Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala

Dignidad - Respeto - Humanización



una historia

con sentido transformador

Junta Directiva
2024-2026

Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala

Dignidad - Respeto - Humanización

Una historia

con sentido transformador

Junta Directiva

2024-2026

Uno de los fines del Colegio de Profesionales de Enfermería es promover el conocimiento, la cultura y la tecnología con dignidad, respeto y humanización.

Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala: una historia con sentido transformador

Edición en español publicada por el Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala. Agosto de 2026. Guatemala, C. A.

© 2026 por Junta Directiva 2024-2026

Edición: Junta Directiva 2024-2026

Dra. Orfa Nineth Morales Padilla
Presidenta

Dra. Karen Lorena Dubón De Paz
Vicepresidenta

Magíster Brenda Marisol Luch Escobar
Secretaria

Magíster Carlos Luis Adolfo Barrios
Prosecretario

Lcda. Brenda Yomara Ramirez González
Tesorera

Lcda. Elvira Pirir Mutzús
Vocal I

Magíster Argelia Melina López Escobar
Vocal II

Diseño de portada: Dra. Orfa Nineth Morales Padilla, con apoyo del Ing . Ricardo Cruz.

Corrección de Estilo: Dra. Orfa Nineth Morales Padilla
Dra. Nancy Gabriela Agustín Barrios

RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS
ISBN: 978-99939-2-782-2

Impreso en Guatemala

ISBN: 978-99939-2-782-2
9 789993 927822

AGRADECIMIENTO

A la Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales, nuestro profundo agradecimiento por su valioso apoyo para hacer realidad la impresión de esta obra.

A quienes aportaron a su construcción, especialmente a sus autores y colaboradores, gracias por compartir conocimientos, recuerdos y testimonios, haciendo de estas páginas un legado para las presentes y futuras generaciones.

Gracias por contribuir a preservar nuestra historia y fortalecer la identidad.

Junta Directiva
2024-2026



Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala

Dignidad - Respeto - Humanización

Una historia

con sentido transformador

Presentación



El libro que a continuación se presenta ha sido pensado para ti. No pretende ser únicamente una historia institucional, sino un testimonio de la evolución del Colegio y una mirada hacia la transformación de la Enfermería guatemalteca. Por tanto, no es casualidad que dispongas de este tesoro en tus manos. A través de su lectura conocerás aún más de hechos que trascienden lo individual porque involucran antecedentes y aportes que ayudarán a transformar realidades y mejorar la imagen social que tanto hace falta en los distintos espacios donde existe la presencia de un profesional de la enfermería.

Por medio de este libro, amarás aún más el Colegio al que perteneces y que te representa y serás parte del equipo que quiera contribuir al logro de su misión con decoro, respeto y conciencia por el bien común de sus agremiados y no agremiados.

Dra. Orfa Nineth Morales Padilla
Presidenta Junta Directiva 2024-2026

CONTENIDO

Hechos que trascienden la historia del Colegio **12**

Capítulo I 14
Nueve años de evolución: construyendo un legado profesional

Capítulo II 27
Incidencia Jurídico-Política del Colegio de Profesionales de Enfermería en el Estado de Guatemala

Capítulo III 47
Lo que nadie te ha contado: mi experiencia personal como primera Presidenta del Colegio

Capítulo IV 55
Línea del tiempo de las Juntas Directivas y sus principales logros

Transformando a la Enfermería, desde la promoción del conocimiento, la cultura, la tecnología y la imagen social **73**

Capítulo V 74
El poder de la Enfermería para incidir en la salud de Guatemala. Un desafío constante

Capítulo VI 89
Caracterización de Enfermería en Guatemala: una oportunidad para la mejora continua

Capítulo VII 104
Avances en el cuidado de enfermería basado en evidencia: Cambiando el mundo con conocimiento

Capítulo VIII 116
Enfermería como agente de cambio en la salud pública de Guatemala.

Capítulo IX 129
Gestión y liderazgo en enfermería: Liderazgo enfermero para la transformación del sistema de salud

Capítulo X 145
Tecnología aplicada a la atención en salud: la demanda de hoy

Capítulo XI 153
La salud mental del profesional de enfermería de Guatemala en un sistema de constante cambio

Capítulo XII 174
Bioética y práctica profesional de enfermería: desde la humanización del cuidado en el tratamiento del trastorno por uso de alcohol

Capítulo XIII 203
Investigación en enfermería como práctica transformadora: ciencia, cuidado y ética en contextos latinoamericanos

Capítulo XIV 249
Educación y formación continua y su impacto en el cuidado de enfermería

Capítulo XV 257
Proyección social e imagen del profesional de enfermería: un compromiso de todos

Capítulo XVI 281
Cumpliendo la misión del Colegio, con sentido transformador, desde la SINERGIA de equipo



Hechos que trascienden la historia del Colegio



Capítulo I

Nueve años de evolución: construyendo un legado profesional

Dra. Rutilia Herrera Acajabón



Resumen

El texto presenta la historia de los nueve años de evolución que han permitido el crecimiento y la consolidación del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala. A través de una narrativa testimonial, se describen los desafíos, esfuerzos y procesos estratégicos que impulsaron el reconocimiento de la licenciatura en enfermería, la aprobación de la Ley de Enfermería y la organización gremial necesaria para constituir el Colegio. Se resaltan hitos clave como la movilización nacional, la validación académica, la gestión legal, la conformación de comisiones y el fortalecimiento institucional. El documento celebra la resistencia, visión y compromiso

colectivo de las enfermeras y enfermeros, quienes hemos construido un legado profesional trascendente para Guatemala.

Introducción

La conformación del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala representa uno de los acontecimientos más relevantes en la evolución y profesionalización de la enfermería en el país. Este proceso no fue inmediato, sino el resultado de muchos años de esfuerzo constante, planificación estratégica y una profunda convicción sobre la importancia de fortalecer la identidad profesional del gremio. Desde los primeros intentos por ampliar la formación académica en enfermería hasta la aprobación de la Ley de Enfermería y su reglamento, el camino estuvo marcado por desafíos, resistencia y momentos decisivos que permitieron articular una visión común. La participación activa de instituciones formadoras, liderazgos gremiales y profesionales comprometidos, generó una movilización nacional sin precedentes, que culminó con el reconocimiento legal del Colegio en el año 2016.

Este texto relata, desde la vivencia y memoria histórica, los avances, dedicación y logros que cimentaron una estructura gremial sólida, moderna y respetada. Además, resalta el impacto social y político alcanzado, así como el orgullo colectivo que hoy motiva a nuevas generaciones de enfermeras y enfermeros a continuar fortaleciendo su profesión en pro de contribuir con el mejoramiento integral de la salud de Guatemala y el mundo.

Desarrollo

Una ilusión, un sueño, se convirtió en realidad a través de esfuerzos y procesos organizados, un plan estratégico que en varias ocasiones se tuvo que convertir a plan de contingencia para poder llegar a las metas que se necesitaban alcanzar para ir avanzando paso a paso y en ocasiones era pasito a pasito para poder seguir adelante, aunque algunos fuertes decían que este gran proyecto "El Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala" no sería posible. Con lo que ellos no contaban era que teníamos y tenemos a Dios de nuestro lado, la gran resistencia que las y los enfermeros tenemos, la inteligencia y sabiduría para trascender en el ámbito de todos los profesionales, la alta competencia para trabajar por el desarrollo de nuestra enfermería y por el mejoramiento integral de nuestra Guatemala, Guatebella, como yo le digo.

Puedo recordar aquel despertar que tuve, cuando descubrí que enfermería en otros países era más que lo que teníamos nosotros, iniciando por la enseñanza que impartimos y lo primero que se me ocurrió fue, debemos encontrar estos elementos para tener un campo propio como profesionales de enfermería de Guatemala y fue que empecé a desarrollar proyectos y enviarlos a todas las instituciones posibles para que nos ayudaran y uno de esos proyectos llegó a ensamblarse en un movimiento que tenía Suramérica.

Fue así como encontramos la oportunidad para la preparación de las maestrías en enfermería en la Universidad Nacional de Bogotá, Colombia y el paquete venía con asesorías que nos permitió elaborar un pénsum diferente que contenía y contiene hasta hoy en día, la esencia del cuidado, nos fortalecimos en el aprendizaje de los modelos y teoría de las precursoras de la enfermería, que emocionante descubrir que para cada

campo de la salud y el desarrollo de los seres humanos, existe una ponencia del cuidado de enfermería que en cada uno de estos modelos y teorías se hace más necesaria la implementación del proceso de atención de enfermería.

Cabe mencionar que en el ínterin pude comprobar como en países desarrollados como Japón las enfermeras tienen su propia tabla en la unidad de los pacientes hospitalizados y ahí se encuentra el plan de atención que enfermería debe seguir y que es dinámico conforme la evolución de la persona.

Las tres escuelas nacionales de enfermería de Guatemala, elaboramos y presentamos un currículum innovador y novedoso ante las autoridades de la Universidad de San Carlos de Guatemala para solicitar el aval de nuestra licenciatura. Este esfuerzo se coronó, cuando conseguimos ese aval, después de que varias generaciones anteriores ya habían caminado este sendero.

Fue entonces que empezamos a tener egresados de licenciatura en enfermería de dos universidades y eso nos daba la oportunidad de llegar pronto al número de egresados necesarios para la creación del Colegio Profesional de Enfermería, esto también nos brindó paulatinamente la credibilidad de la profesión ante la sociedad al expandirse poco a poco las palabras "Licenciatura en Enfermería". Es decir, que solo quienes teníamos la identidad total con la profesión, estudiamos la licenciatura en enfermería, a pesar de los comentarios de varios enfermeros, que expresaban que no valía la pena seguir estudiando la enfermería porque no había futuro para los licenciados, con otras expresiones que no vale la pena escribir. Eso nos dolía mucho porque los demás gremios se reían y decían que ni nuestros propios colegas creían en esta licenciatura.

Es importante recordar que Guatemala ya había tenido un proyecto de desarrollo para las enfermeras, quienes fueron enviadas a varios países a prepararse como licenciadas en enfermería, sin embargo, la incorporación al país siempre ha sido bastante complicada y fue hasta después de varios años que esta incorporación la consiguió la Licenciada Alba Muñoz de Galicia, única colega que hizo esta incorporación y que trabajó por la formación de enfermería en la Escuela Nacional y en una universidad privada.



Unido a estos procesos formativos también tuvimos la bendición de ser parte de avances como la elaboración, gestión y aprobación de la Ley de Enfermería siendo aprobada mediante el Decreto Ley 07-2007, luego el Reglamento de la Ley de Regulación del Ejercicio de Enfermería, mediante el Acuerdo Gubernativo 56-2008 que fue sustituido por el Acuerdo Gubernativo 411-2013 y paralelo a estos acontecimientos el último empuje fue dado por doña Fita Osorio, gran señora de la enfermería en Guatemala, quien rescató la vida de la Unidad de Desarrollo de los Servicios de Enfermería del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quedando plasmada su existencia en la Ley de Enfermería, junto con nuestro Colegio y el Consejo Nacional de Enfermería. Vale mencionar que al momento de ser pública la Ley de Enfermería no se tenía creado el Colegio de enfermería, pero la última generación que trabajamos la redacción de la Ley ya dejamos establecida la vida del Colegio, eso fue otro punto fundamental para su creación.

La Asociación Guatemalteca de Profesionales de Enfermería –AGEP – tuvo un papel importante en esta creación, porque fue quien dio la propuesta para la Junta Directiva Provisional de conformación del

Colegio y que se estableció formalmente mediante votación en Asamblea General desarrollada en la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, *alma mater* de la Enfermería en Guatemala y Centro América. El Consejo Nacional de Enfermería fue otra instancia de vital trascendencia para que la organización y el desarrollo de enfermería en Guatemala se diera, se debe reconocer esta visión que tuvieron las primeras enfermeras de este país cuando constituyeron el Consejo Nacional de Enfermería que hasta la fecha aglomera a todas las instituciones de formación y servicio de Guatemala, así como a las instituciones gremiales.

Cuando comenzamos a trabajar los Estatutos del Colegio a cabildear con los directivos de los otros colegios profesionales, a realizar asambleas cada semana, siempre en la Escuela Nacional, en varias ocasiones fuimos pocos los que asistimos, pero no desvanecimos, nos organizamos por departamentos y habían delegadas y delegados con quienes hicimos equipo, traían datos, papelería de colegas que ya creían en el proceso, porque, como en todo lo nuevo, había cierto grado de escepticismo de parte de colegas.

Cuando habíamos convencido a muchos licenciados en enfermería que este proceso sí podía ser; en marzo de 2014 hicimos una concentración, siempre en la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala a donde acudieron grupos de licenciados en enfermería de todos los departamentos de nuestro país a dejar su documentación, a firmar el libro de actas que necesitábamos presentar y a dejar su aporte que permitiría cubrir los costos para seguir realizando los trámites.

El acto protocolario que realizamos estuvo presidido por un viceministro, por un representante del Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y por las autoridades máximas de enfermería de ese momento. Todos quedamos

realmente impresionados por la respuesta que dio enfermería y fue ahí que llegamos a la meta de 500 licenciados en enfermería que declaraban estar dispuestos a pertenecer al Colegio de Profesionales de Enfermería.

En los acontecimientos de aquel día veíamos como el amanecer se acercaba, la esperanza que tuvimos por varias generaciones estaba dando resultados y todos terminamos esa jornada con más fuerza para seguir participando en los procesos que fueran necesarios y tener nuestro esperado Colegio.

Buscamos asesoría para elaborar los estatutos de nuestro Colegio, así como a preparar los expedientes de los 500 profesionales de enfermería en el grado de licenciatura. Este camino intermedio estuvo lleno de minuciosos esfuerzos administrativos que pusieron a prueba nuestra constancia. Entre mayo y septiembre de 2013, durante la segunda y tercera asamblea, la Licenciada Sandra Elizabeth Girón Mejía, nuestra asesora legal, presentó el proyecto de estatutos que aprobamos por unanimidad. En ese entonces, las propuestas para las cuotas anuales eran un debate abierto, evaluándose montos iniciales de entre Q700.00 y Q1,000.00 anuales.

Avanzar con la recolección de expedientes no fue fácil; para finales de 2013, tras la quinta y sexta asamblea, el proceso pareció ralentizarse e incluso retroceder. De 284 expedientes, casi un centenar debían actualizar la antigua cédula de vecindad por el Documento Personal de Identificación (DPI), dejándonos temporalmente con solo 190 expedientes válidos. Pese a que en los congresos repartíamos cientos de convocatorias, la asistencia a las reuniones a veces caía a apenas 20 personas. En medio de esa incertidumbre, el ingenio gremial no se detuvo: comenzamos a diseñar el logotipo del Colegio y organizamos a

comisiones de colegas como Norma Cano, Tito Fuentes, Irma Luz Monterroso, Melany Sandoval y Etelvina Sagastume para recolectar papelería.

El panorama cambió a inicios de 2014. En la séptima asamblea, los asistentes ratificaron por unanimidad su confianza en nuestra Junta Directiva Provisional y se plantearon cuotas mensuales más accesibles de Q100.00 y Q125.00. Para febrero de ese año, ya contábamos con 400 expedientes completos. El empujón final llegó gracias a la Lcda. Verónica Pineda, Coordinadora de la Unidad de Desarrollo de los Servicios de Enfermería, quien asignó a una persona dedicada exclusivamente a llamar y completar las 100 papelerías restantes para alcanzar, por fin, la meta histórica. Fue así que durante 2014, 2015 y hasta julio 2016, hicimos una serie de gestiones y esfuerzos. Y así el 4 de julio de 2016 la Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales de Guatemala aprobó la creación del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala, de inmediato fuimos a recibir ese documento al edificio de los Colegios Profesionales, ubicado en la zona 15 de la ciudad de Guatemala y sentíamos tanta emoción, tanta alegría que solo pudo ser sustituida por la visión de completar este proceso, haciendo la socialización de esta maravillosa noticia por los medios de comunicación que para ese momento teníamos, e inició entonces la historia de la vida legal de nuestro anhelado Colegio.

Fueron jornadas fuertes de trabajo gremial, fines de semana insuficientes para completar todo lo que era requerido por la Asamblea de Presidentes, hubo desafíos que teníamos que solventar pues no teníamos un lugar físico para reunirnos, tampoco un sustento económico, una colega y amiga de enfermería nos brindó parte del área física de su oficina, ubicada en el Centro Comercial de la Zona 4, sin tener que hacer un depósito económico o que pagar por adelantado una renta que no teníamos.



Así que, con dos mesas, sillas plásticas blancas y un escritorio donados por nosotras mismas, abrimos las puertas de nuestra sede. Aún tengo en mis ojos las imágenes de todas estas escenas; nunca me imaginé que significaran tanto para mí en este momento, porque ahora me doy cuenta que fueron logros profundos que provocarían tanta diferencia en el gremio, y anunciamos que ya podían pagar sus mensualidades, creamos un plan que incluía el pago de inscripción y los meses completos de ese año 2016 para agenciarnos de fondos y porque para entonces los licenciados en enfermería no habíamos sido revalorizados, por lo que tampoco contábamos con medios económicos suficientes para tener esta nueva inversión.

Los desafíos continuaban, otro de ellos es que la Junta Directiva Provisional fuimos llamadas a reunión de la Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales de Guatemala para retarnos con el planteamiento de que si no podíamos cumplir con todos los requerimientos para crear el Colegio, que podíamos hacernos para atrás y seguir perteneciendo al Colegio de Médicos y Cirujanos. A lo que respondimos de manera enfática en que éramos perfectamente capaces de cumplir con todo lo requerido y al igual que todas las profesiones, enfermería tenía todo el derecho de contar con su propio colegio, más aún cuando ya se había cumplido con todos los requerimientos.

En julio de 2016, año de la fundación de nuestro Colegio, realizamos nuestra primera Asamblea General como Colegio en las instalaciones de los Colegios Profesionales de Guatemala en la zona 15 de la ciudad de Guatemala. Hicimos una gran fiesta, llegamos casi quinientos licenciados en enfermería que ya estábamos agremiados y ese día llegaban más

a dejar su papelería. La enfermería de toda la república estaba en ese lugar, egresados de todas las universidades, nos unió la enfermería, nos unió nuestra lucha por lo nuestro, fue una sensación única, todos nos abrazábamos, nos tomamos fotos, compartimos las ilusiones y planes para seguir creciendo en nuestra profesión.

Este día hicimos nuestra primera votación y fue decisión de la Asamblea confirmar a la Junta Directiva Provisional como la primera Junta Directiva del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala, así como la elección del primer Tribunal Electoral y el primer Tribunal de Honor, quedando así constituidos los tres órganos legales de nuestro Colegio.

Seguimos con el trabajo legal, autorizando libros de actas, tramitando nombramientos para presentarlos ante la Contraloría General de Cuentas, ante la SAT, ante la Universidad de San Carlos de Guatemala. Se abrieron las primeras cuentas bancarias a nombre de nuestro Colegio con todos los nombramientos y compromisos que esto significaba.

Formamos las comisiones para el mejor cumplimiento de los fines del Colegio, siendo éstas: Defensa Gremial, Asuntos Jurídicos, Análisis Estratégico Nacional, Actualización y Capacitación Profesional, Coordinadoras de Subsedes Regionales, Eventos Sociales-Académicos - Culturales- Deportivos y Género. Siete comisiones según Capítulo V, Artículo 42 de los Estatutos del Colegio. En Asamblea del 26 de noviembre del 2016 se conformaron estas comisiones con agremiados voluntarios.

La sociedad profesional nos empezó a conocer como una ciencia que contribuye con el bienestar de la sociedad guatemalteca a través de nuestra participación gremial en diferentes ámbitos. Los miembros de

cada Junta Directiva, cada Tribunal Electoral, cada Tribunal de Honor han hecho su mejor esfuerzo por servir a los agremiados y elevar cada vez el prestigio de nuestra profesión a fin de que los mismos enfermeros tengan más confianza en nuestro Colegio y los otros profesionales tengan más respeto por nosotros. Las autoridades de gobierno y de otras instancias reconozcan a nuestro Colegio, como ente legal con un espacio político, social, profesional que deben tomar en cuenta por la importancia que el rol de enfermería tiene en el desarrollo integral del país.

Ahora tenemos un Colegio completo, fortalecido, prestigioso y bendecido, con la oportunidad de seguir escribiéndole al mundo que la enfermería de Guatemala sigue avanzando y que los profesionales de enfermería de este país tienen la oportunidad de dar su contribución a la sociedad, mediante la participación en este su colegio.

