


Editorial

Enfermería Iberoamericana. Un reto y una oportunidad

Iberoamerican Nursing. A challenge and an opportunity

Enfermagem Ibero-Americana. Um desafio e uma oportunidade

José Ramón Martínez-Riera  0000-0002-4926-6622
Universidad de Alicante, España,
Enfermero y profesor titular.

“Siempre parece imposible hasta que se hace”.
Nelson Mandela¹

La pandemia de la COVID-19 ha venido a demostrar que los problemas de salud son generales y que trascienden al ámbito local, nacional e incluso internacional, para situarse en una dimensión transnacional que dé respuesta a la Salud Global, desde esta perspectiva, se debe tender a una Salud Global con visión Iberoamericana. En este sentido, cabe destacar la importancia de una preservación nacional de los derechos desde una justicia global y equitativa, con un enfoque holístico que promocióne una nueva conciencia global, para enfrenrar la desigualdad social a través de un sistema integral de salud que incorpore al movimiento ciudadano desde su participación activa en la toma de decisiones, de tal manera que se equilibren las relaciones de poderes (causas estructurales, relaciones internacionales, determinación social de salud, cambios institucionales), con el fin de lograr un efecto global que se articule con la perspectiva local (Franco, 2016).

Este planteamiento de salud global encaja perfectamente con el paradigma enfermero centrado en la atención integral, integrada e integradora a personas, familias y comunidad, lo que convierte a las enfermeras en profesionales de primer orden a la hora de dar respuestas en este sentido que va más allá de la enfermedad para situarse en los problemas de salud en los que, además, intervienen de manera muy significativa los determinantes sociales que a su vez se articulan con los Objetivos para el Desarrollo Sostenible (ODS) a la hora de afrontar y dar respuestas integrales.

Tomando como base este planteamiento y teniendo en cuenta la oportunidad que un contexto

¹ Abogado, activista contra el apartheid, político y filántropo sudafricano que presidió el gobierno de su país de 1994 a 1999.



geográfico y cultural, como el iberoamericano que comparte dos lenguas, español y portugués, representando la mayor potencia lingüística del mundo con más 762 millones de nativos entre ambas lenguas, considero que dicha oportunidad debemos transformarla en un reto colectivo para lograr la construcción y consolidación de un contexto iberoamericano de Enfermería, tanto desde la perspectiva de la generación y difusión de conocimiento científico que permita desarrollar y fortalecer la ciencia/disciplina enfermera, como desde la articulación de saberes, habilidades y aptitudes de cuidados profesionales enfermeros que consoliden y fundamenten la atención específica enfermera adaptándola a dicho macrocontexto y a las especificidades de los meso y microcontextos que lo componen, que lejos de identificarse como una dificultad deben integrarse como una fortaleza derivada del enriquecimiento compartido.

Todo ello teniendo en cuenta que la globalización de la que ya participábamos antes de la pandemia, si bien es cierto que facilita la interdependencia no es menos cierto que supone una clara amenaza para las condiciones de salud como consecuencia del calentamiento global, la pobreza, la enfermedad y las inequidades entre otras, que obligan a definir y concretar un espacio de salud global que escape o, cuanto menos, minimice, dichas amenazas, desde planteamientos de resiliencia que contribuyan a crear espacios saludables.

Durante mucho tiempo el contexto anglosajón y todo lo que del mismo nos llegaba a ambos lados del atlántico nos producía una gran fascinación y lo acogíamos con gran entusiasmo, no siempre acompañado del necesario análisis que permitiese identificar si sus planteamientos y postulados eran asumibles y adaptables a nuestra realidad social, cultural, económica... lo que con mucha frecuencia suponía su fracaso al no responder ni a las necesidades sentidas ni a las demandas de las personas, las familias y la comunidad para las que supuestamente se consideraban útiles, por una parte, ni a la realidad científico-profesional de las enfermeras al situarse, en la mayoría de las ocasiones, tan solo en el ámbito teórico y constituir más, un elemento de distancia e incluso confrontación con las enfermeras que prestan cuidados directos, que de cohesión y coherencia para su actividad profesional, agrandando lo que se conoce como la brecha entre teoría y práctica (Martínez, 2022).

