rodrigues S, Santos Marques JD, Abreu Moura I, de Carvalho NA, Rocha de Santos AM, Ribeiro dos, Madeira M, Zélia de Araújo, et al. Erros na administração de medicamentos via parenteral: Perspectiva dos técnicos de enfermagem. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2020[cited 2021 May 22];33:eAPE20190276. Available from: <https://www.scielo.br/j/ape/a/7hgK56K9YSVHQyY7wkQHWHN/?lang=pt>

21. Manrique-Abril FG, Agudelo-Calderón CA, González-Chordá VM, Gutiérrez-Lesmes Ó, Téllez-Piñerez CF, Herrera-Amaya G. Modelo SIR de la pandemia de COVID-19 en Colombia. *Rev. salud pública* [Internet]. 2020 Apr [cited 2021 May 22];22(2):e202. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642020000200202&lng=en.%20%20Epub%20Apr%202007.%202020.%20%20https://doi.org/10.15446/rsap.v22.85977.

76 17. Oliveira A de, Garcia APRF, Toledo VP. Patterns of knowledge used by nurses in

22. Monterrosa-Castro A, Redondo-Mendoza V, Mercado-Lara M. Psychosocial factors associated with symptoms of generalized anxiety disorder in general practitioners during the COVID-19 pandemic. *J Invest Med*. 2020; 10;68(7):1228-1234. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/343419691_Psychosocial_factors_associated_with_symptoms_of_generalized_anxiety_disorder_in_general_practitioners_during_the_COVID-19_pandemic
23. Ramos-Morcillo AJ, Leal-Costa C, Moral-García JE, Ruzafa-Martínez M. Experiences of Nursing Students during the Abrupt Change from Face-to-Face to e-Learning Education during the First Month of Confinement Due to COVID-19 in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(15):5519. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32751660/>
24. Peiró T, Lorente L, Vera M. The COVID-19 Crisis: Skills That Are Paramount to Build into Nursing Programs for Future Global Health Crisis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(18):6532. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7558921/>
25. Marcela Muñoz AY. Patrón de conocimiento personal identificado en narrativas de profesores de Enfermería. *Rev Cuid* [Internet]. 2019 Aug [cited 2021 June 01];10(2):688. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000200208&lng=en.
26. Buitrago Malaver LA, Arias López BE. Los aportes del enfoque biográfico narrativo para la generación de conocimiento en Enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2018 Jun [citado 2021 Jun 01];27(1-2):62-66. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000100013&lng=es
27. Encalada Campos GE, Yancha Morera CA, Guerrero Lapo GE, Daquilema Sánchez MC, Vidal Morán Almendárez B. Situación de enfermería en América, frente a la pandemia COVID-19. *Revista Salud y Bienestar Colectivo*, Septiembre-Diciembre. 2020;4(3). Disponible en: <https://revistasaludybienestarcolectivo.com/index.php/resbic/article/view/106/103>
28. Milos Hurtado P, Larrain Sundt AI. La gestión del cuidado en Chile: de la función a la estructura. *Ciencia y Enfermería* [Internet]. 2013;XIX(2):7-10. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441813001>
29. Piedrahíta CM, Gómez LD, Mejía CMG. El rol del profesional de enfermería, implicaciones para el paciente, el equipo de trabajo y la enfermería como profesión. *Rev Univ Catol Oriente*. 2019;30(44). Disponible en: <http://revistas.uco.edu.co/index.php/uco/article/view/247>
30. Gómez-Ramírez OJ, Carrillo-González GM. Indagación narrativa y calidad de vida en mujeres con artritis reumatoide. *Rev. Fac Med Univ Nac Colomb*. 2020; 68(3):413–8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/342603040_Indagacion_narrativa_y_calidad_de_vida_en_mujeres_con_artritis_reumatoide
31. Enríquez-Quintero ID, López-Cisneros MA, Calixto-Olalde, MG. Empatía en la relación enfermera-paciente: perspectiva de los patrones del conocimiento de Barbara Carper. **Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social**, [S.l.], 2020; 27(4):230-236, [mar. 2020]. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/948/1047
32. Valderrama Sanabria ML, Peña Pita AP, Clavijo Álvarez LM. Narrativa: el estudiante de Enfermería aprendiendo el arte de cuidar. *Rev Cuid*. 2017;8(1):1488. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/362>
33. Wilches Flórez OC, Wilchez Flórez ÁM. El cuidado, visto por los profesiona-

les de la salud, en calidad de familiares de un usuario. *Rev. Col. Bioet.* [Internet]. 21 de julio de 2016 [citado 11 de diciembre de 2021];11(1):23-34. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/1812>

34. Briñez AKJ. Narrativa de enfermería: visión y patrones de conocimiento en una entrevista en el hogar. *Rev. Colomb. Enferm.* [Internet]. 23 de octubre de 2015 [citado 11 de diciembre de 2020];9:142-8. Disponible en: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/574>

35. Torres Mora RM, Torres Peña R, Gran Álvarez M, Morera Pérez M. Propuesta de instrumento para evaluar la calidad percibida por pacientes tratados por cirugía de mínimo acceso. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2018;Mar [citado 2021 Dic 11];34(1):e1358. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000100008&Ing=es. Epub 01-Mar-2018.

36. Gómez-Palencia IP. Técnica de la narrativa en enfermería, patrones de conocimiento y abordaje teórico. *Rev Cienc Biomed* [Internet]. 28 de diciembre de 2020 [citado 11 de diciembre de 2021];3(1):174-9. Disponible en: <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cbiomedicas/article/view/3183>

37. Espitia Cruz LC. El cuidado de enfermería en el contexto de la cirugía plástica estética: una reflexión a partir de los patrones de conocimiento. *Umbral Científico* [Internet]. 2009; (15):8-14. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30415144002>

DOI: <https://doi.org/10.33132/01248146.2186>

ECONOMÍA DEL CUIDADO EN LA PERSPECTIVA GLOBAL: ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO

Juan C. Tocora-Rodríguez*

ORCID: 0000-0001-5635-9598

Resumen

Antecedentes: la economía del cuidado como término amplio encierra el trabajo del cuidado no remunerado en el interior de los hogares, cuidados a las personas del hogar o comunidad, necesarios para el mantenimiento de la vida, la reproducción y mantenimiento de la fuerza de trabajo remunerado. El creciente interés por el reconocimiento del trabajo del cuidado, la demanda de equidad de género para la creación de políticas públicas ha conllevado a investigar ampliamente sobre el tema a nivel nacional e internacional. **Objetivo:** el presente estudio bibliométrico recopila y analiza el estado actual de la producción científica global en el campo de la economía del cuidado. **Método:** se realizó una búsqueda en diez bases de datos para mapear artículos científicos originales, artículos de revisión y libros de texto publicados en español e inglés, sin límite de fecha de publicación. Se excluyeron documentos normativos y estudios bibliométricos. Se descargaron los resultados de las bases de datos, se realizó deduplicación, selección y análisis cuantitativo y cualitativo de los datos. El análisis incluyó áreas geográficas estudiadas, año de publicación, autoría y coautoría, y coocurrencia. Se utilizó la herramienta analítica bibliométrica de acceso libre VOSviewer versión 1.16.18 para la creación de mapas basados en datos bibliográficos. **Resultados:** 2495 documentos fueron identificados, 1949 tamizados y 516 incluidos en el análisis al cumplir con los criterios de selección. **Conclusiones:** el número de documentos publicados anualmente sobre la temática se ha incrementado, en 1969 se identificó el primer documento publicado, alcanzando el pico de 52 en el 2021 y 13 en el primer cuatrimestre del 2022. Ha predominado la producción científica en Eurasia, América Latina, Canadá, Sudáfrica y Corea. La coocurrencia de palabras clave