Los hechos relatados son de gran trascendencia y quienes hemos vivido esta historia debemos considerarnos privilegiados de tener la participación que experimentamos durante estos nueve años. Lo más impactante es recordar los rostros de los colegas y amigos, cuando nos decíamos "tenemos colegio", "es un hecho", "que alegría", entre otras muchas frases que resuenan en mis oídos. Los rostros de alegría de todos, lo natural de los abrazos espontáneos. La sensación interna que yo sentía y que la puedo sentir aún, creo que la tenían no solo mis compañeras de la Junta Directiva, sino también los más de quinientos enfermeros que nos unimos debajo de una carpa en las canchas del edificio de los colegios profesionales.

Después de 9 años se sigue teniendo esa sensación de gratificación y el orgullo sencillo con el que decimos que tenemos colegio propio, que nos representa, que celebramos nuestras asambleas, donde ahora ya no

alcanzaría un aula de nuestra Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, porque son cientos los que nos reunimos para tomar las decisiones más importantes que desde ya tienen su impacto y que con el tiempo se verá la trascendencia de esta participación.



Sigamos engrandeciendo nuestro gremio desarrollando procesos profundos llenos de análisis científico y social, enalteciendo la ética de nuestro ser y deber ser, donde el bien común prevalezca sobre el bien particular. Que siempre pensemos en primer lugar en las personas a las que atendemos y debemos atender en cualquiera de nuestros escenarios laborales, que no olvidemos que un día fuimos estudiantes para que les demos mejores oportunidades a quienes hoy tienen ese rol y que ellos vean en cada uno de nosotros un verdadero ejemplo de lo que debe ser un enfermero, una enfermera, que todos los profesionales miembros de este Colegio practiquemos cada línea de los nueve capítulos del Código de Ética, aprobado por Asamblea General el 7 de julio del año 2022.

Que luchemos por nuestra excelencia en el actuar profesional entre enfermeros, con otros profesionales, que celebramos los triunfos de los colegas que van hacia arriba, alcanzando roles impresionantes y se

levantan más que nosotros, porque cuando logremos eso estaremos creciendo en profunda grandeza profesional. Que como Colegio podamos ser capaces de hacer propuestas a nuestras autoridades y gobiernos que conlleven el desarrollo de estrategias y acciones para que la ciudadanía se vea beneficiada de nuestros conocimientos.

Conclusión

La creación del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala simboliza la unión, resistencia y visión del gremio. Tras años de gestión, organización y compromiso, se consolidó una institución sólida que dignifica la profesión y contribuye al desarrollo integral del país, dejando un legado que seguirá guiando a futuras generaciones.

***Nota editorial y de ampliación histórica:**

Los detalles cronológicos añadidos sobre el desarrollo de las asambleas intermedias (2013-2014), las dificultades en la transición de la cédula de vecindad al DPI, las propuestas iniciales de cuotas y los nombres de las comisiones de apoyo fueron integrados para enriquecer la memoria histórica de este capítulo. Estos datos específicos no figuraban en los manuscritos testimoniales originales, pero se consideró indispensable incluirlos para dejar constancia del minucioso esfuerzo administrativo y logístico que requirió la consolidación legal del gremio. Esta información fue recuperada y contrastada de la reseña histórica oficial disponible en el sitio web del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala.

▶ **https://www.colegioprofesionaldeenfermeria.org.gt/**

Capítulo II

Incidencia Jurídico-Política del Colegio de Profesionales de Enfermería en el Estado de Guatemala



Licenciado Helder Fabián Gómez Córdova

Resumen

El presente capítulo analiza la incidencia jurídico-política del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala (CPEG) dentro del Estado guatemalteco, fundamentándose en el marco constitucional y legal que rige a los colegios profesionales. Se examina su naturaleza jurídica como asociación gremial con funciones públicas, su rol en la regulación y control ético del ejercicio profesional, y su participación en la formulación de políticas públicas en salud. Se destaca la obligatoriedad de la colegiación para el ejercicio legal de la enfermería y la capacidad del CPEG para auxiliar a la administración pública y elegir representantes ante órganos universi-

tarios. El análisis subraya la importancia de los colegios como actor clave en la defensa del interés profesional y el bien común, sujetándose al bloque de constitucionalidad y al control de convencionalidad.

Introducción

En el marco del Estado de Derecho guatemalteco, los colegios profesionales constituyen figuras de singular relevancia, reconocidas constitucionalmente por el artículo 90 de la Constitución Política de la República de Guatemala, que establece la colegiación obligatoria de los profesionales universitarios y el control de su ejercicio. Estas entidades, más allá de ser meras asociaciones gremiales, poseen una naturaleza dual que les confiere funciones públicas y una incidencia directa en la vida jurídica y política del país. Su existencia busca no solo la defensa y promoción de los intereses de sus agremiados, sino también la garantía de la calidad y ética en el ejercicio profesional, aspectos fundamentales para el desarrollo integral de la nación y la consecución del bien común.

El Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala (CPEG), como parte de este sistema, desempeña un papel crucial en la regulación y supervisión de la profesión de enfermería, la cual, por su íntima relación con la salud y el bienestar de la población, tiene un impacto significativo en el interés público. El objetivo de este capítulo es analizar en profundidad la incidencia jurídico-política del CPEG dentro del Estado de Guatemala. Se explorará su marco legal y constitucional, sus atribuciones y funciones, su relación con otros órganos del Estado y las implicaciones de su actuar en la vida pública, desde una perspectiva que integre tanto los aspectos

normativos como las dinámicas de poder e influencia, considerando la jurisprudencia de la Corte de Constitucionalidad y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Desarrollo

1. Marco Constitucional y Legal de los Colegios Profesionales en Guatemala

La existencia y funcionamiento de los colegios profesionales en Guatemala se fundamenta en un sólido andamiaje jurídico, cuya cúspide es la Constitución Política de la República. El artículo 90 de la Constitución establece de manera taxativa la obligatoriedad de la colegiación para los profesionales universitarios y el control de su ejercicio. Esta disposición constitucional dota a los colegios de un rango normativo superior, consolidándolos como instituciones de orden público y actores esenciales en la estructura del Estado. La Corte de Constitucionalidad ha subrayado que la colegiación obligatoria tiene rango constitucional, revelando la alta valoración que el constituyente guatemalteco otorgó a los profesionales universitarios y la expectativa de una participación más protagónica en el desarrollo nacional.

La Ley de Colegiación Profesional Obligatoria (Decreto No. 72-2001) es la norma secundaria que desarrolla los preceptos constitucionales, estableciendo las bases para la organización y funcionamiento de estas entidades. Esta ley define a los colegios profesionales como "asociaciones gremiales no lucrativas, esencialmente apolíticas, de carácter laico, con personalidad jurídica y patrimonio propio" (p. 6). Aunque "es-

encialmente apolíticas" en su denominación, su capacidad para participar en la conformación de órganos estatales y la defensa de intereses públicos y profesionales les confiere una innegable dimensión política.

La creación de un colegio profesional requiere la asociación de al menos quinientos graduados de la misma o similar disciplina, en el grado de licenciatura, egresados de universidades del país. Tras la constitución en acta notarial y la designación de una Junta Directiva provisional, se debe solicitar la aprobación e inscripción a la Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales de Guatemala. La inscripción otorga la personalidad jurídica al nuevo colegio. Esta estructura de creación y reconocimiento por parte de una instancia superior de colegios profesionales refleja un sistema integrado y jerarquizado.

Los colegios están obligados a mantener un registro escrito y computarizado de sus agremiados activos y temporales, que contenga datos de identificación personal y profesional, especialidades, méritos, créditos obtenidos y las sanciones firmes emitidas por el Tribunal de Honor o los Tribunales de Justicia relacionadas con el ejercicio de la profesión. Las universidades, a su vez, tienen la obligación de remitir semestralmente a cada colegio la nómina de los profesionales graduados y/o incorporados. Esta interconexión entre las instituciones educativas y los colegios asegura un flujo de información vital para la regulación profesional y el control del ejercicio.

2. Naturaleza y Fines del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala (CPEG)

El Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala (CPEG) se rige por la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria y sus propios estatutos, reglamentos y acuerdos. Como asociación gremial de naturaleza civil y no lucrativa, posee personalidad jurídica y patrimonio propio, elementos que le otorgan autonomía y capacidad de acción en el ámbito legal y administrativo.

Su sede principal se encuentra en la ciudad capital de Guatemala, con la posibilidad de establecer subsedes en cualquier departamento de la República, lo que permite una cobertura y presencia a nivel nacional, adaptándose a las necesidades de sus miembros en todo el territorio.

Los fines y objetivos del CPEG, delineados en sus estatutos, son amplios y reflejan tanto su vocación gremial como su compromiso con el interés público:

- Promover, vigilar y defender los intereses del Colegio y sus agremiados. Esta es una función gremial esencial, que busca salvaguardar los derechos y condiciones laborales de los profesionales de enfermería.
- Promover el mejoramiento cultural, científico y técnico de los colegiados/as. El CPEG busca elevar los estándares de la profesión a través de la educación continua y la actualización de conocimientos, lo que directamente beneficia la calidad del servicio de salud.

- Promover y vigilar el ejercicio de la enfermería en los aspectos ético, decoroso y eficiente. Esta función es de vital importancia para la protección del público, asegurando que la práctica de la enfermería se realice con los más altos estándares morales y técnicos.
- Defender y proteger el ejercicio profesional, combatir la práctica ilegal de la profesión. El CPEG actúa como guardián de la profesión, denunciando y combatiendo a quienes ejercen la enfermería sin la debida autorización o calificación, lo cual es fundamental para la seguridad del paciente y la credibilidad del sistema de salud.
- Auxiliar a la administración pública en el cumplimiento de las disposiciones legales que se relacionen con la profesión de enfermería y profesiones afines. Esta es una de las funciones más relevantes desde el punto de vista político-jurídico, ya que inserta al CPEG directamente en la esfera de la gobernanza, permitiéndole colaborar con el Estado en la implementación y aplicación de normativas.
- Resolver consultas y rendir los informes que soliciten entidades o funcionarios oficiales en materia de su competencia, siempre que se trate de asuntos de interés público. Esta atribución resalta la función de experto técnico del CPEG, proveyendo al Estado con información y criterios especializados que pueden guiar la toma de decisiones.
- Realizar y participar en estudios técnicos, auditorías de enfermería y evaluación de la solución de los problemas a nivel

nacional que propicie el mejoramiento de los guatemaltecos, en el ámbito de enfermería, salud y desarrollo integral. Esta función lo posiciona como un actor proactivo en el desarrollo de políticas públicas de salud, identificando problemas y proponiendo soluciones.

- Elegir a los representantes del Colegio ante el Consejo Superior Universitario de la Universidad de San Carlos de Guatemala, así como a quienes deban representarlo en otros cargos o funciones, de conformidad con las leyes y reglamentos. Esta atribución le otorga una participación directa en la gobernanza universitaria, influenciando la formación académica de futuros profesionales.
- Proponer iniciativas de ley, normas y reglamentos que beneficien el ejercicio de la profesión o emitir pronunciamientos debidamente sustentados ante aquellas que le afecten y que contravengan lo preceptuado en el artículo 3 de estos estatutos. Esta capacidad de incidencia legislativa es un pilar de su rol político en el Estado.

La integración del CPEG se compone de profesionales egresados de universidades autorizadas en el país con título de licenciatura como mínimo, profesionales incorporados a la Universidad de San Carlos de Guatemala, y profesionales graduados en el extranjero con autorización legal para ejercer en el país. Para los graduados en el extranjero, los títulos deben cumplir con los procedimientos de autenticación diplomática y reconocimiento por la Universidad de San Carlos de Guatemala, y se requiere autorización legal para laborar en el país. Existe también una

colegiación temporal para profesionales extranjeros que participen en programas específicos en Guatemala por un máximo de dos años no prorrogables.

3. Incidencia Jurídica del CPEG

La incidencia jurídica del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala se manifiesta en varios frentes, siendo uno de los más importantes la obligatoriedad de la colegiación para el ejercicio legal de la profesión. El artículo 5 de la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria establece que "para el ejercicio de las profesiones universitarias, es imprescindible tener la calidad de colegiado activo" (p.7). Esta disposición no es un mero formalismo; implica que ni personas individuales ni jurídicas, sean públicas o privadas, pueden contratar servicios de profesionales de enfermería que no estén colegiados activamente. El incumplimiento de este requisito conlleva responsabilidad penal para el profesional por ejercer una profesión sin autorización legal, y responsabilidad civil solidaria para el ente contratante. Esto confiere al CPEG un monopolio legal sobre la habilitación para el ejercicio profesional, protegiendo al público de la intrusión y asegurando un estándar mínimo de calificación.

Otro aspecto fundamental es el control ético y disciplinario sobre sus miembros. El CPEG, a través de su Tribunal de Honor, tiene la función de conocer denuncias, instruir averiguaciones y dictar resoluciones imponiendo sanciones en casos de faltas a la ética, afectación del honor y prestigio de la profesión, o mala práctica profesional. Este tribunal vela por la "notoria ineficiencia, incompetencia, negligencia, impericia, mala práctica o conducta moralmente incorrecta en el ejercicio de la misma, o haber propiciado el empirismo y el ejercicio ilegal de la profesión" (Estatutos CPEG, 2016, Art.33).



Las sanciones pueden ir desde una amonestación privada hasta la suspensión definitiva en el ejercicio de la profesión, lo que implica la pérdida de la condición de colegiado. Las decisiones del Tribunal de Honor pueden ser impugnadas mediante recursos de aclaración y ampliación, y son apelables ante la Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales de Guatemala. Esta capacidad sancionadora es una manifestación clara del poder jurídico delegado a los colegios para autorregularse y garantizar la calidad del servicio. La Corte de Constitucionalidad ha enfatizado que el proceso disciplinario debe observar los principios de oralidad, inmediación, continuidad y economía procesal, garantizando el derecho de defensa y el debido proceso.

El CPEG también ejerce una incidencia jurídica en la interacción con la administración pública al auxiliar en el cumplimiento de disposiciones legales relacionadas con la profesión de enfermería y afines. Esto implica su participación en la elaboración o revisión de normativas, brindando su experticia técnica y profesional. Asimismo, está facultado para resolver consultas y rendir informes a entidades o funcionarios oficiales sobre asuntos de interés público, actuando como un órgano consultivo de relevancia. Esta función asesora es crucial para que las políticas y leyes del Estado sean pertinentes y eficaces en el ámbito de la salud.

La relación con las universidades es otra área de incidencia jurídica. Las universidades tienen la obligación de remitir al Colegio las nóminas de sus graduados e incorporados. La Universidad de San Carlos de Guatemala, en particular, tiene la facultad exclusiva de resolver la incorporación de profesionales egresados de universidades extranjeras. Una vez incorporados o graduados en el país, la colegiación con el CPEG es el paso que habilita legalmente el ejercicio de la profesión.

La jurisprudencia de la Corte de Constitucionalidad (CC) ha reforzado la importancia de los colegios profesionales. Por ejemplo, en relación con el derecho a expedir títulos o diplomas, la CC ha establecido que este derecho no puede verse disminuido por reglamentos de organizaciones gremiales ajenas a las casas de estudio. Los Colegios de Ingenieros, por ejemplo, tienen la obligación de colegiar a egresados que cumplan los requisitos constitucionales y de la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria, sin exigir asignaturas específicas, ya que la determinación de los planes de estudio compete a cada universidad. Este principio es aplicable por analogía al CPEG, garantizando la autonomía académica de las universidades mientras se mantiene la obligatoriedad de la colegiación para el ejercicio profesional.

Finalmente, la interacción con el sistema de justicia es notoria. Las decisiones del Tribunal de Honor, si bien son administrativas, están sujetas a revisión. La posibilidad de que "lo resuelto será el Organismo Judicial al que corresponderá dilucidar el caso" tras agotar los recursos administrativos, garantiza el acceso a la justicia y el control judicial sobre las actuaciones de los colegios, un principio fundamental del Estado de Derecho.

4. Incidencia Política del CPEG

La incidencia política del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala, aunque formalmente "apolítico" según su definición, se manifiesta a través de su participación en la configuración del poder público, la influencia en las políticas estatales y su rol como actor de la sociedad civil organizada.



Una de las manifestaciones más directas de su incidencia política es su participación en la conformación de órganos vitales del Estado. Los estatutos del CPEG prevén la elección de sus representantes ante el Consejo Superior Universitario de la Universidad de San Carlos de Guatemala. La Corte de Constitucionalidad ha señalado que los colegios intervienen, como colegios, en la formación de órganos vitales de la arquitectura del Estado. Este rol les permite influir en la dirección académica y administrativa de la única universidad estatal, que a su vez es responsable de la educación superior y profesional en el país. Al elegir representantes, el CPEG contribuye a la dirección de la educación de los futuros profesionales, lo que tiene un impacto a largo plazo en la calidad de los servicios de salud y en el desarrollo nacional.

El CPEG también tiene una capacidad de influencia en la creación y modificación de políticas públicas y legislación. Al ″proponer iniciativas de ley, normas y reglamentos que beneficien el ejercicio de la profesión o emitir pronunciamientos debidamente sustentados ante aquellas que le afecten″ (Estatutos CPEG, 2016, Art.24), el Colegio actúa como un actor político-legislativo. Puede abogar por cambios en la Ley de Salud, en la Ley de Servicio Civil (aplicable a muchos de sus agremiados en el sector público) o en cualquier otra normativa que afecte directa o indirectamente la profesión y el sistema de salud.

La función de ″auxiliar a la administración pública″ y ″resolver consultas y rendir informes″ a funcionarios oficiales sobre asuntos de interés público se traduce en una capacidad de asesoramiento técnico que, en la práctica, puede orientar decisiones gubernamentales en materia de salud y desarrollo. Esta interacción asegura que la voz de los profesionales de enfermería sea escuchada en la arena política. La participación en estudios técnicos y auditorías de enfermería para la ″solución

de los problemas a nivel nacional que propicie el mejoramiento de los guatemaltecos, en el ámbito de enfermería, salud y desarrollo integral" (Estatutos CPEG, 2016, Art.3), es una expresión proactiva de su rol en la formulación de políticas.

La defensa del ejercicio profesional y el combate a la práctica ilegal tiene una dimensión política al contribuir a la protección de la salud pública, un bien colectivo fundamental. Al asegurar que solo profesionales calificados ejerzan la enfermería, el CPEG refuerza la confianza de la ciudadanía en el sistema de salud y la legitimidad de la profesión. Esta función de control beneficia directamente a la sociedad guatemalteca.

Como parte de la sociedad civil organizada, el CPEG representa los intereses de un sector profesional clave. Su capacidad para "establecer y mantener relaciones con los demás colegios profesionales del país y organizaciones similares del exterior" (Estatutos CPEG, 2016, Art.3), amplía su influencia y le permite participar en redes de colaboración y cabildeo a nivel nacional e internacional. Esto fortalece su posición para abogar por los derechos humanos, especialmente aquellos relacionados con la salud, la vida y la integridad personal, en consonancia con el deber del Estado de promover el "desarrollo integral de la persona".

La transparencia y rendición de cuentas en su administración interna, como la presentación anual de informes financieros y auditorías a la Asamblea General, aunque es una obligación interna, también tiene una connotación política. En un contexto donde la probidad y la buena gobernanza son valores demandados por la ciudadanía, la transparencia de los colegios contribuye a su legitimidad y credibilidad como instituciones públicas, lo que a su vez refuerza su capacidad de influencia política.

Desde la perspectiva de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, los Estados tienen la obligación de "organizar, llevar a cabo y garantizar procesos electorales libres y justos" y que el ejercicio de los derechos políticos tiene una dimensión social. Aunque los colegios profesionales no son partidos políticos, su funcionamiento interno y la elección de sus directivos y representantes se rige por principios democráticos que contribuyen al fortalecimiento de la democracia en un sentido más amplio.

5. La Dimensión de Derechos Humanos: Bloque de Constitucionalidad y Control de Convencionalidad

La incidencia jurídico-política del CPEG no puede entenderse plenamente sin considerar el Bloque de Constitucionalidad y el Control de Convencionalidad, conceptos que han sido desarrollados y aplicados extensivamente por la Corte de Constitucionalidad de Guatemala y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

El Bloque de Constitucionalidad se refiere a aquellas "normas y principios que, aunque no forman parte del texto formal de la Constitución, han sido integrados por otras vías y sirven, como medidas de control de constitucionalidad de los preceptos normativos y de los actos de autoridad". Incluye, de manera preeminente, los instrumentos internacionales en materia de Derechos Humanos que Guatemala ha aceptado y ratificado, los cuales tienen preeminencia sobre el derecho interno según el artículo 46 de la Constitución. Esto significa que las actuaciones del CPEG, sus estatutos, reglamentos y las decisiones de sus órganos (incluido el Tribunal de Honor) deben ser compatibles no solo con la

Constitución y las leyes internas, sino también con los estándares internacionales de derechos humanos.