Esta permanente mirada unidireccional distraía, por otra parte, la atención hacia la necesidad de generar nuestras propias respuestas en forma de teorías enfermeras, abordajes poblacionales, planes de cuidados... provocando una notable desertización científica que nos situaba en una posición de subsidiariedad con relación a la potente producción anglosajona y a una mimetización de sus aportaciones que en muchas ocasiones ni entendíamos ni encajaba en el afrontamiento que precisaban los problemas de salud que se nos presentaban.

Warren Buffett² dice que “sólo cuando baja la marea se sabe quién nadaba desnudo”. Y eso es

2 Warren Edward Buffett (Omaha, Nebraska, 30 de agosto de 1930) es un inversor y empresario estadounidense.



precisamente lo que ha pasado con la pandemia, que cuando se ha retirado es cuando ha dejado al descubierto las desnudeces de los sistemas de salud, en forma de grandes carencias producto, fundamentalmente, de los modelos sanitarios caducos, asistencialistas, medicalizados, hospitalcentristas, fragmentados y centrados casi exclusivamente en la enfermedad, que no han sido capaces de responder con eficacia y eficiencia al tsunami pandémico de la COVID-19 ni a sus consecuencias y efectos colaterales posteriores.

Las evidentes desigualdades e inequidades, se vieron exponencial y dolorosamente incrementadas por efecto de unas respuestas exclusivamente medicalizadas que obviaron la visión comunitaria y limitaron la libertad ciudadana como único remedio posible a la ferocidad vírica, lo que se demostró como un claro error con consecuencias muy negativas para las poblaciones más desfavorecidas y sin que se tuviesen en cuenta planteamientos participativos como los que se propusieron desde diferentes ámbitos científico-profesionales de enfermería (Martínez & Grass, 2021).

El sufrimiento, el dolor y la muerte, dieron paso a la esperanza de las vacunaciones y con ellas a la, al menos en apariencia, recuperación de una normalidad que dejaba muchas dudas y un contexto de cuidados al que hasta la fecha no se ha dado respuesta con los cambios de modelo y organización que precisan las organizaciones sanitarias para lograrlo o al menos intentarlo. Las posteriores comisiones y reuniones de expertos para evaluar y proponer medidas de reparación y renovación tan solo quedaron en una apuesta política y mediática, un intento de reparación de los políticos y una mera declaración de intenciones que el tiempo se ha encargado de diluir hasta casi su desaparición, para volver a reforzar los modelos previos a la pandemia y con ellos a la ineficacia e ineficiencia de los mismos, agravada por la tensa posición de muchas/os profesionales de la salud.

La guerra de Ucrania vino a amortiguar los efectos de la pandemia, al menos en cuanto a su atención y presencia en la memoria colectiva. Pero vino también a incrementar una situación en la que las poblaciones vulneradas, que no tan solo vulnerables (Morais & Monteiro, 2017), sufrían de manera mucho más intensa y desgarradora los efectos de la crisis generada por el conflicto bélico añadidos a los ya padecidos por la pandemia. Los índices de pobreza y desigualdad han aumentado de manera muy significativa en todo el mundo y con ellos la necesidad de cuidados que no están siendo atendidos.

A todo ello hay que añadir el desgaste que las/os profesionales de la salud en general, pero muy particularmente las enfermeras, sufrieron y que se intentó mitigar con la lamentable y equivocada estrategia de considerarles héroes y heroínas. Su sufrimiento y la falta de un reconocimiento que vaya más allá de las palabras, por bien intencionadas que estas puedan ser, no son suficientes para paliar las deficiencias que los sistemas de salud a través de sus decisores tienen con relación a las enfermeras (Davis *et al.*, 2021; García *et al.*, 2020).



La falta de una clara institucionalización de los cuidados profesionales que los pongan en valor. La identificación como profesionales autónomos y con capacidad de decisión. La ausencia de voluntad política para situar a las enfermeras en puestos clave de responsabilidad que permita planificar acciones y estrategias de cuidados son tan solo algunos de los factores que provocan una eficaz y eficiente respuesta a ese panorama de cuidados que es común a todo el contexto iberoamericano. Contexto en el que, entre otros, podemos identificar como aspectos relevantes de cuidados, el perfil de una gran parte de la población actual que se caracteriza por la comorbilidad, edad avanzada, fragilidad clínica y autonomía limitada. La polimedicación como factor de riesgo de primera magnitud que tiene su nicho principal en las personas con cronicidad. El modelo de atención curativa, de contactos episódicos y centrado en procesos agudos que dista mucho de ser el adecuado para las personas con problemas de salud complejos y a sus familias y la propia comunidad en que se integran.