* Profesor del programa de Maestría en Epidemiología, Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá, Colombia. Grupo de investigación en Salud Pública y Epidemiología. jtocora2@areandina.edu.co

ha mostrado cambios en el tiempo: humanos, adulto, niño, cuidador, familia y *homecare* (2005-2010), *gender, care, migration, women y feminist economics* (2010-2015), *care economy, economics, domestic work, gender inequality, pandemics, coronavirus pandemic, Covid-19* (2019-2022).

Palabras clave: análisis bibliométrico, cuidados, economía del cuidado, género.

ECONOMY OF CARE IN THE GLOBAL PERSPECTIVE: BIBLIOMETRIC STUDY

Abstract

Background: The care economy as a broad term encompasses unpaid care work within households, care for people at home or community, necessary for the maintenance of life, reproduction and maintenance of the paid labor force. The growing interest in the recognition of care work, the demand for gender equality for the creation of public policies has led to a lot of research on the subject at the national and international level. **Objective:** This bibliometric study compiles and analyzes the current state of global scientific production in the field of care economy. **Method:** A search was carried out in 10 databases to map original scientific articles, review articles and textbooks published in Spanish and English, with no publication date limit. Normative documents and bibliometric studies were excluded. The results of the databases were downloaded, deduplication, selection and quantitative and qualitative analysis of the data were performed. The analysis includes geographic areas studied, year of publication, authorship and co-authorship, and co-occurrence. The free access bibliometric analytic tool VOSviewer version 1.16.18 was released for the creation of maps based on bibliographic data. **RESULTS:** 2,495 documents were identified, 1,949 screened and 516 included in the analysis as they fully met the selection criteria. **Conclusions:** The number of documents published annually on the subject has been increasing, in 1969 the first published document was identified, reaching a peak of 52 in 2021 and 13 in the first quarter of 2022. Scientific production has predominated in Eurasia, Latin America, Canada, South Africa and Korea. The co-occurrence of keywords has shown changes over time: human, adult, child, caregiver, family and homecare (2005-2010), gender, care, migration, women and feminist economics (2010-2015), care economy, economy, domestic work, gender inequality, pandemics, coronavirus pandemic, Covid-19 (2019-2022).

Keywords: bibliometric analysis, care, care economy, gender.

ECONOMIA DO CUIDADO NA PERSPECTIVA GLOBAL: ESTUDO BIBLIOMÉTRICO

Resumo

A economia do cuidado como termo amplo encerra o trabalho do cuidado não remunerado no interior dos lares, cuidados às pessoas do lar ou comunidade, necessários para a manutenção da vida, a reprodução e manutenção da força de trabalho remunerado. O crescente interesse pelo reconhecimento do trabalho do cuidado, a demanda por equidade de gênero para a criação de políticas públicas levou a pesquisas extensivas sobre o tema em nível nacional e internacional. **Objetivo:** o presente estudo bibliométrico coleta e analisa o estado atual da produção científica global no campo da economia do cuidado. **Método:** foi realizada uma pesquisa em 10 bancos de dados para mapear artigos científicos originais, artigos de revisão e livros didáticos publicados em espanhol e Inglês, sem limite de data de publicação. Documentos normativos e estudos bibliométricos foram excluídos. Os resultados dos bancos de dados foram baixados, a deduplicação, a seleção e a análise quantitativa e qualitativa dos dados foram realizadas. A análise incluiu áreas geográficas estudadas, ano de publicação, autoria e co-autoria e co-ocorrência. A ferramenta analítica bibliométrica de acesso livre VOSviewer versão 1.16.18 foi usada para a criação de mapas baseados em dados bibliográficos. **Resultados:** 2495 documentos foram identificados, 1949 peneirados e 516 incluídos na análise ao atender aos critérios de seleção. **Conclusões:** o número de documentos publicados anualmente sobre o tema tem aumentado, em 1969 foi identificado o primeiro documento publicado, atingindo o pico de 52 em 2021 e 13 no primeiro quadrimestre de 2022. A produção científica predominou na Eurásia, América Latina, Canadá, África do Sul e Coreia. A co-ocorrência de palavras-chave mostrou mudanças ao longo do tempo: humano, adulto, criança, cuidador, família e homecare (2005-2010), gênero, cuidado, migração, oniomem e economia feminista (2010-2015), economia de cuidados, economia, work doméstico, desigualdade de gênero, pandemia, pandemia de coronavírus, Covid-19 (2019-2022).

Palavras-chave: análise bibliométrica, cuidados, economia do cuidado, gênero.

Introducción

La economía del cuidado se ha venido consolidando como un concepto edificado desde sus orígenes a partir de los aportes de la economía feminista, los análisis de las políticas sociales, aportes filosóficos y de la academia en torno al debate sobre “el trabajo doméstico”, “la ética del cuidado” y las desigualdades de género originadas por el capitalismo y la división sexual del trabajo, inicialmente en países con altos índices de envejecimiento, aumento de la esperanza de vida y baja natalidad, en situación de “crisis de los cuidados” (1–3). Su teorización abarca un amplio espectro de aplicaciones en donde se destaca la articulación en la demanda de equidad de género y las políticas públicas relacionadas con la necesidad de cuidados de niños pequeños y personas adultas, el reconocimiento económico de quienes realizan el trabajo del cuidado, así como se vincula a la organización social del trabajo. El concepto integra a la economía, que engloba a las prácticas de producción, uso y manejo de recursos, y por otra parte, al cuidado, actividad humana que se relaciona con el vínculo, lo cotidiano, que va más allá de la enfermedad y que sustenta la conservación de la vida para favorecer el bienestar individual y colectivo (1).

La economía del cuidado comprende el espacio donde la fuerza de trabajo se reproduce, incluye las tareas de mantenimiento del hogar, cuidado de menores, adultos y personas con discapacidad, que está a cargo de las familias, pero en su interior históricamente asignadas de manera desproporcionada a las mujeres, y que no genera remuneración económica. Se

complementa con los servicios ofertados por el sector privado y público de forma remunerada, y con las ayudas informales entre hogares y servicios que brinda la comunidad, de la que hacen parte los servicios de educación (guarderías, centros de enseñanza especial), salud (hogares geriátricos, hospitales), servicios relacionados con el hogar como la limpieza y orden en la vivienda (servicios de lavado de pisos, vidrios, limpieza), lavado y planchado de ropa (lavanderías, tintorerías), y preparación y venta de alimentos (restaurantes) (2–4).