La Corte de Constitucionalidad ha utilizado el bloque de constitucionalidad para verificar si el ejercicio de la función legislativa (y por extensión, cualquier actuación estatal o con funciones públicas) se conforma con las normas constitucionales y los estándares internacionales en materia de derechos humanos. Esto es crucial para el CPEG, ya que sus funciones de regulación y control profesional impactan directamente derechos fundamentales como el derecho al trabajo, la integridad personal, el debido proceso y la no discriminación. Por ejemplo, al combatir la práctica ilegal de la profesión o al sancionar a sus miembros, el CPEG debe garantizar el debido proceso y el derecho de defensa, conforme a lo establecido en la Constitución (artículo 12) y la Convención Americana sobre Derechos Humanos (artículo 8).

El Control de Convencionalidad es una obligación que recae sobre "todos los jueces y órganos vinculados a la administración de justicia en todos los niveles". Esto implica que, en el ejercicio de sus respectivas competencias, deben velar por que los efectos de las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos interamericanos no se vean mermados por la aplicación de normas o interpretaciones contrarias a su objeto y fin. La Corte Interamericana ha dejado claro que, al realizar esta tarea, los jueces deben tener en cuenta no solamente el tratado, sino también la interpretación que de este ha hecho la Corte Interamericana, como intérprete última de la Convención.

Para el CPEG, esto significa que sus reglamentos y las decisiones del Tribunal de Honor, al afectar los derechos de los colegiados (como el

derecho a ejercer libremente la profesión), deben someterse a un escrutinio de convencionalidad. Por ejemplo, en el caso de profesionales graduados en el extranjero o que participan en programas temporales, cualquier requisito de colegiación o restricción al ejercicio debe ser ″razonable, atender a un propósito útil y oportuno que la torne necesaria para satisfacer un interés público imperativo, y ser proporcional a ese objetivo″. De lo contrario, podría constituir una violación a derechos humanos como la no discriminación o el derecho al trabajo. La Corte Interamericana ha señalado que los Estados deben ″adoptar las medidas adecuadas para la debida regulación y fiscalización de dicho derecho; proteger al trabajador y trabajadora, a través de sus órganos competentes, contra el despido injustificado; y en caso de despido injustificado, remediar la situación″, principios que pueden aplicarse a las sanciones disciplinarias de los colegios.

Además, el rol del CPEG en la salud y desarrollo integral lo vincula directamente con los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA), reconocidos en la Convención Americana (artículo 26). La Corte Interamericana ha establecido que los Estados tienen la obligación de adoptar medidas eficaces para garantizar el acceso sin discriminación a las prestaciones reconocidas para el derecho a la salud y de avanzar progresivamente hacia la plena efectividad de estos derechos, en la medida de sus recursos disponibles, con la obligación de no regresividad. La participación del CPEG en la promoción de un sistema de salud ético y eficiente contribuye a la realización de estos DESCA. Su función de auxiliar a la administración pública en este ámbito cobra particular relevancia, ya que su experticia puede ser clave para la implementación de políticas públicas de salud que respeten y garanticen los derechos humanos.

6. Estructura y Funcionamiento Interno del CPEG: Base de su Incidencia

La estructura interna del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala es la base de su capacidad para ejercer incidencia jurídico-política. Sus órganos de dirección son la Asamblea General, la Junta Directiva, el Tribunal de Honor y el Tribunal Electoral.

La Asamblea General es el órgano superior del Colegio, facultada para celebrar sesiones ordinarias y extraordinarias. Sus funciones incluyen conocer los estados financieros, el plan de prestaciones, el informe de auditoría, la ejecución presupuestaria y el informe de labores de la Junta Directiva, así como aprobar el presupuesto. Además, es la que puede proponer iniciativas de ley y reformas a los estatutos y reglamentos. Las resoluciones de la Asamblea General se toman por mayoría absoluta de votos válidos y el voto es secreto y personal, garantizando un proceso democrático interno. El quórum para sus sesiones, que no admite representaciones, asegura la participación activa de los colegiados.

La Junta Directiva es responsable del gobierno y administración eficiente del patrimonio del Colegio. Tiene atribuciones importantes como nombrar personal técnico, administrativo y de servicio, elaborar la agenda de la Asamblea General, publicar el directorio anual de agremiados, y fijar honorarios por trabajos especializados. El Presidente de la Junta Directiva es el representante legal del Colegio, unificando la personería de todos los colegiados activos, y le corresponde presidir las sesiones de Junta Directiva y Asamblea

General, así como representar al Colegio en todos los actos. La Junta Directiva también debe cumplir con las obligaciones contraídas por el Colegio como miembro del Consejo Internacional de Enfermeras (C.I.E.), lo que le da una dimensión internacional a su actuación.

El Tribunal de Honor, como ya se mencionó, es crucial para el control ético y la disciplina profesional. La rigurosidad de sus procesos y la posibilidad de impugnación de sus decisiones son garantías para los colegiados y para la credibilidad de la profesión.

El Tribunal Electoral es el encargado de organizar y supervisar los procesos de elección de los órganos de dirección del Colegio, garantizando la transparencia y la democracia interna.

En cuanto al régimen económico, el patrimonio del Colegio se forma por bienes adquiridos, rentas, cuotas ordinarias y extraordinarias, multas, y honorarios. Es importante destacar que el patrimonio del CPEG solo puede ser utilizado en la realización de los objetivos y fines de la entidad, y tiene prohibida la distribución directa o indirecta de beneficios, utilidades o dividendos entre sus agremiados. Esta disposición refuerza su carácter no lucrativo y su orientación al servicio público de la profesión. Existe un Consejo de Administración del Régimen Económico Financiero del Timbre y del Plan de Prestaciones que gestiona los recursos económicos, sujeto a auditoría externa anual y a la presentación de informes detallados a la Asamblea General. Los miembros de este Consejo están obligados a presentar declaración patrimonial al inicio y final de su gestión, y la omisión de este deber es considerada una falta ética grave, lo que subraya un compromiso con la probidad y la transparencia.

7. Desafíos y Perspectivas Futuras

Desde la perspectiva de un abogado y político, la incidencia del CPEG enfrenta desafíos y presenta oportunidades para el futuro del Estado de Guatemala.

Un desafío inherente es el equilibrio entre los intereses gremiales y el interés público. Si bien los colegios profesionales nacen para defender a sus agremiados, su reconocimiento constitucional y sus funciones públicas les imponen un deber hacia la sociedad. La Corte de Constitucionalidad ha enfatizado que la libertad de las organizaciones religiosas (análogo a colegios profesionales en su capacidad de auto-regulación) "no es de carácter absoluto y debe ser compatible y armoniosa con las normas de derecho público, las cuales tienen como finalidad la preservación del orden y paz social a través del respeto a las disposiciones que integran el andamiaje jurídico". Para el CPEG, esto implica que sus acciones, especialmente en la fijación de estándares de práctica o la defensa de condiciones laborales, no deben ir en detrimento de la calidad y accesibilidad de los servicios de salud para la población guatemalteca.

Otro desafío radica en la adaptación continua a los estándares internacionales y la dinámica del Derecho de los Derechos Humanos. La aplicación del control de convencionalidad exige una revisión constante de las prácticas y normativas internas del CPEG para asegurar su coherencia con los tratados internacionales ratificados por Guatemala. Esto es particularmente relevante en un sector tan sensible como la salud, donde los derechos a la vida, la salud y la integridad personal están en juego.

La brecha entre el mandato constitucional y la implementación legislativa es un área de oportunidad política para el CPEG. La Corte de Constitucionalidad ha exhortado al Congreso de la República en diversas ocasiones a emitir legislación específica sobre temas como la propiedad comunal indígena o el derecho de consulta. Si bien estos ejemplos no son directamente sobre enfermería, demuestran que existen vacíos legales que requieren acción legislativa. El CPEG, con su capacidad para proponer leyes y emitir pronunciamientos, puede y debe asumir un rol proactivo en la abogacía por leyes que fortalezcan el sistema de salud, regulen adecuadamente la profesión de enfermería y protejan los derechos de los pacientes.

La efectividad de su participación en órganos estatales, como el Consejo Superior Universitario, es un indicador de su incidencia política. No basta con tener el derecho a elegir representantes; es crucial que estos representantes actúen de manera efectiva para impulsar las agendas del Colegio y contribuir al desarrollo de la educación superior en beneficio de la sociedad.

La gestión de la colegiación temporal para profesionales extranjeros es otro punto de interés. Asegurar que estos profesionales cumplan con los requisitos éticos y técnicos, y que se les garantice el debido proceso en caso de alguna denuncia, es una responsabilidad jurídica y política del CPEG que debe manejarse con rigor y transparencia.

Conclusión

En síntesis, el Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala es una institución con una clara incidencia jurídico-política en el Estado. Jurídicamente, su poder radica en la obligatoriedad de la colegiación, el control disciplinario y su rol consultivo para la administración pública, siempre bajo el paraguas del bloque de constitucionalidad. Políticamente, su capacidad de influir en la educación superior, proponer legislación, defender la salud pública y representar a un sector vital de la sociedad lo convierte en un actor relevante en las dinámicas de gobernanza y desarrollo nacional. Para maximizar su impacto positivo, el CPEG debe mantener un constante ejercicio de autoevaluación y adaptación, promoviendo la excelencia profesional y la defensa de los derechos humanos en el ámbito de la salud.

Referencias

Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala. (s. f.). *Estatutos del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala*.

Congreso de la República de Guatemala. (2001, 21 de diciembre). Decreto Número 72-2001. Ley de Colegiación Profesional Obligatoria. *Diario de Centro América*.

Corte de Constitucionalidad de Guatemala. (2020). *Constitución Política de la República de Guatemala con notas de jurisprudencia de la Corte de Constitucionalidad y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos* (F. J. Urizar Pérez, coord.; 2.ª ed.). Instituto de Justicia Constitucional.

Capítulo III

Lo que nadie te ha contado: mi experiencia personal como primera Presidenta del Colegio



Magíster Enma Judith Porras Marroquín

Resumen

El presente escrito aborda desde mi experiencia personal parte de lo recorrido como primera presidenta del Colegio, un espacio de liderazgo, difícil de afrontar en su momento, en el cual tocó abrir la brecha para ser reconocidos como profesionales igual que otras profesiones. Tiempo en el cual aún preguntaban si la enfermería era una carrera universitaria, pues muchos no conocían que existía. Retos y desafíos fueron superados por el trabajo de todo un equipo que me acompañó en esta primera gestión miembros de la Junta Directiva y luego se incorporan los tribunales electorales y de honor, que, aunque son órganos independientes, deben trabajar en conjunto con Junta Directiva para lograr los objetivos que

guían los estatutos. A continuación, presento una narrativa de lo vivido en esta primera Junta Directiva del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala.

Introducción

En lo consiguiente se abordan aspectos puramente personales relacionados a mi experiencia como primera presidenta del Colegio de Profesionales de Enfermería, sin duda una experiencia invaluable que queda grabada en mi memoria y en mi corazón para llevar conmigo hasta siempre. Esta historia es parte del desarrollo de la profesión de enfermería en Guatemala, que desde sus inicios ha sido marcada por arduas luchas y caminos largos recorridos y por recorrer; han sido muchas las personas que han escrito la historia y dejaron huella indeleble para hoy tengamos representatividad como todos los gremios profesionales ante una Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales, un sueño que parecía inalcanzable pero que con el esfuerzo, perseverancia y tenacidad hoy podemos festejar casi diez años de haberse hecho realidad.

Tuve el privilegio de ser parte de la Junta Provisional para la formación de nuestro colegio, sin hacer de menos los esfuerzos que ya se habían iniciado años atrás en 1999-2000, el cambio de la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria se dio en el año 2001 y requería 500 profesionales de un gremio para que se pudiera presentar el proyecto de creación. Por lo tanto, es hasta el 2011 que se logra superar el número de las 500 licenciadas en enfermería, agremiadas en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala y es entonces cuando junto al Consejo Nacional de Enfermería, que tiene representación de diversas instituciones en las

que hay enfermeras, se decide trabajar arduamente hasta lograr la aprobación del colegio de profesionales de Enfermería.

Decir que me sentí honrada por la confianza depositada en mi persona y el estar acompañada de un grupo de profesionales que aceptaron el reto de trabajar, deseo resaltar a las colegas que formaron parte de la Junta Directiva Provisional que trabajó desde el año 2012 al 2016:

- Magíster Enma Judith Porras Marroquín *Presidenta*
- Doctora Rutilia Herrera Acajabón *Vicepresidenta*
- Licenciada Norma Gladys Coyoy Macario *Secretaria*
- Licenciada Eda Sobeyda Carranza Barrera de Vásquez *Pro Secretaria*
- Doctora Ingrid Patricia Figueroa Salán *Tesorera*
- Doctora Jessica Nineth Cabrera Ramírez de Rodríguez *Vocal I*
- Licenciada Ana Liseth Castellanos Morataya *Vocal II*

Posteriormente a la autorización por parte de la Asamblea de Presidentes para la constitución del Colegio en julio de 2016, en asamblea de profesionales de enfermería se elige la primera Junta Directiva que dirigirá el Colegio en los próximos dos años, de acuerdo con los estatutos establecidos y la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria, en dicha asamblea se presentó la renuncia de la Dra. Ingrid Patricia Figueroa Salán, por lo que se elige a la persona que ingresaría a la Junta Directiva siendo electa la **Lcda. Silvia Noemí González López**, es por ello que se corren los cargos y la Lcda. González ingresa como vocal II, hasta finalizar el período en septiembre de 2018.

Junto a esta nueva elección teniendo la confianza depositada en la Junta Directiva electa, inician muchos retos que enfrentar como el contar con una sede en la cual funcionaría el Colegio, reunir los fondos para la publicación de los estatutos, equipamiento de la oficina, personal de apoyo, organización de las comisiones, elección del tribunal electoral que debería iniciar los procesos electorales para completar los órganos que debe tener de acuerdo a la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria y los propios estatutos del nuevo Colegio. Cabe decir que todo el trabajo realizado no fue de manera individual, se requirió del trabajo constante de cada uno de los miembros del equipo que día a día daban su aporte incansable para desarrollar las actividades y funciones de acuerdo a su cargo.

Este cargo vino revestido con muchos retos que quiero mencionarles: el primero fue la Juramentación de la Presidenta de nuestro Colegio en la Asamblea de Presidentes, lo cual se retrasó un año, por situaciones puramente administrativas que tocó solventar en dicha instancia. Fue hasta el 17 de octubre de 2017 que finalmente fui juramentada, iniciando así la representación en la Asamblea de Presidentes con voz y voto, una experiencia significativa porque se reconocía en ese momento que había un gremio más de profesionales que era reconocido como tal, con la autonomía e igualdad de derechos que otros profesionales, iniciando una lucha constante de ser visibles, de aportar en todos los momentos, experiencias, comisiones y actividades en las que se podía y debía participar.

El esfuerzo para que el pabellón del Colegio estuviera en la galería de los pabellones en el salón de reuniones de la Asamblea de Presidentes y en la plaza de banderas, que se luciera junto a los otros pabellones de los colegios, esos momentos quedan guardados en la memoria y en la historia de la enfermería de este hermoso país Guatemala.

Otro reto importante fue lograr el reconocimiento de los profesionales ilustres y medalla de oro, que de acuerdo al reglamento de la Asamblea de Presidentes se dan a todos los profesionales y el Colegio de Enfermería debería tener la misma oportunidad que otros profesionales. Es así que se logra que la primera licenciada reconocida como Profesional Ilustre Región Central fue la Lcda. Vilma Hernández de Girón. Este logro fue significativo y es una experiencia que me llena de emoción y de gratitud al saber que fui parte para obtener esa posición importante, un lugar de liderazgo que permitió mostrar que la enfermería es una profesión, que es una ciencia y además es un arte, que las enfermeras somos importantes y somos necesarias para la mejora de la salud de la población y que junto a otros profesionales podemos hacer historia.

Las reuniones de Asamblea de Presidentes en las que la asistencia y trabajo requería asistir hasta altas horas de la noche, porque es inimaginable todo el trabajo que se realiza teniendo esa responsabilidad, las situaciones que deben ser atendidas en la asamblea que son problemas que afectan a los agremiados en diferentes colegios resaltan la necesidad e importancia del trabajo interdisciplinario en el cual la experiencia de cada profesional aporta a resolver los problemas de una mejor manera.

El cumplimiento y responsabilidad de asistir a las reuniones, actividades programadas, la representación en funciones delegadas, permitieron ganar espacios para reflejar la presencia de enfermería y el trabajo profesional que podemos hacer como el resto de profesionales. El ganar este espacio que por años buscamos, trabajar en las comisiones, asistir a todas las reuniones ordinarias y extraordinarias fue parte del trabajo que como presidenta realicé, además del trabajo en junta directiva del Colegio realizado para buscar el crecimiento de los profesionales a quienes representamos.

Llegó el momento de ingresar a Junta Directiva de la Asamblea de presidentes, por el tiempo en que fui juramentada únicamente ocupé el cargo de Tesorera de la asamblea, quienes me sucedieron en el cargo de presidentes, si tuvieron la oportunidad de pasar por todos los cargos en Junta Directiva de la Asamblea, otra responsabilidad mayor porque hay más reuniones a las cuales asistir, más responsabilidades y representaciones.

Además, lideramos procesos con mucha tenacidad y fuerza, como la búsqueda de la dignificación salarial para las licenciadas/os en enfermería del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, proceso que junto a otros presidentes de los colegios profesionales entre ellos Médicos y Cirujanos, Químicos y Farmacéuticos, Psicólogos se apoyó a las gestiones que se realizaban en ese momento para lograr la dignificación profesional, teniendo el apoyo de la Asamblea de Presidentes.

Como primera presidenta del colegio, me siento honrada, agradecida con Dios, con la vida y con el gremio que en su momento me apoyó y confió no solo en mí sino en el equipo de profesionales que me acompañaba con mucho valor, coraje y preparación. No puedo dejar de mencionar a la asesora legal que desde el inicio de la Junta Provisional nos dio el acompañamiento y asesoría para la elaboración del proyecto de estatutos y reuniones con asesor Jurídico de la Asamblea para que fueran aceptados. La Lcda. Sandra Elizabeth Girón, quien también debe ser recordada como una persona que dio muchas horas de su tiempo, su conocimiento y pasión para lograr finalmente la constitución del colegio.

Durante mi gestión se dan las primeras elecciones de electores para elegir al rector de la Universidad de San Carlos de Guatemala, siendo un proceso completamente nuevo y en donde por primera vez las profesionales de enfermería egresadas de la Universidad de San Carlos podían

participar presentando sus planillas y emitiendo su voto en las elecciones que se convocarán, este evento importante marca el inicio de la visibilidad y reconocimiento de la profesional de enfermería en tan importante evento.

Quizá olvidé muchas cosas que deba escribir, pero finalizo este capítulo dando gracias a todos los profesionales de enfermería que creyeron en el sueño de formar el colegio tan anhelado, a las profesionales que tomaron la decisión de dejar todo lo que ya habían aportado para trasladarse al Colegio de Profesionales de Enfermería, porque no se permitió en ese momento que nos quedáramos en dos colegios, debíamos trasladarnos al nuevo colegio sin poder reclamar nada al colegio en el que estábamos colegiadas que era el colegio de Médicos y Cirujanos, colegio que nos albergó por muchos años y también nos tocó abrir camino para lograr el reconocimiento como profesionales.

Conclusión

Han pasado ya nueve años desde la constitución del Colegio, muchos logros, muchos avances, excelentes oportunidades, aprendizajes que hoy día son parte del crecimiento y del legado que dejamos a los nuevos profesionales a quienes les toca continuar el camino y seguir construyendo, tratando de mejorar y superar todos los retos y desafíos que vienen, no olvidando que hay que luchar por el bien común, que los intereses personales no desvíen las intenciones y los objetivos claros que se tienen como colegio, que claramente se establecen en los estatutos, que se busca siempre la mejora de los profesionales universitarios.

Muchas gracias por la confianza, por el apoyo que me brindaron en su momento, a las profesionales que me acompañaron en esa primera Junta Directiva gracias por todo su esfuerzo y trabajo, también a los miembros de los tribunales electoral y de honor que fueron integrándose, a las comisiones que iniciaron y que hoy día son muchas más, gracias por su esfuerzo y por su entrega al trabajo.

Queda mucho por recorrer y aportar, así que los animo a ser parte de este bello sueño y felicitaciones a las nuevas Juntas Directivas que vienen, a las nuevas o nuevos presidentes que les tocará esa importante representación de liderazgo, Dios siempre les dé la sabiduría para actuar de la mejor manera posible no olvidando que debemos servir y nos debemos a los agremiados, debemos buscar las mejoras posibles para todos los profesionales de esta bella disciplina y también aportando lo mejor de nosotros no solo a la población guatemalteca sino también trascender a otras fronteras. Para ello es necesario que las nuevas generaciones de profesionales de enfermería se incorporen aportando sus ideas y su trabajo, recordando siempre su historia para superar los retos y desafíos que la misma vida y la evolución de la enfermería trae a pasos rápidos. La enfermería puede ser mejor cada día si todos aportamos nuestro granito de arena, dando lo mejor de sí en los lugares en donde Dios les permita estar.