En consecuencia, la respuesta a la atención en dicho contexto de cuidados pasa por un enfoque integral, integrado e integrador a través de intervenciones de promoción de la salud, y no tan solo preventivas y mucho menos curativas, la intersectorialidad y la implicación activa de la comunidad.

Para hacer frente a esta situación, sin duda, se requiere de apuestas y respuestas colectivas que pasen por un análisis en profundidad de la misma y una planificación rigurosa de las respuestas de cuidados profesionales enfermeros a aportar. Ello significa, por tanto, un liderazgo claro y decidido de las enfermeras que sitúe, por una parte, a los cuidados enfermeros en el lugar relevante que les corresponde, lo que significa rescatarlos del imaginario común que los sigue localizando de manera tópica y casi exclusiva en el ámbito doméstico, la subsidiariedad y ligados a la mujer. Pero también debe suponer un compromiso e implicación firmes y decididos de las enfermeras en el fortalecimiento científico de sus cuidados.

Lograrlo supone configurar un espacio enfermero amplio, homogéneo, que no exento de especificidad, articulado y coordinado, con un lenguaje común y desde un paradigma propio en el que la salud y la atención integral, integrada e integradora a las personas, las familias y la comunidad, se sitúen en el centro de todo nuestro interés y dedicación. Desde la generación de conocimiento científico que aporte evidencias que alimenten a las intervenciones enfermeras para que las mismas sean de calidad sin perder la calidez. En definitiva, disponer y proponer el tiempo y espacio, dedicación y técnica, ciencia y sabiduría, conocimiento teórico y praxis que nos rescaten de la identificación, como profesionales exclusivamente tecnológicos que de nosotros hacen las instituciones y que limitan, cuando no impiden, los valores humanísticos de nuestro rasgo cuidador que permite situar la atención al nivel de la dignidad humana. Contraponer tecnología con humanismo no tan solo es un gran error, sino que supone la pérdida de nuestra esencia profesional. La técnica es importante, sin duda, pero hay que saber situarla en cada caso donde corresponde, sin que ello signifique tener que elegir entre esta y el humanismo de los cuidados.



No se trata de una quimera, no de un sueño imposible. Es una oportunidad y un reto que las enfermeras iberoamericanas debemos asumir con decisión y determinación para hacerlo posible y dar respuesta a lo que de nosotras se espera por parte de las poblaciones a las que atendemos.

Es nuestra obligación ética hacerlo, sería nuestro fracaso como enfermeras no trabajar en su construcción. El desafío no es ser diferentes, sino ser consecuentes.

Debemos ser referentes y líderes profesionales, pero también referentes y líderes sociales a través de nuestros cuidados como bien intangible, es decir, de aquello que las enfermeras y solo las enfermeras estamos en condición de aportar para mejorar y preservar la salud global.

Referencias

- Davis, M. A., Cher, B. A. Y., Friese, C. R., Bynum, J. P. W. (2021). Association of US Nurse and Physician Occupation With Risk of Suicide. *JAMA Psychiatry*, 78(6), pp. 651-658. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0154>
- Franco-Giraldo, A. (2016). Salud global: una visión latinoamericana. *Rev Panam Salud Publica*, 39(2), pp. 128-136. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2016.v39n2/128-136/#>
- García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J. R., Ruiz-Frutos, C. (2020). Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 94(23), e1-e20, e202007088. <https://medes.com/publication/152295>
- Martínez-Riera, J.R. (16 de octubre de 2022). Contexto Iberoamericano vs Contexto Anglosajón De teorías, lenguas y otras formas de dominación. *Blog Enfermeras Comunitarias*. <http://efyc.jrmartinezriera.com/2022/10/16/contexto-iberoamericano-vs-contexto-anglosajon-de-teorias-lenguas-y-otras-formas-de-dominacion/>
- Martínez-Riera, J.R. & Gras Nieto, E. (2021). Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma. *Enferm. Clin.*, 31(S. 1), pp. 24-28. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.003>
- Morais, T. C. A. de & Monteiro, P. S. (2017). Conceptos de vulnerabilidad humana e integridad individual para la bioética. *Rev Bioét.*, 25(2), pp. 311-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252191>

Esta obra está publicada bajo una licencia Creative Commons 4.0 Internacional Reconocimiento-Atribución-NoComercial-Compartir-Igual <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**Cuidado
Multidisciplinario
de la Salud BUAP**