Desde los años 70 se ha estudiado la economía del cuidado en su transición teórica conceptual y existe un amplio cuerpo de literatura a partir del análisis desde diferentes disciplinas. Algunos estudios bibliométricos en torno a la economía del cuidado se centran en los cuidados de enfermería (5), y en las políticas de cuidado (6).

Un estudio bibliométrico es un tipo de investigación que aplica métodos estadísticos cuantitativos y cualitativos para analizar datos bibliométricos tales como contenidos de publicaciones, referencias, citas y coautorías de artículos científicos, libros, reportes y documentos relacionados (7). Son estudios de naturaleza descriptiva que permiten mapear el conocimiento científico, resumir grandes cantidades de datos bibliométricos para identificar el estado del arte de la producción científica, tendencias emergentes y avanzar en una temática o campo del conocimiento (8).

El objetivo de este estudio es identificar y analizar el estado actual de la produc-

ción científica global en el campo de la economía del cuidado. En las siguientes secciones se indica la metodología analítica, se presentan los resultados, estado de la cuestión y cómo se proyecta el campo de investigación.

Materiales y métodos

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura científica publicada relacionada con la economía del cuidado. Se incluyeron artículos científicos originales de investigaciones empíricas con diferentes diseños y enfoques de la investigación en ciencias sociales, económicas y de la salud, artículos de revisión y libros de texto publicados en español e inglés, sin límite de tiempo inicial de publicación hasta la fecha de la realización de la búsqueda (11 de abril del 2022). Se excluyeron documentos normativos y estudios bibliométricos. Dichos criterios fueron establecidos con el fin de recopilar y hacer un mapeo de toda la información disponible sobre el tema. Un investigador realizó el proceso de búsqueda, selección y análisis de la literatura científica.

Recolección de la información

Estrategia de búsqueda

Se identificaron diez (10) bases de datos potenciales para realizar la búsqueda de documentos, a las que se accedió a través de suscripción con instituciones académicas y otras de manera libre por ser de acceso abierto: PubMed, Scopus, Science Direct, Sage Journals, Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Embase, Redalyc, Taylor & Francis, Web Of Science (WOS), y Google Académico. Se realizaron estrate-

gias de búsqueda mediante los términos “*care economy*” y “*economy of care*” y el uso del operador booleano OR al ser términos sinónimos que no hacen parte del vocabulario controlado MeSH (Medical Subject Headings), pero son reconocidos por los investigadores y utilizados en las publicaciones. La estrategia de búsqueda se optimizó individualmente para cada base de datos de acuerdo con las particularidades e interfaces de usuario. En la tabla S1 del material suplementario se presenta la estrategia de búsqueda y los resultados para cada base de datos.

Desduplicación y tamizaje

Los resultados de la búsqueda fueron exportados en formato de extensión *ris* y archivos de texto en el caso de la base de datos PubMed, con el fin de obtener los metadatos. Se realizó la desduplicación en tres pasos secuenciales teniendo en cuenta que las herramientas computarizadas no logran eliminar completamente los documentos repetidos: a) Mediante la función verificar duplicados de Mendeley desktop versión 1.19.8., b) Obtención de base de datos con extensión *ris* a partir de Mendeley con cargue al software para revisiones sistemáticas Rayyan (9) y el uso de la opción detectar duplicados, y, c) Eliminación manual en Excel. A través del software Rayyan se obtuvo la base de datos en formatos *.ris* y *.xlsx* a partir de los cuales se realizaron los análisis y gráficos.

Un revisor realizó la selección de los artículos en dos fases de tamizaje verificando el cumplimiento de los criterios de selección: inicialmente por título y resumen y, posteriormente, recuperando los documentos a texto completo. Se

registraron las razones de exclusión de los documentos. En el caso de que la herramienta sistematizada no hubiera recuperado el resumen, se buscó en internet para realizar el proceso de tamizaje. La figura S1 del material suplementario ilustra los resultados de la búsqueda y selección de documentos en el diagrama de flujo adaptado de la guía PRISMA para revisiones sistemáticas (10).

Análisis

Áreas geográficas estudiadas

A través de los metadatos extraídos de las búsquedas en las diferentes bases de datos, se obtuvo la coocurrencia a través del método de conteo fraccionado y se graficó con la herramienta analítica bibliométrica de acceso libre VOSviewer versión 1.16.18 (11).

Año de publicación

Se incluyó dentro de la base de datos en Excel el año de publicación. En el caso de que la información estuviera faltante, se obtuvo de los documentos a texto completo. Se cuantificó el número de documentos publicados según el año y se representó gráficamente en Excel.

Autoría y coautoría

A través de VOSviewer versión 1.16.18 para la creación de mapas basados en datos bibliográficos en el que las relaciones se determinaron de acuerdo con el número de artículos con coautoría. Se diseñaron mapas con el método de conteo fraccionado que indica que el peso de cada relación está fraccionada según el número de artículos con coautoría.

Coocurrencia

El estudio de coocurrencia tuvo como unidad de análisis las palabras clave y el método de conteo fraccionado. El número mínimo de coocurrencia fue de tres palabras clave.

Resultados y discusión

Resultados de la búsqueda

La estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos consultadas se presenta en la tabla 1.

La búsqueda en las diez bases de datos identificó 2495 documentos, de los cuales 546 fueron eliminados por ser estudios duplicados, 1949 tamizados y 516 incluidos en el análisis (Figura 1).

Mapeo y análisis por áreas geográficas

Se identificó preponderancia de publicaciones realizadas en Eurasia, América Latina, Canadá, Sudáfrica y Corea. Alrededor del 2005 predominó la investigación en la extensa zona geográfica de Eurasia que se extiende desde España hasta China, mientras que la producción científica en América Latina está cercana al 2020 (Figura 2).

Año de publicación

Como se observa en la figura 3, se pudo identificar el primer documento publicado en 1969 y un total de 13 en el 2022 hasta la fecha límite en la que se realizó la búsqueda. Hay una tendencia creciente de la investigación en el campo de la

Tabla 1. Estrategia de búsqueda en las bases de datos consultadas

Base de datos	Estrategia de búsqueda	# de artículos identificados
PubMed	<i>"care economy" OR "economy of care"</i>	106
Scopus	<i>TITLE-ABS-KEY ("care economy" OR "economy of care")</i>	417
Science Direct	<i>Title, abstract, keywords: "care economy" OR "economy of care"</i>	52
Sage Journals	<i>[All "care economy"] OR [All "economy of care"]</i>	531
Biblioteca Virtual de Salud (BVS)	<i>"care economy" OR "economy of care"</i>	131
Embase	<i>"care economy" OR "economy of care"</i>	165
Redalyc	<i>"care economy" OR "economy of care"</i>	110
Taylor & Francis	<i>"care economy" OR "economy of care"</i>	737
Web Of Science (WOS)	<i>"care economy" OR "economy of care" (All fields)</i>	196
Google Académico	<i>"care economy" OR "economy of care"</i>	50
	<i>Total</i>	2.495

Fuente: elaboración propia.

economía del cuidado a nivel global. Alrededor del 2005 se incrementó la producción científica con respecto a años anteriores alcanzando 12 documentos, con un aumento importante en relación con años posteriores: 2020 (16 publicaciones), 2015 (26 publicaciones) y 2020 (42 documentos publicados).