Capítulo IV

Línea del tiempo de las Juntas Directivas y sus principales logros

El presente capítulo evidencia la evolución que ha experimentado el Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala, por medio de una línea del tiempo que inicia con la primera Junta Directiva hasta la administración actual.

Con cada Junta Directiva, existe una descripción de sus integrantes con los respectivos cargos, resaltando los principales logros alcanzados durante la gestión que corresponde a dos años, lo que facilita la visualización de la contribución de cada equipo para el fortalecimiento institucional, gremial, académico y administrativo que se necesita ante tanto desafío.

El objetivo de este capítulo es preservar la memoria histórica institucional, reconocer el aporte del grupo profesional que ha dirigido a la organización y disponer de una visión integral de las transformaciones y crecimiento que se han obtenido en sus primeros diez años, donde el compromiso evidente de cada profesional ha sido fundamental para lo que a continuación se desglosa.



Junta Directiva
2016–2018

Integrantes

Magíster Enma Judith Porras Marroquín – Presidenta

Dra. Rutilia Herrera Acajabón – **Vicepresidenta**

Lcda. Eda Sobeyda Carranza Barrera de Vásquez – **Secretaria**

Lcda. Ana Lisseth Castellanos Morataya – **Prosecretaria**

Lcda. Norma Gladys Coyoy Macario – **Tesorera**

Lcda. Jessica Nineth Cabrera Ramírez de Rodríguez – **Vocal I**

Lcda. Silvia Noemí González López – **Vocal II**

Principales logros

- **Constitución y consolidación institucional,** marcando el inicio formal de la vida gremial del Colegio.
- **Publicación oficial de los Estatutos** en el Diario de Centroamérica (2017), otorgando legitimidad y reconocimiento jurídico.
- **Creación y aprobación** del Reglamento del Tribunal Electoral.
- **Elaboración de los primeros lineamientos para el funcionamiento de los Comités** e incorporación del registro de especializaciones, maestrías y doctorados.
- **Inscripción de la personería jurídica** en el Ministerio de Gobernación, asegurando respaldo legal y administrativo.
- **Creación del logotipo oficial y la bandera del Colegio,** símbolo de identidad y pertenencia gremial.
- **Instalación de la sede institucional** en zona 4, Ciudad de Guatemala, como espacio de encuentro y gestión.
- **Diseño e implementación de un modelo de administración** para el funcionamiento del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala.
- **Establecimiento de las bases** para dar inicio al estudio actuarial del CPE.
- **Implementación de la página oficial en Facebook**, abriendo canales de comunicación modernos y cercanos con los agremiados.
- **Incorporación de profesionales de optometría** al CPE.

2016–2018



Junta Directiva
2018–2020

Integrantes

Magíster Otilia Argueta Domínguez – Presidenta

Magíster María Mónica Silvestre Silvestre – **Vicepresidenta**

Lcda. Islia Dina Gómez Osorio de Hernández – **Tesorera**

Lcda. Ángela Yessenia Carrillo Flores – **Secretaria**

Lcda. Gladys Judith Barrios y Barrios – **Vocal I**

Lcda. Nancy Isabel Hernández Muñoz de Herrarte – **Prosecretaria**

Principales logros

- **Modernización administrativa:** Emisión de recibos electrónicos ante la SAT, garantizando transparencia y eficiencia en los procesos financieros.
- **Elaboración del primer estudio actuarial del CPE**, como herramienta fundamental para conocer la situación financiera y proyectar la sostenibilidad del Plan de Prestaciones.
- **Dotación de Equipo de Protección Personal (EPP)** a profesionales de enfermería durante la pandemia, contribuyendo a la protección y seguridad de los agremiados que se encontraban en primera línea de atención.
- **Implementación de soporte emocional de forma virtual** a profesionales de enfermería que requerían acompañamiento y apoyo durante la emergencia sanitaria, con apoyo del Colegio de Psicólogos de Guatemala.
- **Defensa gremial:** Participación activa en el Movimiento Nacional por la Dignificación Salarial de los profesionales de salud, posicionando la voz de la enfermería en la agenda nacional.
- **Gestión laboral:** Elaboración y seguimiento de propuestas de reclasificación de puestos y salarios ante la ONSEC, buscando justicia y equidad para el gremio.
- **Incidencia legislativa:** Presentación de iniciativas de ley orientadas a la dignificación del profesional de enfermería.
- **Representación política:** Presencia en el Congreso de la República para respaldar la aprobación de leyes en beneficio del gremio, consolidando la influencia institucional en espacios de decisión.

2018–2020



Junta Directiva
2020–2022

Integrantes

Magíster Rafael Antonio Martínez Ruano – Presidente

Lcda. Dilia Colombia Soto Barrera – **Vicepresidenta**

Lcda. Juana Rivera Asencio – **Secretaria**

Lcda. Sandra Sacalxot Cabalquiej – **Prosecretaria**

Lcda. Irma Yolanda García Alarcón de García – **Tesorera**

Magíster Saulo Levi Poz Sacalxot – **Vocal I**

Lcda. Norma Judith Cano Flores – **Vocal II**

Principales logros

- **Transformación digital:** creación de la página web institucional y emisión de certificados digitales, modernizando la gestión gremial.
- **Transparencia financiera:** implementación del cobro empresarial, sustituyendo el manejo en efectivo y garantizando mayor control en los pagos de agremiados.
- **Innovación tecnológica:** desarrollo del programa de base de datos por agremiado y creación del aula virtual, fortaleciendo la organización y la formación continua.
- **Expansión institucional:** traslado a una oficina más amplia, reflejo del crecimiento y consolidación del Colegio.
- **Proyección académica:** organización del Primer Congreso Nacional e Internacional de Enfermería y lanzamiento de la primera revista científica Enfermería, posicionando al gremio en el ámbito académico y científico.

2020–2022

- **Visibilización del papel del profesional de enfermería** desde APCOP (Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales)
- **Bienestar gremial:** aprobación y ampliación del reglamento del plan de prestaciones, incluyendo beneficios vinculados al carné y certificado de colegiado activo.
- **Modernización administrativa:** emisión directa del carné por parte del Colegio, agilizando la entrega y fortaleciendo la identidad institucional.
- **Comunicación estratégica:** creación de la agenda informativa, garantizando un flujo constante y claro de noticias para los agremiados.
- **Apoyo académico:** implementación de becas de estudio para agremiados, con respaldo de la Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales.

2020–2022



Junta Directiva
2022–2024

Integrantes

Magíster Ruth Lisseth Pérez Larios – Presidenta

Lcda. Rosa Elvira De León Martínez – **Vicepresidenta**

Lcda. Claudia Patricia Acajabón González – **Secretaria**

Magíster Marco Vinicio Salazar Martínez – **Tesorero**

Magíster Rosario Yadira Puac Cano – **Vocal I**

Lic. Gerson David Tzul Mijango – **Vocal II**

Principales logros

- **Fortalecimiento laboral:** regularización legal del personal administrativo y adscripción al IGSS y Ministerio de Trabajo, garantizando estabilidad y derechos laborales.
- **Análisis comparativo:** realización de estudios salariales a nivel nacional e internacional, aportando insumos técnicos para la dignificación profesional.
- **Identidad gremial:** inclusión del punto número 14 en el logo de la Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales e inicio de la gestión de un espacio físico en APCOP, zona 15. Seguimiento a la inscripción del logo oficial del CPE ante el registro de la propiedad intelectual con el propósito de proteger y salvaguardar la identidad institucional.
- **Creación por iniciativa del Tribunal de Honor,** el Himno del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala acompañado de su respectivo reglamento.
- **Participación estratégica:** representación activa en el Censo Nacional de Enfermería, fortaleciendo la visibilidad y presencia del gremio.
- **Disciplina financiera:** implementación de mora por atraso en pagos, destinada al fondo del plan de prestaciones, asegurando sostenibilidad económica.
- **Cumplimiento normativo:** aplicación de multas aprobadas en Asamblea para nuevos agremiados que incumplen con la inscripción de títulos en el plazo legal.

- **Actualización académica:** establecimiento de créditos académicos obligatorios para mantener el estatus de colegiado activo.

- **Apoyo académico:** selección de dos profesionales de enfermería para continuar estudios de maestría como parte del fortalecimiento de la formación y desarrollo profesional.

- **Comisiones estratégicas:** creación e integración de la comisión de eventos sociales, culturales y deportivos y comisión de defensa gremial. Así como, la elaboración y aprobación de sus respectivos reglamentos.

- **Comunicación moderna:** implementación de WhatsApp Business institucional y creación del canal oficial en YouTube, ampliando los medios de interacción con agremiados.

- **Juramentaciones descentralizadas:** realización de actos de juramentación a nivel departamental, acercando el Colegio a las regiones.

- **Equidad gremial:** descentralización del Congreso Nacional de Enfermería, llevándolo a distintos departamentos para garantizar inclusión y participación equitativa.

- **Incorporación por primera vez de una profesional de enfermería a INCOPAS** (Instancia de Consulta y Participación Social) del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN) en Guatemala. como representante de la Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales.



Junta Directiva
2024–2026

Integrantes

Dra. Orfa Nineth Morales Padilla – Presidenta

Dra. Karen Lorena Dubón De Paz – **Vicepresidenta**

Lcda. Brenda Yomara Ramírez González de Caal – **Tesorera**

M.Sc. Brenda Marisol Luch Escobar – **Secretaria**

Lcda. Elvira Pirir Mutzús – **Vocal I**

M.Sc. Carlos Luis Adolfo Barrios – **Prosecretario**

M.Sc. Argelia Melina López Escobar – **Vocal II**

Principales logros





- **Proyección gremial:** organización de la primera marcha conmemorativa por el Día Internacional de la Enfermería, fortaleciendo la identidad y visibilidad del gremio.
- **Innovación digital: r**ealización de la primera carrera virtual, integrando tecnología y participación comunitaria en tiempos de cambio.
- **Bienestar institucional: i**mplementación del formulario digital para que cada agremiado registre a sus beneficiarios dentro del Plan de Prestaciones, garantizando que, llegado el momento de hacer valer el derecho, la información se encuentre disponible de forma precisa y transparente.
- **Modernización administrativa:** aunque los recibos electrónicos ya existían, el proceso era lento y limitado. Con la implementación del nuevo programa se logró la emisión masiva y ágil de recibos, proyectando mayor rapidez y eficiencia en la gestión financiera del Colegio.
- **Gestión contable:** migración del registro manual a un sistema contable electrónico, optimizando la administración y asegurando mayor confiabilidad.
- **Infraestructura tecnológica:** con el propósito de fortalecer la continuidad y confiabilidad de la plataforma institucional, el sistema está siendo migrado a una infraestructura tecnológica de última generación basada en servicios en la nube, garantizando mayor seguridad de la

información, copias de respaldo automáticas, monitoreo permanente, alta disponibilidad y la capacidad de aumentar automáticamente los recursos cuando la demanda lo requiera para asegurar un funcionamiento más estable y preparado para el crecimiento futuro del Colegio.

- **Fortalecimiento académico:** creación de nuevas comisiones, entre ellas la Comisión Editorial y la Comisión de Análisis Estratégico, ampliando la capacidad de gestión y análisis institucional.



- **Con apoyo de la Comisión Editorial** y asesoría jurídica, elaboración del Reglamento respectivo.

- **Continuidad de juramentaciones**/jornadas y congresos descentralizados y continuidad de becas para agremiados en temas de interés colectivo.



- **Vínculos internacionales:** firma de convenio con la Asociación de Enfermeras de Taiwán, abriendo espacios de cooperación académica y profesional a nivel global.



- **Alianzas nacionales:** convenio con Promotora de Clubs, S.A. (Club de Oficiales La Aurora), promoviendo beneficios sociales y recreativos para los agremiados.



- **Gestión universitaria**: incidencia ante el Consejo Directivo de la Universidad Mariano Gálvez para otorgar la categoría de Facultad a la Escuela de Enfermería, elevando el nivel académico de la profesión.



- **Expansión patrimonial:** compra de inmueble para la sede central del Colegio y mejoras necesarias, consolidando la presencia institucional y asegurando un patrimonio propio.

- **Identidad e institucionalidad:** inscripción y registro oficial del logotipo del Colegio ante el Registro de la Propiedad Intelectual durante la gestión de la Junta Directiva, resguardando los derechos de propiedad intelectual y consolidando la imagen representativa del gremio.



- **Desarrollo territorial:** obtención de espacio físico en el edificio de los Colegios Profesionales para establecer una subsede, ampliando la cobertura gremial y acercando los servicios a más profesionales.



- **Integración internacional:** adhesión del Colegio al Consejo Internacional de Enfermería (CIE), un hito histórico que posicionó a la enfermería guatemalteca dentro de la comunidad profesional mundial.



- **Incidencia nacional:** participación activa en la elaboración del Plan Nacional de Enfermería 2026–2030, contribuyendo con propuestas y visión estratégica para el fortalecimiento del gremio en el futuro.

- **Gestión financiera:** los ingresos del Plan de Prestaciones, como el fondo de ahorro, fueron ingresados a plazos fijos consiguiendo las mejores tasas de interés en el mercado, logrando además la unificación de cuentas para mayor eficiencia.

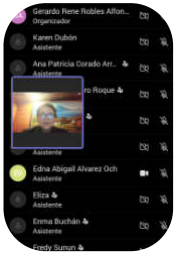
- **Dotación de recurso humano:** contratación de secretaria para atención en la oficina de zona 15 y contratación de los servicios profesionales de auditor interno, fortaleciendo la capacidad administrativa y de control institucional.



- **Producción editorial:** creación del libro del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala titulado "Una Historia con Sentido Transformador", consolidando la memoria histórica y el legado gremial.
- **Incorporación a la Revista de Enfermería,** se esta tramitando el ISBN y homenajes de profesionales de Enfermería destacadas en las distintas áreas del ejercicio profesional.
- **Participación internacional:** representación activa en el Congreso FUDEN, proyectando la voz de la enfermería guatemalteca en espacios académicos y profesionales de alcance global.
- **Reconocimiento a Presidentes e integrantes de Juntas Directivas** por los aportes hacia el engrandecimiento del CPE en el marco de sus diez aniversarios de Fundación.



2024–2026



- **Diplomado en Salud Ocupacional:** gestión ante el INAP para ofrecerlo a profesionales de enfermería, ampliando las oportunidades de formación especializada.



- **Actividad científica interdisciplinaria:** organización de la primera actividad científica dirigida a optometristas, fortaleciendo la colaboración entre disciplinas afines.



- **Inclusión profesional:** incorporación de profesionales en Terapia Respiratoria al Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala, garantizando su colegiación y respaldo gremial ante la ausencia de un colegio propio.

- **Intervención de la Presidenta del CPE**: en el Consejo Nacional de Salud/MSPAS, en representación de la Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales. En la Comisión de Educación Continua, Comisión de Salud y Comisión Editorial desde donde se ha promovido Comunicados, Congreso Interdisciplinar a nivel nacional, jornada de vacunación, foro sobre perspectivas y desafíos del cambio climático. Entre otros.

- **Escritura y donación del Himno de la Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales**, como aporte a la identidad, unidad y fortalecimiento institucional de los colegios profesionales de Guatemala.



Transformando a la Enfermería, desde la promoción, la cultura, la tecnología y la imagen social

Capítulo V

El poder de la Enfermería para incidir en la salud de Guatemala. Un desafío constante.

Magíster Sandra Edith Carballo Lemus



Resumen

La enfermería en Guatemala es una fuerza silenciosa pero decisiva y esencial para la salud pública, tejida en cada rincón donde la vida se defiende y la dignidad se preserva. Presente en todos los niveles de atención y en cada etapa del ciclo vital, su huella se extiende desde el primer latido de vida hasta el último suspiro. Sin embargo, aún es relegada por estereotipos de género y estructuras que la confinan a la penumbra de la visibilidad social e institucional. Este capítulo analiza el contexto sanitario, los roles esenciales, el poder transformador, los desafíos y las oportunidades de la profesión, proponiendo estrategias concretas para fortalecer la gestión

enfermera desde la formación, la investigación, la ética y la participación en espacios de decisión. Todo ello invita a la reflexión y acción, para que cada enfermera y enfermero sea protagonista de su propio empoderamiento, visibilizando y dignificando su aporte histórico y actual, permitiéndose aportar y enriquecer este objetivo común.

Introducción

Hablar de enfermería en Guatemala es hablar de una historia viva, tejida con compromiso y resiliencia, escrita con manos que cuidan y corazones que no se rinden. A lo largo del tiempo, esta profesión ha dejado huella en los rincones más diversos del país, cruzando ríos, valles y montañas; caminando veredas polvorientas o enlodadas y velando noches sin fin junto a camas frías y dolorosas. Desde los hospitales hasta las comunidades más remotas, allí, siempre está la enfermería; haciendo que, incluso, la noche más oscura prometa un amanecer para quienes más sufren.

Sin embargo, en este país que aún carga prejuicios heredados, aún persisten desafíos estructurales y culturales que invisibilizan su verdadero impacto. En una sociedad que continúa arrastrando estereotipos de género, la enfermería sigue siendo vista muchas veces como un rol secundario, cuando en realidad es la columna vertebral del sistema de salud, artífice silencioso de la prevención, promoción, recuperación, rehabilitación y la esperanza viva dentro de un equipo multidisciplinario, como pieza clave en la construcción de la salud pública.

Este capítulo le invita, colega, a colocarse en el centro del escenario y preguntarse:

- **¿Cuánto ha evolucionado, realmente, la enfermería en Guatemala?**
- **¿Ha crecido nuestra voz, autonomía y reconocimiento tanto como nuestra presencia y número?**
- **¿Estamos consiguiendo colocar el cuidado como centro de la salud, como motor de bienestar, prevención de la enfermedad y recuperación incluso de la dignidad humana?**
- **¿Estamos listos/as para reclamar el lugar que nos pertenece, en las decisiones que moldean la salud del país?**

Aquí, cada apartado permitirá una reflexión profunda que culminará con ejercicios que le ayudarán a mirar hacia adentro y proyectarse hacia su ámbito de influencia y más allá, porque la transformación comienza con uno mismo.

Contexto de la Salud en Guatemala

Guatemala enfrenta un escenario sanitario que, como mosaico roto, muestra algunas piezas brillantes y otras resquebrajadas enfrentando desafíos que impactan directamente en el bienestar de su población. La mortalidad materna, aunque reducida de 1989 a 2023, de 219 a 85 por cada 100,000 nacidos vivos (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [MSPAS], 2023), sigue estando lejos de lo deseable. La mortalidad infantil

alcanza 25.3 muertes por cada 1,000 nacidos vivos (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2020), y uno de los indicadores más alarmantes es la desnutrición crónica, que afecta al 49.8 % de los niños menores de cinco años, situando al país entre los más afectados de la región, incluso llega a 7 de cada 10 niños, en muchas comunidades de nuestro país (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2020).

A eso se suma que solo el 64.6 % de la población tiene acceso a servicios de salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019), ya sea a través de los servicios que ofrece el Estado o instituciones privadas (ambas con un alto gasto de bolsillo); mientras el gasto público en salud representa apenas el 2.3 % del PIB nacional, uno de los más bajos de América Latina y El Caribe. El incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, los accidentes como causa frecuente en emergencias, y la sombra persistente de la corrupción —siendo el sector salud el segundo con más denuncias— profundizan la crisis.

En este escenario, la enfermería no es espectadora: es testigo, actora y muchas veces muro de contención ante la precariedad; evidenciando la urgente necesidad de fortalecer el sistema, priorizando el acceso equitativo, la prevención y el control de factores sociales y estructurales que afectan la salud colectiva.

Esta realidad del país va más allá de estadísticas nacionales y números fríos, reflejan una situación regional, departamental y local dentro de la cual se encuentra inmersa la enfermería, como profesión conocedora y actora principal, parte integral del Sistema de Salud y todo lo que dentro de este se realiza, sosteniendo la esperanza aun en medio de la escasez y crisis.

El rol de la enfermería en la salud: presencia esencial, a veces invisible.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020) reconoce que las enfermeras representan más del 50% de la fuerza laboral sanitaria global. Somos, muchas veces, el primer contacto con el usuario y, casi siempre, el último en despedirlo. Cuidamos, educamos, lideramos, vigilamos y defendemos derechos. Lo hacemos en silencio, como la savia que da vida a un sistema, sin que nadie lo vea. Ante los diferentes contextos nacionales, regionales y locales, la enfermería desempeña múltiples funciones fundamentales para el funcionamiento de los sistemas de salud, muchas veces sin el debido reconocimiento, pero siendo los pilares del acceso universal.

Aun sin visibilidad, la enfermería cumple, entre muchos, con los siguientes roles esenciales:



1. Cuidado directo: Brinda atención segura, humanizada y continua en todos los niveles de atención (OPS, 2021) y ciclos de vida.
2. Prevención y promoción de la salud: Lidera acciones comunitarias que reducen riesgos y fortalecen estilos de vida saludables (ICN, 2021).
3. Educación al paciente y su familia: Facilita el empoderamiento y la autonomía de los usuarios.
4. Gestión y liderazgo: Planifica, organiza, dirige y monitorea servicios, coordina equipos y garantiza la calidad de la atención (Henderson, 1991).

5. Vigilancia clínica y toma de decisiones: Observa, analiza y actúa ante cambios en el estado de salud de los pacientes (Nightingale, 1860).
6. Defensa de derechos: Acompaña, escucha y protege la dignidad de las personas en situaciones vulnerables (Watson, 2008), así como de las familias y las comunidades.

La enfermería es ciencia, conciencia y compromiso. Reconocer sus múltiples roles no es un favor, es una deuda con quienes cuidan incluso en el silencio. Sin embargo, es importante resaltar y reconocer que solo «predicando con el ejemplo», haciendo vivos esos roles en el diario vivir, siendo ejemplo ante los demás, podremos decir que somos coherentes e íntegros en cada uno de los espacios y esto fortalecerá el reconocimiento, valor y apoyo a la profesión ante y desde la comunidad y sus miembros.

El poder de la enfermería para incidir en la salud

El poder de la enfermería no es una promesa o aspiración futura. Es una realidad presente que se ejerce cada día, desde donde estemos, incidiendo en la salud con criterio, cercanía y compromiso. Nuestra presencia constante en todo el ciclo de vida y en todos los niveles de atención nos convierte en agentes clave para transformar realidades (OMS, 2020).

- Lideramos estrategias de promoción y prevención con profundo conocimiento del contexto, logrando impactos positivos en la salud colectiva (CIE, 2021).
- Tomamos decisiones clínicas basadas en evidencia, con guías y protocolos que elevan la calidad del cuidado (White et al., 2021).

- Abogamos por la equidad, defendemos derechos y humanizamos la atención (CIE, 2021).
- Ocupamos espacios de gestión, conducimos servicios y participamos en el diseño de políticas públicas (OMS, 2021; Aiken et al., 2014), aun cuando no se tenga conciencia plena de ello y no se dé el reconocimiento a los aportes.
- Investigamos, generamos conocimiento culturalmente pertinente y útil para el sistema de salud (Sigma Theta Tau, 2022).

Todo esto es poder, y ya lo ejercemos. Para posicionar a la enfermería en el lugar que merece, debemos nombrar lo que hacemos, visibilizarlo con evidencia, narrarlo con orgullo y sostenerlo con datos. Debemos ocupar espacios de decisión, aliarnos con otras disciplinas, fortalecer nuestra formación y defender nuestra voz profesional. La salud de los pueblos depende en gran medida de nosotras. Reconozcámoslo, hagámoslo visible y exijamos el lugar que nos corresponde.

Desafíos y Oportunidades ante la Crisis Sanitaria Global y Nacional

Desde nuestra trinchera, observamos y enfrentamos diariamente la complejidad de los sistemas de salud en América Latina, de la cual Guatemala no escapa. La crisis sanitaria actual no es un evento aislado, sino la confluencia de desafíos sistémicos y sociales que ponen a prueba nuestra vocación. Sin embargo, en medio de estos desafíos, emergen poderosas oportunidades para que la profesión se consolide como pilar de la transformación sanitaria, empoderándonos de nuestro quehacer y demostrando nuestra capacidad de liderazgo.

El subfinanciamiento crónico de los sistemas de salud, agravado por un alto gasto de bolsillo para los ciudadanos, nos obliga a innovar con recursos limitados. Nosotras, las enfermeras, somos expertas en optimizar la atención y los recursos, en priorizar las necesidades del paciente y en buscar soluciones creativas donde otros ven barreras.

Este entorno de escasez nos empuja a ser gestoras, administradoras y defensoras incansables de la equidad. Sin embargo, nos ha vuelto conformistas de lo que hay y hemos dejado de exigir lo que por derecho se debe tener para brindar una atención oportuna y de calidad; aun cuando conocemos los riesgos que implica para los individuos y para el mismo personal de salud. Debemos retomar acciones basadas en ley, normatividad y evidencia que garanticen una atención integral y digna, libre de riesgos.

La fragmentación institucional y la débil gobernanza crean silos que obstaculizan la atención integral. Es aquí donde nuestra visión holística se vuelve vital. Como profesionales de la salud con una perspectiva integral de la persona, somos las mediadoras naturales, las que conectamos los fragmentos del sistema, abogando por la continuidad del cuidado y la coordinación entre distintos niveles de atención (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023). Las redes integradas de servicios de salud son una oportunidad en la cual, a través de mecanismos de continuidad se puede ir construyendo esa atención integral y longitudinal que la población merece y a la cual tiene derecho.

Las brechas de acceso en comunidades rurales e indígenas y la alta prevalencia de desnutrición crónica y rezago materno-infantil son desafíos que exigen una respuesta desde la primera línea. Las enfermeras de atención primaria no solo brindamos cuidados directos, sino que también somos educadoras, activistas comunitarias y promotoras de

salud culturalmente competentes. Entendemos que la salud no se limita a la atención clínica dentro de un servicio de salud, sino que se construye en el hogar y en la comunidad. Nuestra presencia en estos entornos es un catalizador para la mejora de indicadores sanitarios, desde la lactancia materna hasta la prevención de enfermedades infecciosas y crónicas.

Enfermería ha demostrado, a través del tiempo, que llega a donde ninguna otra profesión y ha impregnado su sello de vocación y compromiso en los lugares más remotos del país, aun en condiciones infrahumanas, con escasos recursos, alta vulnerabilidad y riesgos; esto le ha permitido ganarse el respeto y liderar procesos en pro de las comunidades más lejanas en búsqueda de mejores condiciones de vida para estas.

La escasez y mala distribución del recurso humano en salud son problemas que impactan directamente nuestra carga laboral y calidad de vida. No obstante, esta realidad nos ofrece la oportunidad de liderar en la formación y el desarrollo de nuestras colegas, abogando y proponiendo políticas de retención y reconocimiento que dignifiquen nuestra labor, minimizando riesgos y centrando nuestro actuar en el cuidado oportuno e integral; buscando salarios dignos que eviten la duplicidad de trabajos y el desgaste constante que pone en riesgo a pacientes y a nosotras mismas.

En el contexto de las emergencias sanitarias frecuentes y los efectos del cambio climático, hemos demostrado nuestra resiliencia y adaptabilidad. Desde la planificación de la respuesta hasta la atención en terreno, nuestra capacidad para actuar con calma y experticia en situaciones críticas es innegable. La carga creciente de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) refuerza nuestro rol como educadoras de salud, empoderando a los pacientes con conocimientos para gestionar su bienestar y prevenir complicaciones a largo plazo; pero también hace

necesaria la especialización para atender aquellos casos cada vez más complejos en ámbitos hospitalarios.

El desafío de mantener la legalidad, normatividad, técnica y ética en cada acto de cuidado es la base de nuestra credibilidad. Como guardianas de la salud, es nuestro deber actuar con total transparencia y apego a las directrices profesionales, lo que nos permite marcar una verdadera diferencia. Esta firmeza ética nos empodera para exigir una participación, con voz y voto, en espacios estratégicos y de decisión. Como el gremio mayoritario dentro del sistema de salud, nuestra voz no solo debe ser escuchada, sino que debe ser fundamental en la definición de políticas públicas, la asignación de recursos y la planificación de la atención.

Finalmente, la baja capacidad institucional frente a la corrupción e inestabilidad política representa una profunda herida en la confianza pública. Las enfermeras, como la profesión más cercana a la comunidad y con la mayor confianza de los pacientes, tenemos la responsabilidad de ser agentes de cambio ético. Nuestra integridad y nuestro compromiso con la transparencia nos convierten en guardianas de los principios de justicia y equidad en salud. Cada acción que realizamos, cada paciente que atendemos es un acto de resistencia y una reafirmación de nuestro propósito.

> Los desafíos son grandes, pero nuestra fuerza, nuestra compasión y nuestro conocimiento son aún mayores.



Estrategias para el Fortalecimiento de la Gestión Enfermera

Fortalecer la enfermería es fortalecer el sistema de salud. En la intersección entre la vocación y la ciencia, la enfermería se enfrenta al imperativo de consolidar su poder y su influencia. Desde una posición de valor y decisión, es crucial delinear un camino que eleve nuestra profesión a los espacios estratégicos que merece, evidenciando el impacto innegable que tiene en el bienestar de la sociedad. La gestión enfermera no se improvisa, y para ejercerla con excelencia es fundamental adherirse a un plan estratégico y técnico que impulse el reconocimiento profesional en todos los ámbitos.

Para fortalecer el poder de la enfermería es esencial implementar acciones que fortalezcan nuestra profesión desde diversas perspectivas. El camino inicia con una formación continua y especializada, promoviendo la obtención de grados avanzados y la especialización en áreas críticas para mejorar la calidad de la atención (Aiken et al., 2014). Debemos asumir el liderazgo en la toma de decisiones exigiendo nuestra inclusión en los espacios de gobernanza sanitaria, donde nuestra perspectiva integral es fundamental para la definición de políticas públicas (OMS, 2021). La visibilidad del impacto de la enfermería es una responsabilidad compartida que se materializa al documentar y comunicar nuestros logros y el valor de nuestra labor, tanto a nivel individual como colectivo (International Council of Nurses [ICN], 2021).

El fortalecimiento de la organización gremial es un pilar indispensable para la defensa de la profesión, por lo que es necesario impulsar asociaciones profesionales que actúen con solidez y representatividad. De la mano con esto, la lucha por la autonomía profesional y el reconocimiento legal de nuestras competencias es un paso ineludible para ejercer con

plena responsabilidad. Ello implica proponer iniciativas de ley y buscar espacios políticos que las respalden y aprueben.

Además, es prioritario incentivar el desarrollo de investigación propia para que la producción científica enfermera se convierta en la base de nuestra práctica. Finalmente, debemos ejercer una abogacía por mejores condiciones laborales, promoviendo entornos de trabajo seguros y equitativos que dignifiquen la labor de cada profesional. Ámbitos de aplicación: Estas estrategias deben ser implementadas de manera transversal en todos los espacios donde exista un enfermero o una enfermera.

Esto incluye el ámbito comunitario, donde somos agentes de cambio y promotores de la salud; el hospitalario, donde nuestro rol es vital para la seguridad, recuperación y rehabilitación del paciente; los sectores público y privado, en los que nuestra influencia debe ser igualmente determinante; y la docencia, donde formamos a las futuras generaciones de líderes de la salud. Para fortalecer la gestión enfermera, debemos formarnos bien, desarrollar experiencia, reflexionar y documentar. Actuar con conocimiento y criterio técnico, administrativo, ético y legal, porque la gestión enfermera no se improvisa.

Conclusión

La enfermería tiene la oportunidad de evidenciar cómo influye y actúa en la transformación del sistema de salud desde cada uno de los espacios en que se desenvuelve, a partir del conocimiento de los principales desafíos del sistema sanitario, desde lo local hasta lo nacional, gerenciando y tomando decisiones técnicas, administrativas, legales y

éticas; basadas no solo en su experiencia sino a través de la formación constante, el actuar reflexivo, con compromiso gremial, documentando las estrategias basadas en evidencia; con integridad, unión y coherencia.

Reconozcamos y enriquezcamos el liderazgo a nuestro alrededor, esto fortalecerá la representación y reconocimiento gremial. Y recordemos que "El logro de uno/a es el logro de todo/as". La enfermería guatemalteca tiene en sus manos una antorcha capaz de iluminar senderos de justicia y salud. Nuestro desafío es sostenerla firme, sin dejar que el viento de la indiferencia o la tormenta de la precariedad la apaguen. Con formación, ética, investigación y voz activa en la toma de decisiones, no solo podremos incidir en la salud del país: ¡podremos transformarla!

Comparto el siguiente pensamiento de Flores Melgarejo (2025) para hacernos reflexionar:

Nos quieren obedientes, no pensantes.
La enfermera crítica es tachada de "conflictiva".
La que cuestiona es "ingobernable".
La que innova sin permiso, es "una amenaza".
La que no se sacrifica es "poco ética".
La que no se somete es "problemática".
La que piensa "incomoda".
Nos quieren eficientes, no brillantes.
Silenciosas, no estratégicas.
Entregadas, no conscientes.
El sistema no teme a la enfermera obediente… le teme a la que se atrevió a pensar y alzar la voz; porque hacer esto –en Guatemala y Latinoamérica– es una forma de transgredir.

Referencias

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2014). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies, 50*(2), 143–153. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009

Aiken, L. H., Sloane, D., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, P. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet, 383*(9931), 1824–1830. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8

Consejo Internacional de Enfermeras. (2021a). *Código de ética del CIE para las enfermeras.* https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf

Consejo Internacional de Enfermeras. (2021b). *Enfermeras: Una voz para liderar.* https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-05/IND_2022_Report_ES.pdf

Henderson, V. (1991). *La naturaleza de la enfermería: Reflexiones 25 años después.* McGraw-Hill Interamericana.

Nightingale, F. (1860). *Notas sobre enfermería: Qué es y qué no es.* Harrison.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Estado de la enfermería en el mundo 2020: Invertir en educación, empleo y liderazgo.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Guía de liderazgo y gobernanza para la enfermería y la partería.*

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Fortalecimiento del personal de enfermería en las Américas.*

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Desafíos y oportunidades para el fortalecimiento de la enfermería en América Latina.*

Sigma Theta Tau International. (2022). *Position statement on nursing knowledge development.*

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (2nd ed.). University Press of Colorado.

White, H., Dudley-Brown, S., & Terhaar, M. (2021). *Translation of evidence into nursing and health care*. Springer Publishing Company.

Capítulo VI

Caracterización de Enfermería en Guatemala: una oportunidad para la mejora continua



Magíster Sulma Yaneth Bernal Ruano

Resumen

La enfermería en Guatemala constituye un pilar estratégico del sistema de salud, presente en todos los niveles de atención y comprometida con la calidad, la equidad y la pertinencia cultural. Este capítulo presenta una caracterización integral de la profesión, fundamentada en los resultados del Censo Nacional de Enfermería 2024 y en las reflexiones emanadas del V Congreso Nacional de Enfermería. Se analizan la composición profesional, la distribución geográfica, el perfil demográfico y las modalidades de contratación, así como los desafíos estratégicos que enfrenta la profesión. La evidencia revela una alta dependencia del personal auxiliar de

enfermería, brechas en la estabilidad laboral y desigualdades territoriales.

Se concluye que fortalecer la formación universitaria, garantizar condiciones laborales dignas y promover el liderazgo gremial son acciones impostergables para asegurar la sostenibilidad de la atención en salud en el país.

La enfermería es un pilar del sistema de salud guatemalteco y su fortalecimiento es clave para garantizar calidad, equidad y sostenibilidad en la atención

Introducción

La enfermería guatemalteca, con su vocación de servicio y compromiso ético, es garante del derecho fundamental a la salud. Su quehacer abarca no solo la atención directa, sino también la promoción, prevención, gestión, docencia, liderazgo e investigación, constituyéndose en un componente esencial para la prestación de servicios integrales, seguros y culturalmente pertinentes.

En un contexto nacional marcado por retos de acceso, desigualdad territorial y limitaciones de recursos, la enfermería ha demostrado resiliencia y capacidad de respuesta, en todos los niveles de atención, independientemente en comunidades rurales y dispersas. Este capítulo busca caracterizar a la profesión en Guatemala con base en la evidencia generada por el Censo Nacional de Enfermería 2024, unidos a la visión estratégica discutida en el V Congreso Nacional de Enfermería, del

Colegio de Profesionales de Enfermería en Guatemala, con su lema proponiendo líneas de acción que fortalezcan su voz, liderazgo y capacidad de incidencia.

> Donde hay una enfermera o enfermero se garantiza el derecho a la salud.

1. Definición y esencia de la enfermería

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 2025) define la enfermería como una profesión dedicada a defender el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud, mediante la provisión de cuidados seguros, humanizados y culturalmente pertinentes. El profesional de enfermería posee formación científica, habilidades técnicas y fundamentos éticos regulados por códigos y normativas que garantizan una práctica competente.

En Guatemala, esta definición se enmarca en una realidad social y sanitaria diversa, donde la enfermería adapta sus intervenciones a las necesidades locales sin renunciar a estándares internacionales. La identidad profesional se sustenta en el conocimiento, el código ético y la historia, y requiere ser defendida en todos los espacios: desde la docencia hasta el liderazgo institucional.

2. Censo Nacional de Enfermería 2024

El Censo Nacional de Enfermería realizado en el año 2024 marca un hito histórico para Guatemala, al constituirse como el primer esfuerzo técnico y coordinado impulsado por la Unidad de Desarrollo de los

Servicios de Enfermería del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La Unidad de Desarrollo de los Servicios de Enfermería, ejecuta sus acciones bajo un marco legal claramente definido, lo que garantiza su legitimidad y adecuada estructuración dentro del sistema de salud. Su funcionamiento cuenta con el respaldo de la Ley de Regulación del Ejercicio de Enfermería (Decreto No. 07-2007, su respectivo Reglamento Acuerdo Gubernativo No. 411-2013, así como el Acuerdo Ministerial No. 149-2015, que establece y regula su estructura funcional. Estas bases legales brindan el respaldo necesario para el ejercicio profesional, la organización interna y la prestación de servicios de calidad.

Esta iniciativa refleja el compromiso de impulsar la planificación, el reconocimiento y el desarrollo profesional del gremio, en armonía con los más altos estándares nacionales e internacionales. Con ello, Guatemala avanza con paso firme hacia la consolidación de políticas laborales sustentadas en evidencia, el fortalecimiento de la identidad profesional y la puesta en valor del legado colectivo de la enfermería en el país.

Este censo representa una fotografía clara, precisa y de alcance nacional sobre el recurso humano en enfermería. Su ejecución fue posible gracias a la articulación interinstitucional y a la colaboración de las 29 autoridades de enfermería de las Direcciones Departamentales de Redes Integradas de Servicios de Salud; las 48 subdirectoras de enfermería de la Red Hospitalaria Nacional; el Departamento de Formación y Educación en Salud; las Escuelas Nacionales de Enfermería y Auxiliares de Enfermería; el personal de enfermería del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; hospitales privados; el Centro Médico Militar; las direcciones de enfermería de universidades privadas; el Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala y la Asociación Guatemalteca de Enfermeras y Enfermeros Profesionales.

La información recopilada ofrece, por primera vez, un panorama integral y actualizado que constituye una base de datos robusta y confiable, imprescindible para fortalecer la planificación estratégica y la gestión de los recursos humanos en salud. Este censo permitirá tomar decisiones informadas sobre la distribución, formación, asignación y desarrollo del personal, así como diseñar políticas públicas alineadas con las necesidades reales de la población y las demandas del sistema sanitario. La ejecución exitosa de este proceso reafirma el compromiso institucional con la mejora continua y reconoce la dedicación de quienes hicieron posible este logro. Asimismo, sienta un precedente que permitirá que futuros censos nacionales garanticen información actualizada, confiable y oportuna, consolidando así una gestión basada en evidencia en beneficio de la salud de toda la población guatemalteca.

> "El Censo Nacional de Enfermería 2024 marca un hito histórico: por primera vez, Guatemala cuenta con una radiografía del recurso humano en enfermería que permite tomar decisiones basadas en evidencia, reconociendo al mismo tiempo la necesidad de mejorar y perfeccionar los próximos censos.

3. Panorama actual de la enfermería en Guatemala

El panorama actual de la enfermería en Guatemala, sustentado en la información del Censo Nacional de Enfermería 2024, ofrece por primera vez una perspectiva integral, actualizada y representativa del recurso humano de esta profesión a nivel nacional. Los datos recabados permiten

identificar no solo la magnitud y composición de la fuerza laboral, sino también sus características demográficas, distribución territorial, niveles académicos, modalidades de contratación y condiciones laborales.

Este análisis constituye una herramienta estratégica para comprender las tendencias y transformaciones de la profesión, evidenciar las brechas y desigualdades existentes y orientar la toma de decisiones en materia de políticas públicas, formación académica, planificación de personal y fortalecimiento gremial.

En este contexto, la caracterización presentada no se limita a una descripción cuantitativa, sino que integra una interpretación crítica de los resultados, reconociendo los avances alcanzados y señalando las áreas que requieren interés prioritario para garantizar un sistema de salud más equitativo, eficiente y sostenible.

> Por primera vez, Guatemala cuenta con un panorama integral y actualizado de su fuerza laboral en enfermería: una herramienta estratégica para transformar con evidencia, identificar brechas y planificar un sistema de salud más equitativo y sostenible.