Autoría y coautoría

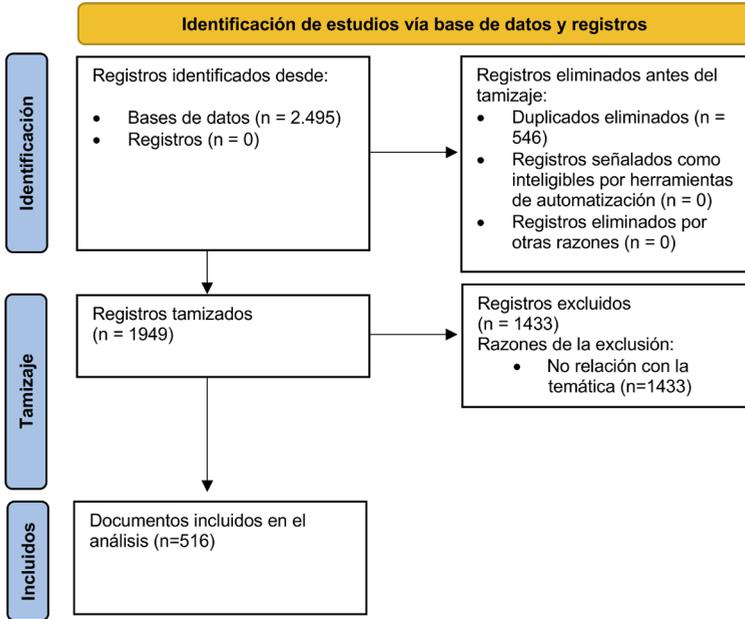
De 874 autores, se analizaron las coautorías con un mínimo de 3 documentos por autor mediante conteo fraccionado en donde se identificaron 21 conglomerados con 40 autores. En la figura 4 se presenta un mapa con visualización por densidad en el que se observan los 4 conglomerados con mayor frecuencia de coautorías.

En la figura 5 se ilustra en detalle las coautorías en los 4 conglomerados principales.

Coocurrencia

De las 1025 palabras clave de los documentos identificados, 103 cumplieron con el umbral de mínimo de coocurrencias de tres palabras clave y fueron representadas gráficamente. Se conformaron 11 conglomerados que se visualizan en diferentes colores en el panel A de la figura 6. Los conglomerados se organizan alrededor de las palabras clave principales: *humanos, gender, care, care economy, COVID-19, caregiver/cuidador y employment.*

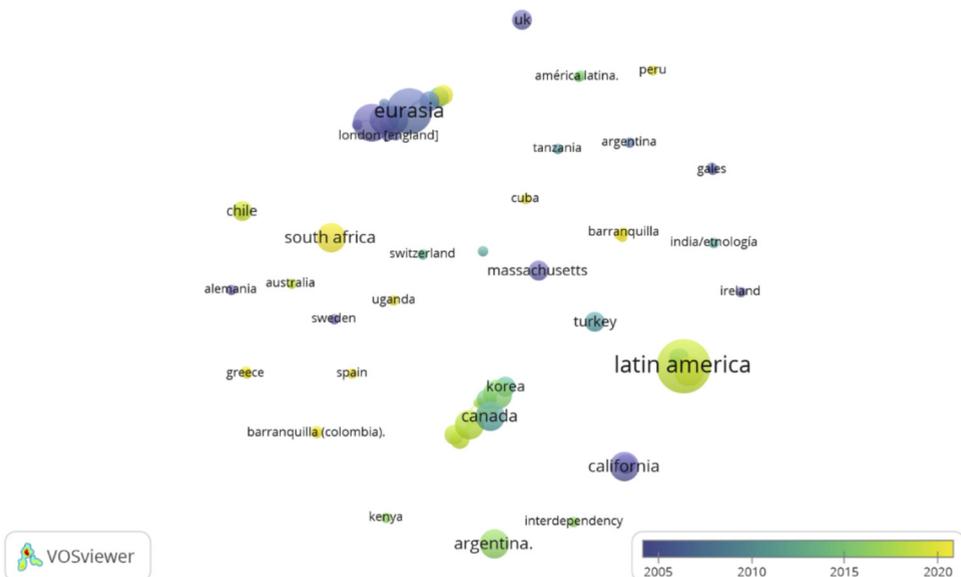
Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de los artículos



Fuente : tomado de Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Para mayor información, visite: <http://www.prisma-statement.org/>

Figura 2. Producción científica según área geográfica



Fuente: VOSviewer.

Figura 3. Evolución de la producción científica por año

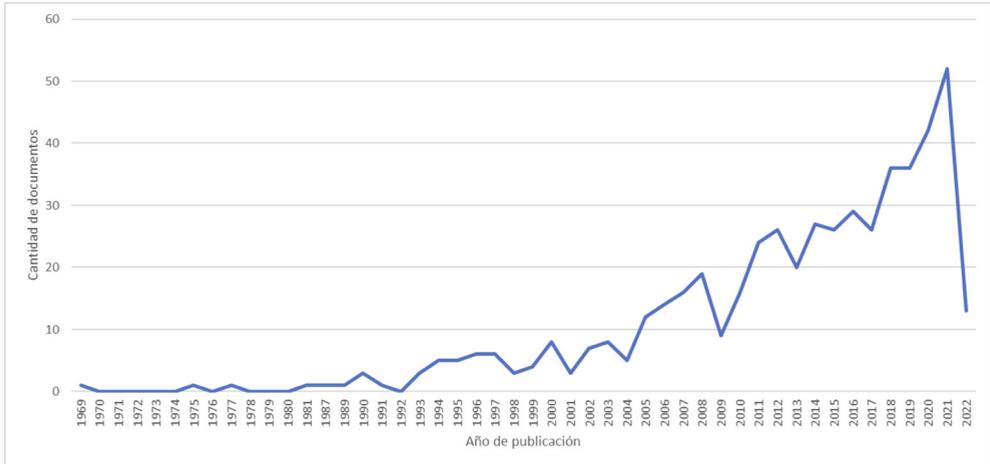
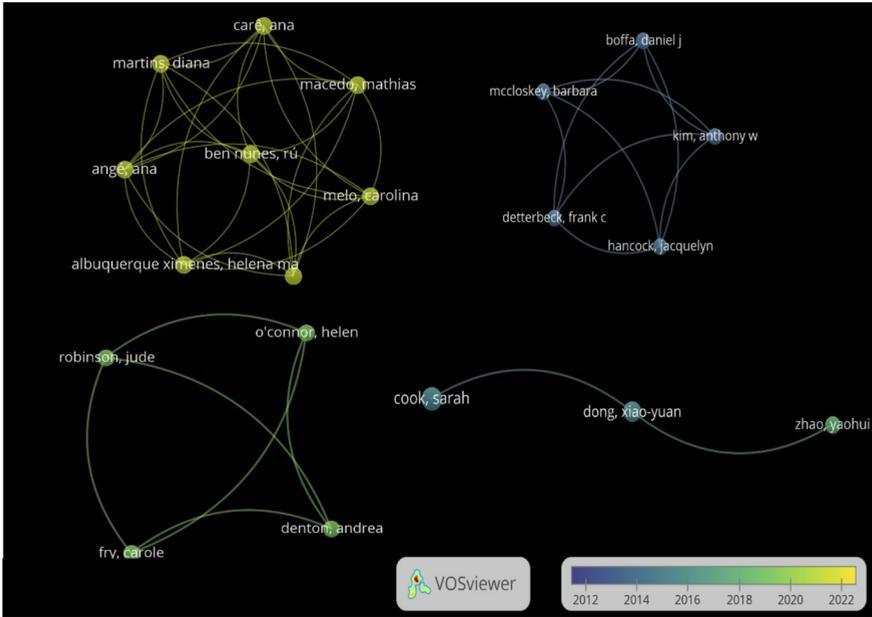