3.1 Composición y niveles académicos

El análisis de la composición y niveles académicos del recurso humano en enfermería constituye un elemento clave para comprender la capacidad del sistema de salud de responder a las necesidades de la población. La formación profesional, el grado académico alcanzado y la

distribución del personal en las distintas categorías determinan no solo la calidad de la atención, sino también las posibilidades de desarrollo y especialización de la profesión. En este sentido, los datos obtenidos en el Censo Nacional de Enfermería 2024 permiten, por primera vez, dimensionar con precisión la estructura de la fuerza laboral de enfermería en Guatemala, identificando fortalezas, áreas de oportunidad y retos que requieren acciones estratégicas para garantizar una atención equitativa, segura y basada en estándares de calidad.

El censo registró un total de 36,338 profesionales, distribuidos en los siguientes niveles académicos: 2,677 licenciados/as en enfermería, 6,387 enfermeros/as, 26,890 auxiliares de enfermería y 384 auxiliares de hospital. Esta estructura revela una marcada dependencia del personal auxiliar de enfermería, cuya labor es fundamental para la operatividad diaria de los servicios de salud. No obstante, la baja proporción de profesionales con formación universitaria plantea el desafío de acrecentar y fortalecer la oferta académica, con el fin de garantizar un estándar homogéneo de calidad.

Este escenario constituye un llamado urgente a fortalecer la profesionalización universitaria como una estrategia clave para potenciar la capacidad resolutiva del personal de salud y elevar la calidad de la atención dentro del sistema sanitario guatemalteco.

> "El 74% del personal censado es auxiliar: profesionalizar es urgente para garantizar atención equitativa y con calidad en todos los niveles del sistema de salud.

3.2 Distribución por género y edad

En Guatemala, la distribución por género en la profesión de enfermería presenta un patrón más equilibrado que en décadas anteriores, con un 75 % mujeres y un 25 % hombres. Aunque continúa siendo predominante la participación femenina, este incremento en la participación masculina marca un cambio significativo en la composición histórica de la profesión, enriqueciendo la diversidad y favoreciendo el intercambio de perspectivas dentro de los equipos de salud.

La fuerza laboral de enfermería se distingue, además, por su composición mayoritariamente joven, lo que contribuye con dinamismo, una alta capacidad de adaptación a las nuevas tecnologías y una actitud receptiva hacia la innovación en los procesos de atención.

La transformación demográfica de la enfermería en Guatemala, caracterizada por una mayor equidad de género y la presencia predominante de profesionales jóvenes, representa un punto de inflexión estratégico para el fortalecimiento del recurso humano en salud. Este nuevo perfil, aunque conlleva desafíos de sostenibilidad y retención, también abre oportunidades para impulsar procesos de innovación, liderazgo y renovación institucional.

La creciente incorporación de hombres y el dinamismo generacional configuran un entorno propicio para diversificar enfoques, enriquecer la práctica asistencial y promover culturas organizacionales más inclusivas. Para capitalizar este potencial, se requiere una planificación rigurosa que consolide trayectorias profesionales estables y evite la fuga de talento. Las políticas institucionales centradas en la formación continua, la especialización y el desarrollo de competencias

estratégicas serán clave para que el personal de enfermería no solo responda a las demandas actuales, sino también lidere la transformación futura del sistema de salud. Para lograrlo, es imprescindible invertir en el crecimiento académico de todo el personal, iniciando por la profesionalización del personal auxiliar de enfermería.

> La juventud y diversidad de género en enfermería abren una oportunidad única: profesionalizar e impulsar el liderazgo de una nueva generación.

3.3 Distribución por patrono y contratación

El personal de enfermería en Guatemala se desempeña en los sectores público, privado y en organizaciones no gubernamentales, contribuyendo de manera significativa a la cobertura y calidad de los servicios de salud en todo el país. No obstante, una proporción considerable, casi la mitad, trabaja bajo contratos temporales u honorarios, lo que limita la estabilidad laboral, el acceso a beneficios y la continuidad en la atención.

La alta proporción del personal de enfermería bajo contratos temporales en Guatemala compromete la estabilidad del sistema de salud, afectando tanto la continuidad del cuidado como el bienestar laboral. Esta situación plantea el desafío de promover condiciones contractuales más seguras y sostenibles, que garanticen la retención del talento, el bienestar del recurso humano y la calidad de la atención brindada a la población.

> La alta proporción de contratos temporales en enfermería debilita la estabilidad del sistema de salud: garantizar condiciones laborales dignas es una prioridad urgente.

4. Desafíos estratégicos

El Censo Nacional de Enfermería 2024 no solo ofrece una descripción detallada de la composición y condiciones del recurso humano, sino que también permite identificar los desafíos más urgentes para el fortalecimiento de la profesión. Estos desafíos reflejan tanto las demandas internas del gremio como las exigencias del sistema de salud ante un contexto nacional e internacional en constante cambio. Abordarlos de manera integral y sostenida es fundamental para garantizar que la enfermería en Guatemala cuente con el reconocimiento, las condiciones y las capacidades técnicas necesarias para responder a las necesidades de la población, impulsar la equidad en el acceso a la salud y liderar procesos de mejora continua. Dentro de principales retos identificados podemos mencionar:

Reconocimiento y fortalecimiento de la voz propia de la profesión en la toma de decisiones.

- Impulsar la participación y vinculante del personal de enfermería en espacios de planificación, gestión y evaluación de políticas públicas, garantizando que su experiencia y conocimiento técnico incidan directamente en la transformación del sistema de salud.

- Mejora de condiciones laborales y oportunidades de desarrollo profesional: Promover entornos laborales dignos, seguros y motivadores, que reconozcan el valor del trabajo de enfermería y faciliten trayectorias de crecimiento profesional, especialización y estabilidad.
- Inversión sostenida en formación técnica y universitaria: Asegurar recursos financieros, pedagógicos y normativos que fortalezcan la calidad, cobertura y pertinencia de la formación en enfermería, desde el nivel técnico hasta el universitario, con enfoque territorial y de equidad.
- Fortalecimiento de la identidad, liderazgo y gobernanza gremial: Consolidar estructuras gremiales representativas, éticas y participativas, que promuevan el liderazgo colectivo, la defensa de derechos profesionales y la construcción de una identidad sólida, orgullosa y reconocida socialmente.
- Reducción de brechas territoriales en la distribución del recurso humano: Diseñar e implementar estrategias que garanticen una distribución equitativa del personal de enfermería en todo el país, priorizando áreas rurales y de difícil acceso, para asegurar cobertura universal y calidad en la atención.

> Enfrentar los desafíos de la enfermería exige liderazgo, inversión sostenida y condiciones dignas para garantizar equidad y calidad en la atención.

5. Líneas estratégicas para la mejora continua

A partir de los resultados del censo y del análisis de los desafíos identificados, se proponen líneas estratégicas orientadas a fortalecer de manera sostenida el desarrollo de la profesión y su aporte al sistema de salud. Estas directrices buscan articular acciones concretas que permitan incidir en la formulación de políticas públicas, optimizar la gestión del recurso humano, elevar los estándares académicos y garantizar una distribución más equitativa del personal. Asimismo, promueven la creación de condiciones laborales que favorezcan la retención del talento y aseguren una atención de calidad en todos los niveles y territorios, dentro de los que se pueden indicar:

- Incidencia política y gremial para posicionar la agenda de enfermería en políticas públicas.
- Actualización de sistemas de información para una planificación basada en evidencia.
- Inversión académica en programas de licenciatura y posgrado con altos estándares.
- Redistribución equitativa del personal, priorizando áreas rurales y de difícil acceso.
- Creación de mecanismos de estabilidad laboral que retengan talento y garanticen calidad asistencial.

> Profesionalización, redistribución, estabilidad laboral e incidencia política: son pilares clave para fortalecer la enfermería y asegurar una atención de calidad.

Visión desde el liderazgo y la unidad gremial

En el V Congreso Nacional de Enfermería se coincidió en que empoderar la profesión es una necesidad impostergable para enfrentar los retos actuales y futuros del sistema de salud. Esto implica invertir de manera sostenida en formación continua, fomentar la innovación y la investigación como ejes del desarrollo profesional y garantizar condiciones laborales dignas que permitan ejercer con excelencia y compromiso.

El liderazgo gremial, sustentado en la unidad y la cohesión, es clave para incidir en la formulación de políticas públicas, fortalecer la representación en espacios de decisión y promover la equidad en la distribución de oportunidades. Tal como se expresó en el congreso "Una enfermería empoderada no es un privilegio del gremio: es una inversión en la salud del país". Esta visión no solo invita a reflexionar a los profesionales de enfermería, sino también a las autoridades, instituciones formadoras y sociedad en general, para reconocer y respaldar el rol estratégico de la profesión de enfermería en la construcción de un sistema de salud más justo, eficiente y centrado en las personas.

Conclusiones

La caracterización de la enfermería en Guatemala, sustentada en el Censo Nacional de Enfermería 2024, ofrece por primera vez una base de datos robusta y confiable que permite comprender en profundidad la estructura, composición y condiciones laborales del recurso humano en esta profesión.

Los resultados muestran una fuerza laboral diversa, comprometida y esencial para el sistema de salud, pero también evidencian desafíos estructurales significativos: la marcada dependencia del personal auxiliar de enfermería, la baja proporción de profesionales con formación universitaria, las desigualdades territoriales en la distribución del recurso humano y la alta proporción de contratos temporales o por honorarios.

Para garantizar un sistema de salud sostenible, equitativo y capaz de responder a las demandas actuales y futuras, es imprescindible:

- Fortalecer la formación universitaria y la profesionalización del personal auxiliar.
- Implementar políticas de estabilidad laboral que favorezcan la retención del talento humano.
- Invertir en formación continua, especialización e investigación para potenciar el liderazgo técnico y gremial.
- Reducir las brechas territoriales para asegurar una atención de calidad en todas las regiones del país.

El desarrollo del Plan Nacional de Enfermería 2025–2030, derivado de este censo, representa una oportunidad histórica para transformar las condiciones y capacidades de la profesión. Tal como se afirma en el lema "Fortalecer la enfermería es cuidar el presente y el futuro de la salud del país".

Referencias

Consejo Internacional de Enfermeras. (2025). *Definición de enfermería*. https://www.icn.ch/es/recursos/definiciones-de-enfermeria/definiciones-actuales-de-enfermeria

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2024). *Informe del Censo Nacional de Enfermería 2024*. Unidad de Desarrollo de los Servicios de Enfermería.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Estado de la enfermería en el mundo 2020: Invertir en educación, empleo y liderazgo*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279

Capítulo VII

Avances en el cuidado de enfermería basado en evidencia: Cambiando el mundo con conocimiento

Dra. María Álvarez Pisano
Dra. Amelia Amézcua Sánchez





Resumen

La Enfermería Basada en Evidencia (EBE) se ha consolidado como un pilar esencial para orientar la toma de decisiones clínicas y garantizar cuidados sustentados en la mejor evidencia científica disponible, integrados con recursos, la experiencia profesional y centrados en las personas. Este capítulo reflexiona sobre la evolución conceptual de la EBE, las barreras persistentes para su implementación y la necesidad urgente de fortalecer la transferencia del conocimiento hacia la práctica asistencial. Se analizan los desafíos estructurales, culturales y organizativos que dificultan su consolidación y se reivindica el liderazgo enfermero como motor de cambio en la

mejora de los sistemas de salud. Investigar, transferir y aplicar conocimiento no es solo una exigencia metodológica, sino una responsabilidad ética orientada a mejorar la calidad de los cuidados, contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario y garantizar el derecho a la salud.

Introducción

Durante décadas, la enfermería ha sostenido los sistemas de salud desde la práctica cotidiana, el compromiso ético y el saber construido en la experiencia. Sin embargo, gran parte de ese saber ha permanecido invisible, poco sistematizado y, en demasiadas ocasiones, alejado de los espacios donde se toman las decisiones clínicas y políticas. En un contexto marcado por la complejidad asistencial, la escasez de recursos y el aumento de la demanda de cuidados, resulta imprescindible replantear cómo se decide, cómo se cuida y, sobre todo, para qué se investiga. La Enfermería Basada en Evidencia (EBE) surge como una oportunidad para responder a estos desafíos y reconectar la práctica clínica con el conocimiento. Hablar de EBE implica asumir un cambio profundo en la manera de pensar, decidir y liderar: transitar de una enfermería basada en la "obediencia" a una enfermería fundamentada en la ciencia, donde los cuidados se brindan con rigor y "a conciencia".

Este capítulo invita a reflexionar sobre este tránsito y muestra cómo la EBE devuelve a las enfermeras un rol activo como generadoras de evidencia, permitiendo transformar la atención sanitaria desde una perspectiva crítica, humana y comprometida con la garantía del derecho a la salud.

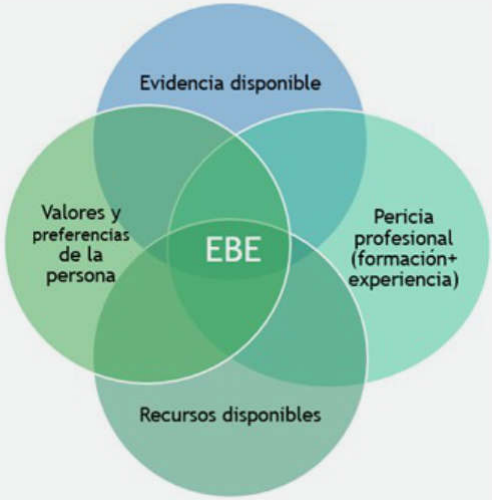
1. Fundamentos y evolución del concepto de "Enfermería Basada en Evidencia"

Para poder comprender el marco conceptual de la Enfermería Basada en Evidencia, en primer lugar, debemos revisar cómo se han tomado tradicionalmente las decisiones en la práctica enfermera. Durante años, muchas intervenciones se han sustentado en el "siempre se ha hecho así", en la autoridad jerárquica o en la experiencia acumulada, sin cuestionar suficientemente su impacto real en la salud de las personas. Este modelo, aunque comprensible en determinados contextos, ha demostrado sus limitaciones en términos de seguridad, eficiencia y calidad de los cuidados y resulta insuficiente frente a los desafíos actuales que nos plantea la salud global.

Existen múltiples definiciones de Enfermería Basada en Evidencia, muchos recordamos la definición clásica de "Medicina Basada en Evidencias" propuesta por Rosenberg y Donald (1995) un enfoque dirigido a la solución de los problemas surgidos en la práctica clínica cuya característica más relevante es la toma de decisiones basadas en la mejor evidencia. Posteriormente, Sackett et al. (2000) definieron la práctica basada en la evidencia como "el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales, integrando la experiencia clínica con la evidencia externa derivada de la investigación sistemática" (p. 71).

En el ámbito disciplinar, la Enfermería Basada en Evidencia ha sido definida como "el proceso por el cual las enfermeras toman decisiones clínicas utilizando las mejores pruebas disponibles sustentadas en la investigación, su experiencia clínica y las preferencias del paciente, en el contexto de los recursos disponibles" (Orellana y Paravic, 2007, p. 18). En

definitiva, la EBE es una metodología para tomar la mejor decisión posible ante una situación clínica concreta. Pero surge una pregunta clave: ¿cuál es la mejor evidencia? ¿Qué "filtros" deben atravesar nuestras decisiones?



Nota. Elaboración propia.

2. Decidir con evidencia: experiencia, barreras y cambio profesional

Comprender qué es la Enfermería Basada en Evidencia y cómo se define conceptualmente nos permite dar un siguiente paso crucial: analizar cómo esta metodología se traduce en la práctica cotidiana y en la toma de decisiones clínicas. No basta con conocer la teoría; debemos preguntarnos cómo integrar de manera efectiva la evidencia científica, la experiencia profesional, los recursos disponibles y, sobre todo, las preferencias de los titulares de derecho de nuestros cuidados. Este enfoque

nos invita a revisar no solo cómo cuidamos, sino desde dónde y para qué lo hacemos, abriendo la puerta a un cambio reflexivo y responsable en nuestra práctica enfermera.

A los criterios tradicionales mencionados (experiencia profesional y recursos disponibles), debemos añadir dos elementos esenciales: la evidencia científica actualizada y las preferencias de la persona atendida; y en este sentido la EBE invita a revisar no solo cómo cuidamos, sino desde dónde y para qué lo hacemos.

Lo más fácil para cualquier profesional es hacer las cosas como siempre se han hecho. Sin embargo, ¿qué hacemos cuando dudamos? ¿Qué hacemos cuando la evidencia científica cuestiona una práctica arraigada? Por una parte, la experiencia puede ser una ventaja incuestionable, pero también puede convertirse en resistencia al cambio. Por otra parte, los recursos disponibles (materiales, humanos y, especialmente, el tiempo), actúan con frecuencia como factor limitante. De esta forma, la sobrecarga asistencial deja poco espacio para la lectura crítica, la actualización o la implementación de nuevas formas de cuidado.

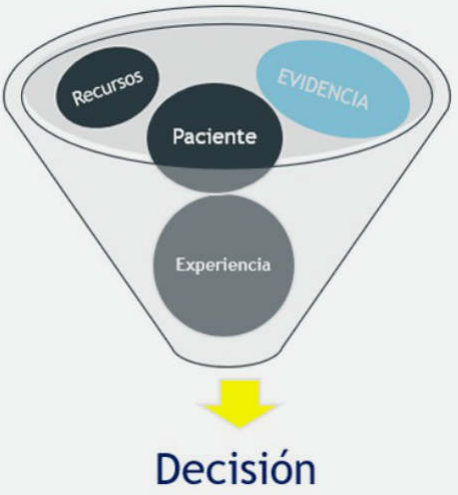
Además, el acceso a la evidencia no siempre es sencillo: barreras idiomáticas, dificultades de acceso a bases de datos o la percepción de que los resultados de investigación no son aplicables a nuestro entorno asistencial inmediato. A ello se suman las preferencias del paciente y la necesidad de humanizar la asistencia sanitaria. Ya que hablar de atención centrada en las personas, implica reconocer su papel activo en la planificación de su cuidado, superando también aquellas decisiones corporativas o basadas en egos profesionales.

En este sentido, las barreras más reportadas para la implementación de la EBE no han variado sustancialmente en las últimas décadas: falta de

tiempo, excesiva carga laboral, resistencia al cambio por parte de compañeros o puestos directivos, acceso limitado a bases de datos científicas, y escasez de competencias investigadoras en las propias enfermeras (Orellana y Paravic, 2007). A estas se suma, en muchos casos, la percepción de que investigar es una actividad ajena o desligada a la práctica cotidiana. Sin embargo, cuando hablamos de garantizar el derecho a la salud; investigar no debería ser un lujo académico y efectuar una toma de decisiones sin evidencia; es una elección con consecuencias muy graves.

Cuando la práctica no se apoya en conocimiento contrastado, aumenta el riesgo de intervenciones innecesarias, ineficaces o potencialmente dañinas. Diversos estudios han mostrado que una proporción relevante de los eventos adversos en la atención sanitaria son evitables y están relacionados con decisiones no fundamentadas en evidencia actualizada (WHO, 2021); así como que el 40% de los pacientes reciben unos cuidados no acordes con la investigación, y el 25% de los cuidados recibidos son innecesarios o potencialmente dañinos, (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008). En este sentido, la omisión de evidencia puede entenderse como una forma incluso de violencia estructural, en tanto perpetúa desigualdades, expone a las personas a riesgos prevenibles y limita el derecho a recibir cuidados seguros y de calidad.

La EBE propone entonces un cambio de jerarquía en la toma de decisiones, situando la mejor evidencia científica disponible en diálogo con la experiencia clínica y las preferencias de los usuarios. Este enfoque no sustituye la experiencia enfermera, sino que la resignifica, alejándola de la inercia y acercándola a una práctica reflexiva, crítica y responsable, (Sackett et al., 2000). En este marco, la pregunta clave deja de ser ¿cómo se ha hecho siempre? para transformarse en ¿qué sabemos hoy que nos permita cuidar mejor? (Rosenberg y Donald, 1995).



Nota. Elaboración propia.

3. Ventajas de la EBE, ¿por qué investigamos?

Habiendo revisado cómo la Enfermería Basada en Evidencia transforma la toma de decisiones, surge de manera natural otra pregunta clave: ¿por qué vale la pena este esfuerzo? Analizar estas ventajas nos permite reconocer que la EBE no solo guía decisiones más seguras y efectivas, sino que también fortalece la profesión, potencia la satisfacción de quienes cuidan y contribuye a sistemas de salud más sostenibles y responsables (Melnyk y Fineout-Overholt, 2023).

Para las personas atendidas, la aplicación de la evidencia científica mejora la calidad de los cuidados, optimiza los resultados en salud y favorece intervenciones más seguras y costo-eficientes. Permite comprender los límites, riesgos y posibilidades reales de cada interven-

ción, reduciendo prácticas innecesarias o potencialmente dañinas; y haciendo que los sujetos de derechos participen de manera activa en su proceso de salud (OMS, 2021).