Figura 4. Análisis de coautoría en las investigaciones



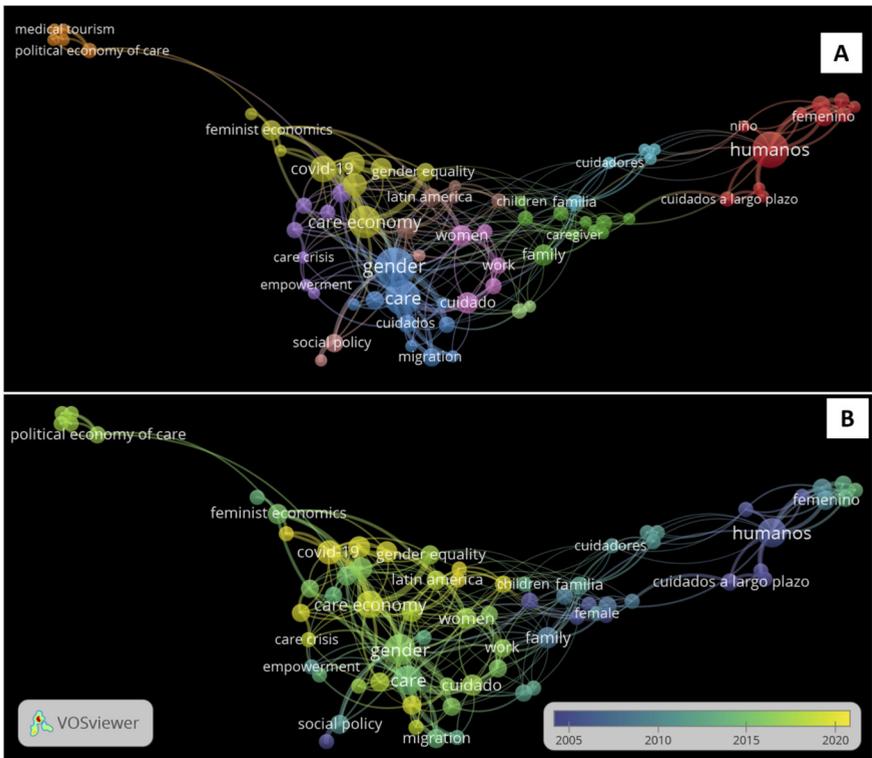
Fuente: VOSviewer

Figura 5. Coautoría de los conglomerados principales



Fuente: VOSviewer.

Figura 6. Coocurrencia de palabras clave



Fuente: VOSviewer.

Según la tendencia temporal del año de publicación (panel B de la figura 6), los conglomerados alrededor de las palabras clave *humanos, adulto, niño, cuidador, familia y homecare* correspondieron a los años de publicación 2005-2010; mientras que las palabras *gender, care, migration, women y feminist economics* alrededor de 2010-2015; en tanto que las palabras *care economy, economics, domestic work, gender inequality, pandemics, coronavirus pandemic y COVID-19* prevalecieron entre el 2019-2022.

Conclusiones

El objetivo de este estudio fue recopilar y analizar el estado actual de la producción científica global en el campo de la economía del cuidado a través de un análisis bibliométrico basado en 10 bases de datos. Los hallazgos hicieron posible conocer tendencias de la investigación en el tiempo, por área geográfica, autoría y coautoría, así como brechas en el conocimiento.

El número de documentos publicados anualmente hasta el 11 de abril del 2022 relacionados con la temática de la economía del cuidado ha estado incrementando. Desde el primer documento publicado en 1969, se ha llegado a 42 en el 2020, 52 en 2021 y en el primer cuatrimestre del 2022 se habían publicado 13.

Según área, alrededor del 2005 predominó la producción científica en la extensa zona geográfica de Eurasia, mientras que la producción científica en América Latina está cercana al 2020, asimismo, la investigación sobre la temática es predominante en otros países como Canadá, Sudáfrica y Corea.

Por su parte, la coocurrencia teniendo como unidad de análisis a las palabras clave mostró cambios en el tiempo en donde en el quinquenio 2005-2010 predominaron los términos *humanos, adulto, niño, cuidador, familia y homecare*, entre el 2010-2015 las relacionadas con *gender, care, migration, women y feminist economics*; mientras que en 2015-2020 se incorporaron nuevos conceptos y teorizaciones con palabras como *care economy, economics, domestic work, gender inequality*, incluyendo en 2019-2022 palabras relacionadas con la pandemia por COVID-19 (*pandemics, coronavirus pandemic, COVID-19*), coyuntura que también aumentó la visibilización de la cuestión por parte de la población general y la investigación y pronunciamiento sobre el tema.

Financiación: esta investigación no recibió financiación externa.

Conflicto de interés: el autor declara no tener conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

1. Esquivel V. La economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda. PNUD: Área de práctica de género; 2011.
2. Salvador S. Estudio comparativo de la "economía del cuidado" en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay. IDRC: Capítulo Latinoamericano de la Red Internacional de Género y Comercio; 2007.
3. Armas A, Contreras J, Váscones A. La economía del cuidado, el trabajo no remunerado y remunerado en Ecuador. INEC, AECID, UNIFEM; 2009.