Por otra parte, para el colectivo enfermero, la EBE fortalece los conocimientos de la disciplina, otorga mayor autoridad profesional sobre los cuidados y aumenta la satisfacción con el rol desempeñado. Como se mencionaba anteriormente, la evidencia no sustituye la experiencia; la potencia, la legítima y la orienta hacia decisiones más responsables (Sackett et al., 2000).

Para los sistemas de salud, la práctica basada en evidencia se vincula directamente con la sostenibilidad. Decidir con fundamento científico permite utilizar los recursos de manera más eficiente, evitando intervenciones ineficaces y enfocando esfuerzos hacia acciones de mayor impacto en la salud pública.

Todo ello hace que comencemos a reconocer la EBE no solo como una metodología; sino una estrategia que transforme la atención sanitaria y que permita promover sistemas de cuidados integrales, accesibles, inclusivos, validados y sostenibles.

4. Transferencia del conocimiento científico, ¿para quién investigamos?

No obstante, si aceptamos que la Enfermería Basada en Evidencia mejora la calidad de los cuidados, fortalece la profesión y contribuye a la sostenibilidad de los sistemas de salud; debemos plantearnos también cómo logramos que esa evidencia llegue realmente a la práctica. Porque reconocer sus ventajas no garantiza su aplicación. En este punto, la reflexión ya no gira únicamente en torno a qué es la evidencia o cuáles son

sus beneficios, sino a cómo circula, a quién alcanza y qué ocurre cuando no se transfiere. Hablar de evidencia implica, necesariamente, hablar de transferencia, (Melnyk y Fineout-Overholt, 2023).

Investigar también implica decidir para quién producimos conocimiento. Si la evidencia solo circula en espacios académicos cerrados, su impacto será limitado. El conocimiento debe llegar a quienes cuidan, a quienes deciden y a quienes reciben los cuidados. Profesionales, gestores, responsables políticos, pacientes y sociedad civil son actores clave en la transferencia del conocimiento.

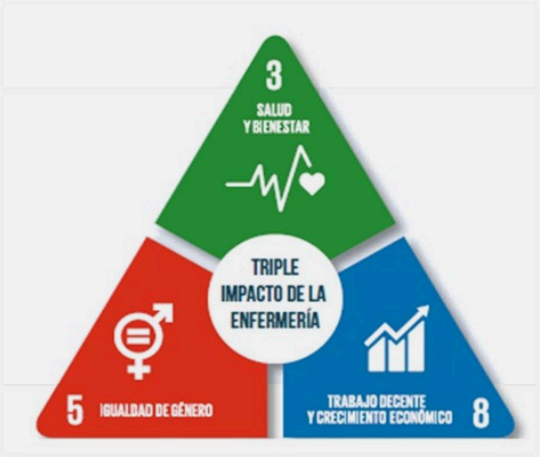
Mirar hacia el futuro de los cuidados implica reconocer que la enfermería no puede limitarse a ejecutar decisiones ajenas. La producción, interpretación y transferencia de evidencia forman parte del liderazgo profesional. Si la enfermera no comparte y posiciona su conocimiento en los espacios de decisión, corre el riesgo de quedar al margen de las transformaciones que definirán los sistemas de cuidados futuros (WHO, 2020). Sin esta transferencia de conocimiento, no hay evidencia útil, y sin evidencia útil no hay excelencia en los cuidados (Melnyk y Fineout-Overholt, 2023).

5. ¿Para qué investigamos? la EBE como estrategia de transformación

Investigar, entonces, deja de ser una actividad ajena a la práctica para convertirse en una herramienta de cambio. ¿Para qué investigamos? Para mejorar los servicios de salud, para transformar las condiciones existentes, para avanzar hacia sistemas integrales de cuidados y para garantizar el derecho a una atención accesible, segura, oportuna y sostenible. Este "para qué" conecta lo local con lo global, lo clínico con lo

político, el presente con el futuro. Ello implica una perspectiva de cambio y nos conduce a hablar de sostenibilidad del sistema: satisfacer las necesidades presentes sin comprometer las posibilidades de las generaciones futuras.

En este proceso, la enfermería no puede ocupar un papel secundario. Liderar el cambio implica asumir la EBE como una responsabilidad colectiva y ética.



Nota. Amezcua et al., 2023, p. 94-95.

Conclusiones

El conocimiento implícito en cada profesional debe ser considerado como un activo intangible pero REAL de los servicios de salud: más en la sociedad del conocimiento.

Debemos reconocer la presencia de dicho capital intelectual en cada una de nosotras; y

asumir el reto de lograr transferir esos conocimientos e innovación a la sociedad para que éstos sean de utilidad en la resolución de problemas.

El desarrollo de nuevos productos y servicios siempre ha de ser en beneficio de las sociedades, para resolver problemas reales. Esto exige cumplir con un ciclo de investigación donde interactúan no solo académicos; sino el Estado, sociedad civil y sector productivo. Todo ello desencadena procesos reales de transferencia.

La Enfermería Basada en Evidencia es mucho más que una metodología: es una forma de entender el cuidado, la enfermería y su impacto en la sociedad.

Referencias

Amezcua, A., Castro, I., y López-Martínez, M. (2023). *Enfermera de práctica avanzada (EPA) en gestión de desastres y crisis humanitarias* (pp. 45–94). FUDEN.

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2023). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice* (5th ed.). Wolters Kluwer. https://www.lww.co.uk/9781975185732/evidence-based-practice-innursing-and-healthcare/

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2008). *Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud: Proyecto SENECA*. https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2009/docs/SENECA.pdf

Orellana, A., y Paravic, T. (2007). *Enfermería basada en evidencia: Barreras y estrategias para su implementación. Ciencia y Enfermería, 13*(1), 17–24. https://doi.org/10.4067/S0717-95532007000100003

Rosenberg, W., & Donald, A. (1995). Evidence based medicine: An approach to clinical problem-solving. *BMJ, 310*(6987), 1122–1126. https://doi.org/10.1136/bmj.310.6987.1122

Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). Churchill Livingstone.

World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705

Capítulo VIII

Enfermería como agente de cambio en la salud pública de Guatemala.

Magíster Argelia Melina López Escobar



Resumen

La profesión de enfermería desempeña un rol estratégico en la transformación de los sistemas sanitarios. Más allá del cuidado clínico individual, sus aportes en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, vigilancia epidemiológica, liderazgo comunitario y formulación de políticas públicas la posicionan como un agente de cambio fundamental en la salud pública. En el presente capítulo se analiza la evolución histórica, fundamentos teóricos, impacto en los determinantes sociales de la salud, liderazgo, participación en emergencias sanitarias y los desafíos actuales. También, se proponen estrategias para fortalecer su rol como agente de cambio. La evidencia

demuestra que la inversión en enfermería mejora resultados sanitarios, reduce costos y contribuye al cumplimiento de los objetivos globales de desarrollo.

Introducción

La salud pública constituye un eje esencial del desarrollo humano y social. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, lo que implica una visión integral que trasciende la atención curativa.

En este marco, la enfermería se consolida como disciplina clave debido a su enfoque holístico, su cercanía con la comunidad y su capacidad de intervención en múltiples niveles del sistema sanitario. Desde los aportes de Florence Nightingale (1860/1992), considerada pionera de la enfermería moderna y de la epidemiología hospitalaria, quien demostró la relación entre condiciones ambientales y mortalidad, la profesión ha demostrado que el cuidado basado en evidencia puede transformar la salud de poblaciones enteras ha evidenciado su potencial transformador.

El rol evolutivo de enfermería muestra en sus inicios un rol centrado en el cuidado intrahospitalario, con enfoque individual y dirigido a personas enfermas, pero en el desarrollo de la ciencia ha migrado hacia una profesión con fuerte impacto social y comunitario. En el ámbito de la salud pública, la enfermera no solo brinda atención directa, sino que también informa, educa, sensibiliza, actúa para la prevención de enfermedades, promueve estilos de vida saludables, lidera equipos multidiscipli-

narios, coordina con líderes comunitarios y participa en la formulación de políticas sanitarias.



1. Evolución histórica y consolidación de la enfermería en salud pública

El desarrollo histórico de Enfermería muestra su transformación de un rol empírico que en la Edad Antigua civilizaciones como Egipto, Grecia y Roma delegaba a las mujeres y se realizaba dentro del hogar, realizado por sacerdotes o curanderos bajo una concepción de la salud con interpretación mítica-mágica. Mientras que en la Edad Media el cuidado de los enfermos fue asumido principalmente por órdenes religiosas y los hospitales estaban vinculados a monasterios, la enfermería era percibida como un servicio de ayuda o caridad y aún no como profesión, con el aparecimiento de epidemias como la Peste Negra se evidencia la necesidad de mejores cuidados sanitarios.

En la Edad Moderna, siglos XVI–XVIII, el cuidado era prestado por personas sin una preparación formal en enfermería y aunque disminuye la influencia religiosa en la concepción de la salud fue una etapa de transición sin mayor desarrollo científico, los hospitales inician a tener influencia estatal. En la Edad Contemporánea, siglo XIX, nace la enfermería moderna, la profesionalización de la enfermería surgió vinculada a procesos de reforma sanitaria y control de infecciones. Nightingale introdujo métodos estadísticos para demostrar que la higiene reducía significativamente la mortalidad hospitalaria, fundó la primera escuela de enfermería en Londres dando inicio a la formación

científica y disciplina profesional, momento que marca el inicio de enfermería como profesión organizada.

Durante el siglo XX, la enfermería comunitaria se expandió con programas de salud materno-infantil, vacunación masiva y control de enfermedades transmisibles. Según Stanhope y Lancaster (2020), este período marcó la transición hacia un enfoque poblacional centrado en la prevención.

En el siglo XXI, la enfermería amplió su campo hacia la investigación, gestión sanitaria, formulación de políticas públicas, uso de tecnología, evidencia científica y liderazgo en organismos internacionales. La enfermería desempeñó un rol clave en pandemias y emergencias sanitarias.

La enfermería y la salud pública han evolucionado de manera conjunta, iniciaron como prácticas empíricas para evolucionar hacia disciplinas científicas fundamentales y guardan una relación estrecha por su participación esencial en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.



2. Marco conceptual de la salud pública y su relación con la enfermería

El desarrollo de la salud pública ha pasado de medidas básicas de higiene y control del agua y alimentos utilizados en la Edad Antigua, la cuarentena o aislamiento de enfermos utilizado en la Edad Media ya que en esta etapa se fortaleció la idea del control colectivo de enfermedades. Fue en el siglo XIX cuando tuvo origen la salud pública moderna conside-

rando que la Revolución Industrial en este siglo el hacinamiento, la pobreza y otras condiciones que desencadenaron un aumento en la incidencia de enfermedades infecciosas, entre los avances de este siglo se puede citar el descubrimiento de John Snow sobre la transmisión del cólera por agua contaminada, surgiendo la epidemiología como ciencia básica de la salud pública. La creación de reformas sanitarias en Europa, creación de leyes de salud pública y sistemas de saneamiento.

Es en el siglo XX donde se consolida la salud pública como disciplina científica y política con el desarrollo de vacunas y antibióticos, campañas masivas de prevención y la expansión de programas materno-infantiles. En el siglo XXI con la transición epidemiológica la salud pública desarrolla un enfoque hacia enfermedades crónicas lo que hace necesaria la promoción de estilos de vida saludables, el avance tecnológico permite mejoras en la vigilancia epidemiológica y la preparación ante pandemias (Rosen, 1993).

La salud pública surge como respuesta a la necesidad de prevenir enfermedades y mejorar las condiciones de vida colectivas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) define la salud pública como el esfuerzo organizado de la sociedad para proteger y mejorar la salud colectiva.

La salud pública moderna integra:

- Vigilancia epidemiológica
- Promoción de la salud
- Intervención intersectorial
- Reducción de inequidades
- Participación comunitaria

La enfermería interviene operativamente en cada etapa del desarrollo histórico de la salud pública y en cada uno de sus componentes, siendo puente entre políticas sanitarias y realidad social.



3. Fundamentos teóricos del rol transformador

Enfermería en su actuar como agente de cambio en la salud pública posee fundamentos teóricos que se basan en modelos conceptuales y teorías que explican y guían el cuidado no solo al individuo sino a las familias y comunidades.

Por ejemplo, la teoría ambientalista de Florence Nightingale considera que el entorno, ventilación, higiene, luz y agua limpia, influyen directamente en la salud, orientando acciones de salud pública al promover la modificación del ambiente para prevenir enfermedades. El personal de enfermería actuando como agente de cambio interviene en los hogares y comunidades promoviendo mejoras en las condiciones sanitarias.

La teoría del autocuidado de Dorothea Orem (2001) enfatiza la autonomía del individuo en el mantenimiento de su salud. Esta perspectiva resulta clave en programas comunitarios de prevención de enfermedades crónicas en donde la decisión del individuo sobre practicar un estilo de vida saludable, el mantener apego al tratamiento y tener controles constantes en los servicios de salud requiere de la responsabilidad y compromiso del usuario y su familia, la adopción de los mismos hará la diferencia en la calidad de vida. Enfermería fomenta la educación, empoderamiento y responsabilidad del usuario y la comunidad.

El modelo de adaptación de Callista Roy (2009) sostiene que las personas y comunidades son sistemas dinámicos que responden a estímulos ambientales. La enfermería facilita procesos adaptativos saludables.

La Dra. Nola Pender en su teoría de la promoción de la salud considera la influencia de factores sociales, culturales y psicológicos en la conducta adoptada por las personas ante situaciones o eventos de salud. Por lo que al modificar dichos factores se modifica la conducta para mejorar la calidad de vida. La aplicación de esta teoría es en el diseño de programas centrados en la prevención y práctica de estilos de vida saludables.

Madeleine Leininger, en la teoría del cuidado cultural, destaca la importancia del contexto cultural en el cuidado. Guatemala, que es un país multiétnico, pluricultural y multilingüe, caracterizado por la coexistencia de cuatro pueblos principales: Maya, Ladino/Mestizo, Xinka y Garífuna, reconoce 25 idiomas: el español, 22 lenguas mayas, el Xinka y el garífuna. Esta diversidad refleja una rica cosmovisión y un profundo patrimonio cultural, donde la aplicación de esta teoría cobra relevancia aportando en la reducción de la desigualdad y exclusión en salud.

Los fundamentos teóricos de la enfermería respaldan su papel como agente de cambio social, no solo como proveedora de cuidados clínicos. Alligood (2018) señala que estos marcos conceptuales sustentan la práctica basada en evidencia y la intervención comunitaria orientada al cambio conductual.

4. Enfermería y determinantes sociales de la salud

La OMS (2008) establece que los determinantes sociales de la salud son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que influyen directamente en su estado de salud y reconoce que las desigualdades sociales determinan diferencias significativas en los resultados de salud. Factores como educación, ingreso, vivienda y empleo influyen directamente en la calidad de vida.

Este enfoque fortalece su rol como agente de transformación estructural porque actúa como mediadora social al brindar educación y fomentar el empoderamiento desarrollando habilidades para la toma de decisiones informadas por la población con respecto a su salud. El personal de enfermería reduce brechas en el acceso a servicios de salud al identificar poblaciones vulnerables, facilita acceso a programas de vacunación, control prenatal y otros para la prevención de enfermedades. Gestiona recursos para comunidades postergadas, además:

- Identifica factores de riesgo comunitario
- Disminuye la morbilidad y mortalidad
- Facilita acceso a servicios
- Promueve educación sanitaria
- Coordina redes interinstitucionales
- Reduce costos del sistema sanitario
- Fortalece la resiliencia comunitaria

Enfermería utiliza diferentes herramientas para impactar los determinantes sociales de la salud como el diagnóstico comunitario, investigación, planificación participativa, programas de promoción de la salud y vigilancia epidemiológica trabajando en coordinación con otras disciplinas, convirtiéndola en una profesión estratégica.



5. Enfermería en la promoción de la salud

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Este enfoque fue consolidado internacionalmente en la Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante la Carta de Ottawa, donde se establecieron estrategias clave como:

- Elaboración de políticas públicas saludables
- Creación de entornos favorables
- Fortalecimiento de la acción comunitaria
- Desarrollo de habilidades personales
- Reorientación de los servicios de salud

La promoción de la salud va más allá de prevenir enfermedades; busca mejorar la calidad de vida y el bienestar integral.

Según la OMS (2020) la promoción efectiva reduce la incidencia de enfermedades no transmisibles y mejora la calidad de vida. La promoción de la salud busca empoderar a las personas para mejorar su bienestar. Enfermería cumple un rol muy importante al establecer una relación estrecha y de confianza con usuarios, familias y comunidades. Las inter-

venciones educativas lideradas por enfermería incluyen los programas escolares de prevención, promueve hábitos saludables (actividad física, alimentación balanceada, entre otros), los talleres sobre alimentación saludable, la prevención de consumo de sustancias y la salud sexual y reproductiva.



6. Participación en prevención y vigilancia epidemiológica

La enfermería cumple funciones esenciales en prevención primaria, secundaria y terciaria, como programas de vacunación, tamizajes poblacionales, el control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, seguimiento a pacientes de riesgo y abordaje de brotes. Stanhope y Lancaster (2020) destacan que la participación activa de enfermería mejora la cobertura y eficiencia del primer nivel de atención.



7. Liderazgo y formulación de políticas públicas

El liderazgo en enfermería implica influencia, toma de decisiones y capacidad de gestión. Las enfermeras líderes participan en planificación estratégica, gestión hospitalaria, diseño de programas comunitarios y asesoría en políticas sanitarias. El fortalecimiento del liderazgo contribuye al desarrollo de sistemas más equitativos y centrados en la comunidad.



8. Enfermería e investigación en salud pública

La investigación permite desarrollar intervenciones basadas en evidencia. La enfermería contribuye mediante estudios epidemiológicos, evaluación de programas preventivos, investigación cualitativa comunitaria y desarrollo de guías clínicas. La práctica basada en evidencia fortalece la credibilidad y efectividad profesional.



9. Dimensión ética y responsabilidad social

El ejercicio de la enfermería está regido por principios éticos como: Justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía. En salud pública, estos principios se amplían hacia la equidad social y la defensa de poblaciones vulnerables.



10. Enfermería en emergencias sanitarias y pandemias

Durante la pandemia por COVID-19, la OMS (2020) reconoció el rol central del personal de enfermería en la atención directa de pacientes críticos, vacunación masiva, educación comunitaria y apoyo psicosocial, estas acciones evidencian su resiliencia y capacidad de liderazgo en crisis.



11. Impacto económico y sostenibilidad del sistema de salud

La inversión en enfermería reduce costos hospitalarios al prevenir complicaciones y hospitalizaciones innecesarias. Un sistema centrado

en la atención primaria y en la promoción de la salud es más sostenible a largo plazo.



12. Desafíos contemporáneos

Se pueden mencionar el déficit global de profesionales, la sobrecarga laboral, el insuficiente reconocimiento profesional, la desigualdad salarial y la migración del personal sanitario. La OPS (2019) advierte que fortalecer la formación y retención del personal es prioritario para la sostenibilidad sanitaria.



13. Estrategias de fortalecimiento

Para consolidar el rol de la enfermería como agente de cambio se propone fortalecer la formación en salud pública, impulsar liderazgo profesional, incrementar inversión estatal, fomentar investigación científica y promover participación comunitaria.

Conclusión

La enfermería constituye un eje transformador en la salud pública contemporánea. Su capacidad para intervenir en promoción, prevención, liderazgo e investigación la posiciona como agente de cambio fundamental.

El fortalecimiento institucional, académico y político de la profesión es indispensable para construir sistemas sanitarios equitativos, resilientes y sostenibles.

Referencias

Alligood, M. R. (2018). *Nursing theorists and their work* (9th ed.). Elsevier.

Nightingale, F. (1992). *Notes on nursing: What it is and what it is not*. Dover Publications. (Trabajo original publicado en 1860)

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. https://www.who.int

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *La salud pública en las Américas*.

Rosen, G. (1993). *A history of public health*. Johns Hopkins University Press.

Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Pearson.

Stanhope, M., y Lancaster, J. (2020). *Public health nursing: Population-centered health care in the community* (10th ed.). Elsevier.

Capítulo IX

Gestión y liderazgo en enfermería: Liderazgo enfermero para la transformación del sistema de salud





Dra. María Álvarez Pisano
Dra. Amelia Amézcua Sánchez

Resumen

Este capítulo analiza cómo los sistemas sanitarios actuales permanecen organizados según lógicas obsoletas, diseñadas para una sociedad que ya no existe, mientras la realidad social y de salud ha cambiado profundamente. Se describe la crisis estructural de los cuidados, vinculada a la complejidad de las trayectorias vitales, el envejecimiento poblacional y la dependencia, y se subraya la desigualdad de género implícita en la precarización del trabajo de cuidado.