4. Estándares mínimos de economía del cuidado en contextos de reincorporación económica. ONU Mujeres Colombia; 2019.
5. Rodríguez C, Esperanza D, Córdoba O, Rocío H, de La Hoz R, Noguera G, et al. Bibliometric analysis of articles on nursing care published in Colombian magazines. *Enfermería Global*. 2016;(44):406–15.
6. Muyor J. Análisis bibliométrico de la producción científica en Scopus sobre políticas de cuidados en Europa y América Latina. España: Universidad de Almería. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0003-4226-5181>
7. Bornmann L, Leydesdorff L. Scientometrics in a changing research landscape: Bibliometrics has become an integral part of research quality evaluation and has been changing the practice of research. *EMBO Rep* [Internet]. 2014 Dec [cited 2022 Dec 12];15(12):1228. Available from: [/pmc/articles/PMC4264924/](https://pmc/articles/PMC4264924/)
8. Donthu N, Kumar S, Mukherjee D, Pandey N, Lim WM. How to conduct a bibliometric analysis: An overview and guidelines. *J Bus Res*. 2021 Sep 1;133:285–96.
9. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* [Internet]. 2016 Dec 5 [cited 2022 Dec 12];5(1):1–10. Available from: <https://systematicreviewjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4>
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021 Mar 29 [cited 2022 Dec 12];372. Available from: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>

DOI: <https://doi.org/10.33132/01248146.2187>

CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS Y SERVICIOS DE URGENCIAS BASADOS EN EL TRIAJE EN DOS INSTITUCIONES DE ALTO NIVEL DE COMPLEJIDAD EN MEDELLÍN, COLOMBIA

Lina María Martínez-Sánchez*
Yuban Sebastián Cuartas-Agudelo*
Andrés Felipe Estrada-Atehortúa**
María Camila Thowinson-Hernández*
Mabel Dahiana Roldán-Tabares*
Yulis Fernanda Lobo-Salas*
Jose Manuel Gil-Ramos*
Manuela Arboleda-Rojas*
Santiago Castañeda-Palacio*
Mateo Zuluaga-Gómez*,***

Resumen

Objetivo: determinar las características de los usuarios y servicios basados en el triaje. **Método:** estudio observacional descriptivo que incluyó pacientes que acudieron al servicio de urgencias y se les realizó triaje en dos instituciones de alto nivel de complejidad en Medellín en el año de 2018. **Resultado:** se incluyeron 4159 pacientes. La mediana de edad fue de 38 años, el 54,61 % eran de sexo masculino. El 85,54 % habitaban en el área metropolitana y el 67,78 % eran del régimen contributivo. En cuanto al mes con mayor afluencia de pacientes fue mayo con un 10,55 % seguido del mes de enero con 10,29 %; y el día de la semana fue el martes con 16,15 %, siendo el horario más frecuente entre las 9:00 y 12:00 del día con 18,32 %. **Conclusión:** una adecuada caracterización del paciente en urgencias por medio del triaje es útil para una atención oportuna y lograr la optimización de los servicios.

Palabras clave: triaje, urgencias médicas, servicios de salud.

* Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina.

** Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia.

*** Hospital San Vicente Fundación de Rionegro. Vereda La Convención, vía Aeropuerto - Llanogrande Km 2,3. José Manuel Gil Ramos, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina. Correo: jose.gil@upb.edu.co

CHARACTERIZATION OF USERS AND EMERGENCY SERVICES BASED ON TRIAGE IN TWO HIGH COMPLEXITY INSTITUTIONS IN MEDELLIN, COLOMBIA

Abstract

Objective: determine the characteristics of users and services based on triage. **Method:** descriptive observational study, which included patients who attended the emergency department and were classified with triage in two institutions of a high level of complexity in Medellín in the year 2018. **Result:** 4159 patients were included. The median age was 38 years, 54,61 % were male. 85,54 % lived in the metropolitan area and 67,78 % were from the contributory regime. Regarding the month with the highest influx of patients, it was May with 10,55 % followed by the month of January with 10,29 %; and the day of the week was Tuesday with 16,15 %, being the most frequent time between 9:00 and 12:00 of the day with 18,32 %. **Conclusion:** An adequate characterization of the patient in the emergency room through triage is useful for timely care and optimization of services.

Keywords: emergencies, health services, triage.

CARACTERIZAÇÃO DE USUÁRIOS E SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA COM BASE NA TRIAGEM EM DUAS INSTITUIÇÕES DE ALTO NÍVEL DE COMPLEXIDADE EM MEDELLÍN, COLÔMBIA

Resumo

Objetivo: determinar as características dos usuários e dos serviços baseados na triagem. **Métodos:** estudo observacional descritivo, que incluiu pacientes que acudiram no serviço de urgências e lhes fizeram triagem em duas instituições de alto nível de complexidade em Medellín no ano 2018. **Resultados:** 4159 pacientes foram incluídos. A mediana de idade foi 38 anos, o 54,61 % foram do sexo masculino. O 85,54 % moravam na área metropolitana e o 67,78 % foram do regime contributivo. Enquanto ao mês de maior afluência de pacientes foi maio com 10,55 % seguido do mês de janeiro com 10,29 %; e o dia da semana foi a terça-feira com 16,15 %, sendo o horário mais frequentado entre as 9h00 e as 12h00 da manhã com 18,32 %. **Conclusão:** uma adequada caracterização do paciente nas urgências por médio da triagem é útil para ter uma atenção médica oportuna e lograr a otimização dos serviços.

Palavras-chave: emergências, serviços de saúde, triagem.

Introducción

El acceso oportuno a la salud es y será siempre un reto para los hospitales y clínicas, ya que las listas de espera a menudo son largas para gestionar la demanda; los pacientes que acuden a los departamentos de urgencias deben someterse a un adecuado sistema de priorización para determinar la premura de su motivo de consulta y actuar con la asignación de recursos y experiencia del personal de manera eficiente.¹

Se han realizado diferentes estudios en el mundo en busca de evaluar el sistema de triaje; en Suecia se realizó un estudio donde se encontró que la precisión general de la clasificación en sus servicios fue 56,2 % y que solo el 12 % de los pacientes evaluados fueron subclasificados según su gravedad.² En estudios realizados en Perú se encontró que el 50 % de los establecimientos aplican las escalas de triaje en que la mayoría de los pacientes 65 % fueron clasificados en triaje 3, y donde estuvo a cargo en un 70 % del personal médico y en un 30 % del personal de enfermería.³ En Colombia se han realizado estudios que concluyen que el 54 % de los pacientes que acuden a urgencias son mujeres, 57 % de los pacientes se encuentran entre los 15 a 44 años y 64,3 % del total de pacientes fueron clasificados como triaje 2.⁴

El uso de sistemas de clasificación ha sido de gran utilidad en diferentes países, si bien, el triaje desarrollado en Francia es la metodología más difundida y utilizada alrededor del mundo para la clasificación del riesgo en urgencias, existen otras menos empleadas, como

el Manchester Triage System, creado en Inglaterra en 1994, que ha sido incorporado en los sistemas de salud de países como Brasil y Portugal.⁵ También se ha implementado el Emergency Severity Index (ESI) desarrollado a fines de la década de 1990 en los Estados Unidos para una clasificación en cinco niveles, sin embargo, los sistemas anteriormente mencionados no lograron ser ampliamente replicados en otros países.⁶

A medida que aumenta la demanda de servicios de atención médica, los proveedores deben garantizar un acceso oportuno a ellos.¹ La gestión de la demanda en muchas ocasiones es complementada con el triaje, apoyado en sistemas de diversa complejidad para mejorar los tiempos de espera excesiva que pueden conducir a peores desenlaces para los pacientes y mayores costos en los servicios de salud. Se requiere de cambios para equilibrar la distribución de recursos con la demanda del servicio para mantener el acceso oportuno y evitar el desvío de los recursos desde la atención clínica hasta los procesos administrativos.¹

La evaluación del triaje consta de algoritmos que suelen consistir en combinación de signos vitales del paciente junto con señales que orientan la clasificación; también se tienen en cuenta las quejas principales por las que acude el paciente para la evaluación de riesgos inminentes en el servicio y poder clasificar los pacientes según su necesidad.⁷ En algunos servicios rara vez se examinan las prácticas y la aplicación del triaje por lo que no están bien homologadas las pautas para la interpretación del

usuario final. Por esto es necesario poseer diversos reglamentos para igualar y clasificar mejor la atención a pacientes por medio del conocimiento de variables demográficas, geográficas, ambientales, económicas y sociales.⁷

Metodología

Población y diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional de corte transversal que incluyó pacientes atendidos en el servicio de urgencias en dos instituciones de alto nivel de complejidad en Medellín, Colombia, en el año 2018. Se realizó un muestreo estratificado proporcional al 15 %, en donde los pacientes fueron seleccionados de forma aleatoria. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años clasificados en el servicio de urgencias haciendo uso del triaje. Así mismo, se excluyeron las pacientes embarazadas y aquellos pacientes cuyas historias clínicas se encontraban incompletas.

Recolección y análisis de la información

La información se obtuvo de las historias clínicas de los pacientes, quienes fueron la unidad de análisis. La recolección de información fue realizada por los investigadores mediante un formulario digital elaborado con la herramienta Google Forms. El análisis de la información se llevó a cabo en Microsoft Excel, empleando un análisis univariado por medio de frecuencias absolutas y relativas expresado en porcentajes y proporciones.

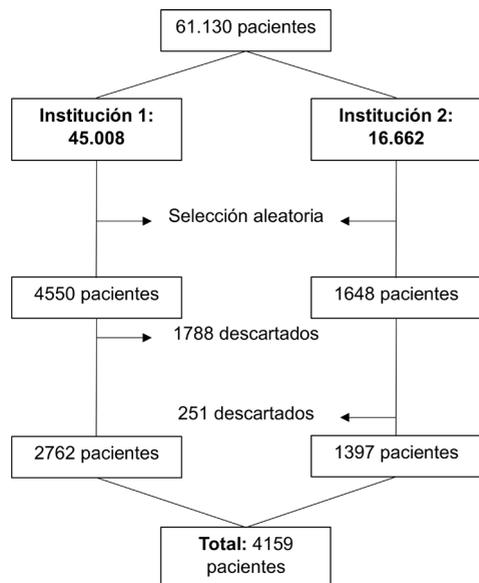
Ética

Este proyecto fue aprobado por los comités de ética de las instituciones participantes.

Resultados

Se obtuvo la información de 4159 pacientes (Figura 1). El promedio de edad fue de 43 años con una desviación estándar de $\pm 19,6$. Del total de pacientes 54,6 % (2271) eran hombres y 45,4 % (1888) mujeres. El 85,5 % (3558) eran residentes del área metropolitana mientras que 11,1 % (463) vivían en área rural, además, en 3,3 % (138) de los pacientes no se contaba con el dato del lugar de residencia.

Figura 1. Selección de pacientes



Fuente: elaboración propia.

En relación con el modo de afiliación al sistema de salud, se encontró que 67,8 %

(2819) pertenecían al régimen contributivo, 16,6 % (691) al régimen especial, 11,2 % (465) al régimen subsidiado y del 4,2 % (184) no se conocía el dato.

Respecto a la ocupación de los pacientes, se encontró que el 45,4 % (1887) eran empleados, 12,9 % (535) amas de casa, 5,38 % (224) estudiantes, 3,7 % (157) trabajadores independientes, 12,6 % (524) tenían otra ocupación, 2,74 % (114) desempleados, y en 18,2 % (758) no se encontró el dato.

En cuanto al día en que consultaban al servicio de urgencias, se encontró que el 16,1 % (672) consultó el día martes, el 15,2 % (633) miércoles, 15,2 % (632) lunes, 14,8 % (617) jueves, 13,6 % (565) viernes, 12,8 % (533) sábado y 12,2 % (508) domingo.

Referente a la razón por la cual se acude al servicio de urgencias se encontró

Tabla 1. Frecuencia de asistencia al servicio de urgencias de los pacientes según el mes del año

Mes*	% (n)
Mayo	10,5 (439)
Enero	10,3 (428)
Octubre	10 (419)
Noviembre	9,8 (408)
Abril	9,1 (380)
Agosto	8,7 (362)
Septiembre	8,6 (359)
Febrero	8,4 (349)
Julio	7,3 (306)
Diciembre	6,3 (262)
Junio	6,2 (258)
Marzo	4,5 (188)

* En el 0,02 % (1) no se encontró el dato.

Fuente: elaboración propia.

que el 81,4 % (3384) consultaron por iniciativa propia, el 11 % (456) fueron llevados por traslado primario y el 7,7 % (320) fueron derivados por algún personal médico.

En cuanto al miembro del personal de salud que realizó la clasificación del triaje en el servicio de urgencias el 97,2% (4045) fue realizado por un profesional de enfermería, 2% (83) por auxiliar de enfermería, 0,5% (23) por un médico, 0,2% (9) por técnicos en atención prehospitalaria.

Respecto a la clasificación del triaje se encontró que el 60,3 % (2507) de los pacientes fueron clasificados como triaje 3, 21,8 % (909); triaje 4, 13,7 % (571); triaje 2, 2,4 % (99); triaje 1 y 1,7 % (73) triaje 5.

Se valoró el tiempo transcurrido entre la clasificación de triaje y el inicio de la atención en minutos y se encontró que el promedio de tiempo fue de 32,05 minutos ($\pm 32,77$). Donde se obtuvo que triaje 1 tuvo en promedio de (5,58 minutos), triaje 2 (11,04 minutos), triaje 3 (33.10 minutos), triaje 4 (45,33) y tria-

Tabla 2. Hora del día en la que acudían al servicio de urgencias

Hora	% (n)
9:00 - 11:59	18,3 (762)
12:00 - 14:59	17,2 (717)
15:00 - 17:59	16,9 (705)
18:00 - 20:59	16 (665)
6:00 - 8:59	12,3 (512)
21:00 - 23:59	11,5 (480)
00:00 - 2:59	4,8 (201)
3:00 - 5:59	2,8 (117)

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Motivo de consulta

Motivo	% (n)
Trauma	53,4 (2220)
	46,6 (1940)
	Sistemas
	Sistema gastrointestinal
	24 (466)
	Sistema neurológico
	17,6 (342)
	Sistema respiratorio
	13,5 (263)
Enfermedad sistémica	Sistema osteomuscular
	12,8 (249)
	Sistema genitourinario
	12,4 (241)
	Sistema cardiovascular
	8,7 (170)
	Sistema tegumentario
	5,3 (104)
	Otros
	5,6 (110)

Fuente: elaboración propia.

je 5 (39,34). Finalmente, los pacientes que requirieron incapacidad obtuvieron una mediana de 5 días y media de 8,9 respectivamente.

Discusión

Los hallazgos encontrados son concluyentes con diversos estudios como el realizado por Rodríguez-Páez et al.⁴ Sin embargo, presenta una discrepancia con muchos otros estudios como los desarrollados por León-Jiménez et al.⁸ Esto brinda información importante para la comparación de diversos estándares que pueden ser aplicados en los servicios de urgencias.

En un estudio observacional que incluyó 315 pacientes, realizado por León-Jiménez et al.⁸ en Perú, encontraron que el sexo predominante en los servicios de urgencias fue el femenino con un 49,5 % (156); sin embargo, no obtuvieron el registro del 1,9 % de pacientes.⁸ Lo que contrasta con lo encontrado en la pobla-

ción del presente estudio, donde el 54,6 % (2271) de los pacientes fueron hombres; por otro lado, en este mismo estudio peruano, encontraron que la media de edad fue $58,5 \pm 20$ años, lo que difiere por 15,5 años respecto al promedio encontrado en la población estudiada, que fue de $43 \pm 19,6$.⁶

En estudios realizados por Rodríguez-Páez et al.⁴ las clasificaciones de triaje fueron divididas según su razón de llegada, y se encontró que el trauma constituyó la mayoría de los ingresos a triaje 1 y 2, similar a los hallazgos en este estudio. También en el estudio realizado por León-Jiménez et al.⁸ se halló que 40,9 % de los pacientes ingresaron en horas de la mañana y 12,8 % en la madrugada a diferencia de este estudio debido a que se encontró que en su mayoría asistían en horas de la tarde. Cabe resaltar que en su mayoría fueron clasificados como nivel de prioridad II en un 66 % mientras que este obtuvo que en su mayoría fueron clasificados como triaje 3.⁸

En relación con la afiliación de las personas al sistema de salud se encontró por Rodríguez-Páez et al.⁴ que al momento de realizar esta investigación, la población tuvo la siguiente distribución: contributivo 46,6 %, subsidiado 52,5 %, y exceptuados o especiales 0,9 % esto evidencia una diferencia debido a que este estudio encontró más pacientes pertenecientes al régimen especial que al subsidiado.⁴ Este mismo estudio muestra que el día lunes tuvo mayor número de asistencias por parte de los pacientes mientras que el día domingo tuvo la menor a diferencia de los hallazgos encontrados donde se obtuvo que el martes era el día más frecuentado en el servicio de urgencias.⁴

En la Encuesta Nacional de Salud de 2007⁹ con una estrategia para diagnosticar el estado del sistema de salud colombiano y en la que participaron 1 633 653 personas, se documentó que la principal causa de consulta fue la enfermedad general en un 74 % (1 215 310) de los casos, seguida por el trauma en un 18 % (297 483) de los pacientes, lo que muestra una disparidad importante con lo encontrado, ya que hasta el 53,4 % (2220) de los pacientes acudió por trauma y el restante por enfermedad general; por otro lado, en una revisión de la literatura realizada en Cartagena, Colombia por Bedoya-Marrugo,¹⁰ aseguran que en dicha ciudad, la causa más frecuente de consulta es la enfermedad aguda en 37 %, mientras el 31 % se da por trauma.

En el estudio realizado por Valencia-Sierra y colaboradores, que incluyó 9730 pacientes, se encontró que, el tiempo promedio de espera entre el triaje y la atención para el tercer nivel de comple-

jididad fue de 15 minutos.¹¹ En nuestro trabajo encontramos que el tiempo entre la clasificación de triaje y el inicio de la atención fue de 32,05 minutos siendo un tiempo mayor al encontrado por estos autores y que se puede ver afectado por múltiples variables no tenidas en cuenta como la población estudiada, personal médico disponible para la atención, tasa de ocupación del servicio de urgencias entre muchos otros.¹¹

Referencias bibliográficas

- 1 Khaw SK, Teo SC, Bujang MA. The impact on patients' time-to-theatre following colour coding classification in emergency operation theatre, Sarawak General Hospital. *Med J Malaysia*. 2020;75(4):379-84.
2. Tam HL, Chung SF, Lou CK. A review of triage accuracy and future direction. *BMC Emerg Med*. 2018 20;18(1):58-64 doi: 10.1186/s12873-018-0215-0
3. Vásquez-Alva R, Luna-Muñoz C, Ramos-Garay CM. El triaje hospitalario en los servicios de emergencia. *Rev Fac Med Humana*. 2019;19(1):12-23.
4. Rodríguez-Páez F, Jiménez-Barbosa W, Palencia-Sánchez F. Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: Un análisis desde el triaje. *Univ Salud*. 2018;20(3), 215-26. doi: <https://doi.org/10.22267/rus.182003.124>
5. De Araújo Moreira D, Bacelar Tibães HB, Rocha Batista RC, Lima Cardoso CM, Menezes Brito MJ. Manchester triage system in primary health care: Ambiguities and challenges related to access. *Enferm*. 2017;26(2):1-8. Doi:10.1590/0104-. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005970015>
6. Hernández Ruipérez T, Leal Costa C, Adánez Martínez MG, García Pérez B, Nova López D, Díaz Agea JL. Evidencias de validez del sistema de triaje Emer-

gency Severity Index en un servicio de urgencias de un hospital general [Evidence of the validity of the Emergency Severity Index for triage in a general hospital emergency department]. *Emergencias*. 2015;27(5):301-6.

7. Schultz M, Rasmussen LJH, Carlson N, Hasselbalch RB, Jensen BN, Usinger L, et al. Risk assessment models for potential use in the emergency department have lower predictive ability in older patients compared to the middle-aged for short-term mortality - a retrospective cohort study. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):134-45 doi: 10.1186/s12877-019-1154-7.

8. León-Jiménez FE, Núñez-Corrales D, Medina-Arboleda E, Briones-Díaz E. Times of attention and data management in the emergency of a hospital level III, Lambayeque, Peru, 2016. *Rev Exp Med*. 2019;5(2):63-69. <https://doi.org/10.37065/rem.v5i2.337>

9. Colombia. Ministerio de Salud. Encuesta nacional de salud 2007: resultados nacionales [Internet]. Bogotá MinSalud; 2009 [citado el 8 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf>

10. Bedoya Marrugo EA. Atención de urgencias en Cartagena, Colombia. *Nova*. 2017;15(27):91-101. Doi: <https://doi.org/10.22490/24629448.1961>

11. Valencia-Sierra ML, González-Echeverri G, Agudelo-Vanegas NA, Acevedo-Arenas L, Vallejo-Zapata IC. Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006. *Revista de Salud Pública [Internet]*. 2007 [citado 8 de febrero del 2022; 9(4):529-540. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219060005>