En este contexto, la enfermería emerge como un actor estratégico, numeroso y accesible, pero históricamente subrepresentado en la toma de decisiones. Se argumenta que el liderazgo enfermero debe trascender la ocupación de cargos

formales para convertirse en liderazgo transformacional: capaz de fomentar cooperación, corresponsabilidad y cultura del cuidado, al mismo tiempo que cuestiona los valores de eficiencia y productividad predominantes.

Liderar desde la enfermería implica intervenir en la política sanitaria, redefinir la valoración del cuidado, visibilizar el trabajo de quienes cuidan y construir sistemas de salud sostenibles, inclusivos y centrados en las personas.

Introducción

Hablar de gestión y liderazgo en enfermería hoy exige reconocer un hecho incómodo: los sistemas sanitarios continúan funcionando con reglas, jerarquías y estilos de liderazgo pensados para una sociedad que ya no existe. La vida, la enfermedad, los cuidados y el trabajo se han transformado de manera profunda, generando una brecha creciente entre las necesidades de las personas y las respuestas institucionales. Esta disonancia se traduce en lo que se ha denominado crisis de cuidados: un desajuste estructural que exige repensar los modelos organizativos y los roles profesionales.

En este escenario, la enfermería es un actor clave de la transformación. Su liderazgo debe implicar la redefinición de lo que se considera valioso, la promoción de la cultura del cuidado, y la construcción de sistemas sostenibles que reconozcan y protejan a quienes cuidan. Este capítulo explora cómo el liderazgo transformacional enfermero constituye un marco adecuado para este desafío: fomenta la

cooperación, la corresponsabilidad y el empoderamiento de los equipos, mientras impulsa la participación política y la innovación social necesarias para responder a los retos de salud contemporáneos.

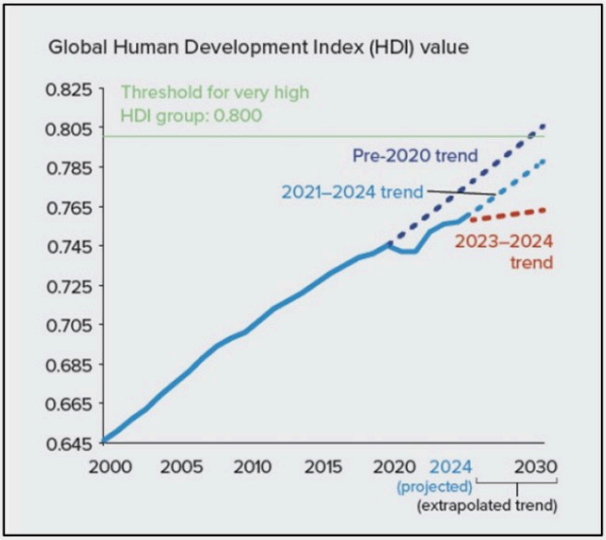
1. ¿Qué mundo habitamos? Contexto actual y crisis del sistema sanitario

Vivimos en una época marcada por múltiples crisis que impactan directamente en la gestión de los sistemas de salud y en la práctica profesional enfermera. Las crisis económicas han impuesto políticas de austeridad y recortes, limitando recursos y capacidades de respuesta institucional. Políticamente, asistimos al desgaste de las democracias y a una creciente desafección hacia los representantes de los gobiernos. Sanitaria y socialmente, la pandemia de COVID-19 puso de manifiesto la tensión sobre la fuerza laboral del sistema de salud, mientras que problemas estructurales como el cambio climático, los discursos de odio, la xenofobia y las migraciones forzadas redefinen las demandas sociales sobre los sistemas de bienestar (Gilliss y Milone-Nuzzo, 2025).

En este mismo contexto de fragilidad global y desigualdad, el Informe sobre Desarrollo Humano 2024 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) alerta de una desaceleración sin precedentes del progreso del desarrollo humano, alcanzando el crecimiento más bajo desde 1990 en indicadores clave como salud, educación e ingresos (PNUD, 2024). El informe subraya que, tras los estragos de la pandemia, el avance en esperanza de vida y otros logros sociales ha sido débil y que las desigualdades entre países ricos y pobres continúan ampliándose, poniendo en riesgo los objetivos de desarrollo para 2030 si no se adoptan acciones decisivas en favor de un enfoque centrado en las personas (PNUD, 2024). Esta realidad no solo evidencia la fragilidad de nuestros

sistemas sanitarios, sino que plantea la urgente necesidad de liderar respuestas que consideren las relaciones entre salud, educación y bienestar social como elementos inseparables del desarrollo humano.

Figura 1. Índice de Desarrollo Humano



Nota. El gráfico presenta la evolución del Índice de Desarrollo Humano (2024) a nivel mundial desde el año 2000 hasta 2024, con proyecciones hacia 2030, tomado del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

A todo ello se une que los sistemas sanitarios tradicionales se estructuraron bajo lógicas diseñadas para sociedades industriales, donde la jerarquía, la especialización médica y los circuitos rígidos de poder dominaban la organización. Actualmente, esas dinámicas ya no responden adecuadamente a las realidades actuales. Las personas no viven ni se relacionan de la misma manera que hace unas décadas: los

modelos familiares son diversos, la movilidad social y laboral ha cambiado, y las necesidades de cuidados se extienden más allá de los episodios agudos de enfermedad hacia procesos crónicos, dependencia y pluripatologías.

Ante un mismo diagnóstico médico, como un accidente cerebrovascular por ejemplo, la complejidad de cuidados dependerá de factores individuales como edad, condiciones socioeconómicas, redes de apoyo y contexto de vida. Esta complejidad de cuidados es inherente a la sostenibilidad de cualquier sistema sanitario moderno.

Este entrelazamiento de crisis de diferentes ámbitos exige una lectura comprensiva de la realidad para pensar el liderazgo enfermero más allá de lo rutinario y fragmentario. La filosofía de la "sociedad líquida", propuesta por Bauman (2000), nos ayuda a entender cómo las relaciones sociales y laborales se han tornado inestables, precarias y descontextualizadas de las necesidades humanas profundas. Las enfermeras, históricamente percibidas como figuras accesibles y acogedoras en todos los niveles de atención, enfrentan ahora otros retos y fragilidades: altos índices de estrés, trabajo en condiciones complejas y la necesidad de articular respuestas más innovadoras y cohesionadas que superen los modelos organizativos tradicionales.

La vida media de las habilidades técnicas es cada vez más corta y, al mismo tiempo, se exige que los profesionales de enfermería se adapten a entornos cada vez más dinámicos y desafiantes. Esto evidencia la necesidad de nuevas formas de gestión y organización, así como de roles que permitan superar la obsolescencia del sistema sanitario convencional y responder eficazmente a la incertidumbre y la complejidad social que estamos viviendo.

En este contexto, destaca también el nuevo paradigma de la salud global, donde los sistemas sanitarios deben ser resilientes, inclusivos y capaces de anticipar, preparar y responder de manera efectiva no solo a crisis sanitarias como pandemias, sino también a desastres naturales, tensiones socioeconómicas y vulnerabilidades ecológicas. Este desafío también comienza a dar pistas sobre las competencias que se comienzan a definir sobre el perfil de la enfermera de práctica avanzada en gestión de desastres y crisis humanitarias (De Castro Blanco et al, 2024); lo que pone de manifiesto que las enfermeras deben estar posicionadas no solo en la respuesta inmediata, sino también en las fases de prevención, mitigación y preparación ante eventos de impacto sanitario.



2. El rol estratégico de la enfermería en la crisis de cuidados

Estas transformaciones y tensiones del contexto global y sanitario no solo evidencian la fragilidad de los sistemas de salud, sino que también muestran cómo la capacidad de sostener la vida se encuentra en crisis. Esta denominada crisis de los cuidados es estructural y no puede entenderse únicamente desde la salud, sino desde la organización social de la vida. El aumento de la cronicidad, la dependencia, el envejecimiento poblacional y la complejidad de las trayectorias vitales han desbordado un modelo sanitario incapaz de responder a necesidades que ya no son episódicas, sino continuas. Las personas no solo viven más tiempo; viven más tiempo con necesidades complejas de cuidados.

Sin embargo, los sistemas sanitarios continúan abordando los problemas desde una mirada reduccionista que invisibiliza esta complejidad y delega gran parte del cuidado en el ámbito doméstico y comunitario, históricamente feminizado y desvalorizado. Desde una

mirada feminista, resulta imprescindible nombrar esta realidad: el sistema sanitario se sostiene, en gran medida, sobre el trabajo de cuidados no reconocido, realizado mayoritariamente por mujeres. Esta lógica presupone que tanto la naturaleza como los cuerpos y el tiempo de las cuidadoras son recursos infinitos. Esta idea no solo es falsa, sino profundamente insostenible.

El concepto de economía de los cuidados, que entiende los cuidados como "una inversión social" y no como un gasto, resalta la necesidad de rediseñar políticas públicas y organizacionales que valoren de manera integral el trabajo de cuidado (Gilliss y Milone-Nuzzo, 2025).

Las enfermeras representan la fuerza laboral más numerosa y accesible en los sistemas de salud. Somos constantes en la atención y estamos presentes en cualquier entorno asistencial y a lo largo de todo el ciclo de la vida. Esta posición única nos convierte en piezas clave para responder a las demoras en la atención, la brecha entre necesidades reales de cuidados y servicios efectivamente prestados, y la falta de reconocimiento de la importancia de los cuidados invisibles y no remunerados.

La cultura del cuidado debe integrarse en la gestión institucional, reconociendo el aporte de la enfermería no solo en la práctica clínica, sino también en el diseño de políticas de salud, sistemas de atención comunitaria y estrategias de sostenibilidad social. Pero transformar el sistema para que sea verdaderamente un "sistema que cuida" implica derribar barreras estructurales, promover la dignidad del trabajo enfermero y garantizar que las decisiones de gestión incorporen la experiencia profesional, la evidencia científica y las necesidades de las personas que son cuidadas.

Y es que como se menciona anteriormente, liderar en este mundo actual, implica desarrollar competencias en gestión de crisis, comunicación estratégica, resiliencia organizativa e innovación social, reconociendo que la seguridad, la equidad y la sostenibilidad de los cuidados dependen directamente de la capacidad de anticipación y respuesta del liderazgo enfermero.

Desde esta perspectiva, la enfermería no puede limitarse a la atención individual en contextos estables: debe liderar la planificación estratégica, la preparación comunitaria y la coordinación intersectorial para proteger a las poblaciones más vulnerables y garantizar la continuidad de los cuidados esenciales incluso en situaciones de crisis prolongadas (WHO, 2020). Esta responsabilidad debe ir unida a reconocimiento social, para que se pueda ampliar de manera real este nuevo rol profesional, integrándolo con funciones de gestión, en consonancia con los principios globales de resiliencia y equidad en salud.

Este nuevo escenario coloca a la enfermería en una posición ineludible: somos agentes de cuidado, pero también protagonistas de la transformación del sistema, con un rol activo en hacer sostenible "lo insostenible", a través de la formulación de políticas sanitarias, la gestión organizativa y la construcción de sistemas de salud resilientes, accesibles e inclusivos.



Nota. Elaboración propia

3. Liderazgo transformacional y estratégico como respuesta

Si las enfermeras están llamadas a asumir un rol estratégico en la sostenibilidad de los cuidados, resulta imprescindible definir qué tipo de liderazgo puede sostener y materializar esa transformación. Ya no basta solo con ocupar espacios de decisión; es necesario ejercer un liderazgo capaz de movilizar personas, rediseñar estructuras y generar cambios culturales profundos dentro del sistema sanitario.

Frente a estos desafíos, el liderazgo transformacional emerge como marco especialmente coherente con esta visión. Este tipo de liderazgo reconoce la diversidad, fomenta la cooperación y entiende que los equipos no son recursos a explotar, sino comunidades de práctica que necesitan cuidado para poder cuidar un enfoque especialmente pertinente. Este estilo se caracteriza por la capacidad de:

- Establecer una visión inspiradora del futuro organizacional.
- Comunicar de manera motivadora para construir confianza y compromiso.
- Estimular intelectualmente a los equipos para cuestionar formas de hacer tradicionales.
- Apoyar y reconocer las necesidades individuales y colectivas del grupo.

Estas dimensiones no solo impulsan la eficiencia operativa, sino que también fomentan una cultura de innovación y bienestar laboral, aspectos que se han documentado como esenciales en la literatura sobre liderazgo en enfermería. Por ejemplo, se ha observado que el liderazgo transformacional favorece comportamientos innovadores entre las enfermeras, potenciando su pensamiento creativo y la adopción de soluciones nuevas ante problemas complejos en el ámbito clínico (Vega Calvas et al., 2025).

La evidencia también muestra que este estilo de liderazgo se asocia de manera significativa con mejoras en la calidad de la atención y en los resultados laborales de las enfermeras, incluidos el compromiso con el trabajo y la satisfacción profesional (Nurmeksela et al., 2025). Además, revisiones sistemáticas sugieren que el liderazgo transformacional está fuertemente relacionado con la satisfacción laboral y la productividad de los equipos de enfermería, lo que tiene implicaciones directas en la calidad del cuidado y la retención del personal (Gilliss y Milone-Nuzzo, 2025).

Pero si hablamos de transformación, también debemos mencionar el liderazgo estratégico. Este estilo se enfoca en integrar la toma de decisiones, la gestión de recursos y la innovación organizacional para fortalecer la posición de la enfermería en las estructuras de poder de los sistemas sanitarios. La literatura disponible destaca que el liderazgo estratégico en enfermería está directamente vinculado con procesos de innovación, toma de decisiones y políticas de salud, enfatizando la necesidad de formación y desarrollo sostenido de estas competencias (WHO, 2020).

Este tipo de liderazgo requiere que las enfermeras participen activamente en los espacios de decisión de alto nivel, influyendo en la definición de prioridades sanitarias, en el diseño de modelos de atención y en la asignación de recursos, para asegurar que las necesidades reales de cuidados sean integradas en las políticas públicas.

Ahora bien, tanto el liderazgo transformacional como el estratégico requieren una dimensión frecuentemente subestimada pero fundamental: la inteligencia emocional. El liderazgo efectivo en enfermería no se basa únicamente en la visión, la planificación o la capacidad, sino también en la habilidad para comprender y gestionar las propias emociones y las de los demás. En contextos de alta presión asistencial, incertidumbre y desgaste profesional, la inteligencia emocional se convierte en un recurso esencial para sostener equipos resilientes y centrados en el paciente.

La capacidad de reconocer emociones, regular respuestas, comunicar con empatía y manejar conflictos facilita la construcción de ambientes de trabajo seguros y colaborativos. Además, equipos liderados con alta inteligencia emocional tienden a mostrar mayor cohesión, menores niveles de burnout y mejor bienestar general, factores que

inciden directamente en la sostenibilidad de los equipos de enfermería y en la calidad de la atención prestada.

4. Desafíos y oportunidades en el liderazgo enfermero

Si el liderazgo transformacional y estratégico constituye la respuesta necesaria ante la crisis de cuidados, el siguiente paso consiste en reconocer las condiciones reales que pueden facilitar o limitar su desarrollo. No basta con definir el modelo ideal de liderazgo; es imprescindible analizar los obstáculos estructurales, culturales y formativos que condicionan su implementación en la práctica cotidiana.

A pesar de la sólida evidencia que respalda el impacto positivo del liderazgo transformacional y estratégico en la calidad asistencial, persisten desafíos significativos que dificultan su consolidación. Entre ellos se encuentran, en primer lugar, las barreras culturales y estructurales dentro de las organizaciones sanitarias, y es que muchos sistemas continúan operando bajo modelos jerárquicos tradicionales que limitan la participación activa de las enfermeras en los espacios de toma de decisiones estratégicas. Esta exclusión empobrece la calidad de las políticas y decisiones adoptadas al prescindir de la perspectiva del cuidado.

En segundo lugar, la falta de programas formativos amplios, accesibles y sostenidos en liderazgo constituye otra limitación relevante. Si bien existen iniciativas académicas y profesionales orientadas al desarrollo de competencias directivas, estas no siempre están integradas de manera estructural en los itinerarios formativos de grado y posgrado, ni garantizan continuidad a lo largo de la trayectoria profesional (Vega

Calvas et al., 2025). El liderazgo transformacional, estratégico y emocional no surge de manera espontánea; requiere entrenamiento deliberado, mentoría, espacios de reflexión y oportunidades reales para ejercer influencia.

Un tercer desafío radica en la dificultad para medir de forma sistemática el impacto del liderazgo en indicadores de calidad, seguridad y resultados en salud. Aunque la literatura evidencia asociaciones significativas entre liderazgo y resultados organizativos, muchas instituciones carecen de sistemas de evaluación que integren variables relacionadas con clima laboral, bienestar profesional, innovación o sostenibilidad del cuidado. Sin métricas claras, el liderazgo corre el riesgo de ser percibido como un atributo abstracto y no como un determinante tangible del desempeño institucional.

No obstante, cada uno de estos desafíos representa, al mismo tiempo, una oportunidad estratégica. Las barreras culturales pueden convertirse en impulso para rediseñar estructuras organizativas más horizontales e inclusivas. La necesidad de formación abre la puerta a consolidar programas de desarrollo de liderazgo enfermero que integren competencias estratégicas desde etapas tempranas. Y la dificultad para medir el impacto puede estimular el diseño de nuevos indicadores que vinculen liderazgo, economía de los cuidados y resultados en salud de manera más integral.

Asimismo, el contexto actual, genera una ventana de oportunidad histórica para posicionar a la enfermería como actor clave en la gobernanza sanitaria. La crisis de cuidados ha evidenciado que no es posible sostener el sistema sin fortalecer a quienes lo sostienen. En este sentido, el liderazgo enfermero no es únicamente una competencia

profesional, sino una estrategia de supervivencia y sostenibilidad de la vida y del propio sistema (Gilliss y Milone-Nuzzo, 2025).

Esta transformación es inseparable de una dimensión política. Liderar implica participar en la definición de la agenda pública, en la planificación de los servicios y en la construcción de un sistema público integral de cuidados. Un sistema que reconozca el derecho al cuidado como parte del derecho a la salud, que garantice la accesibilidad universal a cuidados pertinentes y basados en evidencia, y que proteja también a quienes cuidan, dentro y fuera del sistema sanitario.

Cuidar a las personas, cuidar a quienes cuidan y cuidar el planeta forman parte de un mismo desafío. En este proceso, la enfermería no es un actor secundario: es un sujeto político clave para liderar la transición hacia modelos de salud más justos, humanos y sostenibles.

Todo ello implicaría avanzar hacia modelos de gestión más inclusivos, centrados en la persona y coherentes con la economía de los cuidados. Y supone, finalmente, comprender que la transformación del sistema sanitario no dependerá solo de reformas estructurales, sino de la capacidad de las enfermeras para ejercer un liderazgo activista y consciente.

Conclusiones

- La crisis del sistema sanitario es estructural y exige un liderazgo enfermero ampliado. La sostenibilidad del sistema depende de adoptar un liderazgo enfermero capaz de

integrar salud, bienestar social y desarrollo humano desde una perspectiva estratégica y con enfoque de derechos y capacidades.

- Entender el cuidado como una inversión social y no como un gasto posiciona a la enfermería como actor clave en la transformación del sistema sanitario. Su presencia transversal en todos los niveles asistenciales y a lo largo del ciclo vital convierte a las enfermeras en agentes fundamentales para reducir brechas de atención, visibilizar los cuidados que se quedan al margen y garantizar equidad y continuidad asistencial.

- La evidencia demuestra que el liderazgo transformacional mejora la innovación, la satisfacción profesional, la productividad y la calidad del cuidado. Complementado con liderazgo estratégico e inteligencia emocional, permite impactar en políticas públicas.

- Aunque persisten barreras culturales, déficits formativos y limitaciones en la medición del impacto del liderazgo, el contexto actual abre una ventana estratégica para fortalecer el liderazgo enfermero como eje de calidad, equidad y sostenibilidad. Invertir en su desarrollo no es solo una mejora organizativa, sino una condición necesaria para garantizar la supervivencia y transformación del sistema sanitario.

Referencias

Bauman, Z. (2000). *Liquid modernity*. Polity Press.

De Castro Blanco, I., Amezcua Sánchez, A., y Millán Martínez López, M. (2024). *Enfermera de práctica avanzada en gestión de desastres y crisis humanitarias*. FUDEN.

Gilliss, C. L., & Milone-Nuzzo, P. (2025). Rethinking global nursing leadership: The Strategic Leadership Framework. *Nursing Outlook, 73*(6), Artículo 102549. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2025.102549

Nurmeksela, A., Schavoronkoff, K., & Jokiniemi, K. (2025). The impact of nurse managers' transformational leadership on nurses' work engagement: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management, 33*(1), 123–136. https://doi.org/10.1155/jonm/9980485

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2024). *Informe sobre desarrollo humano 2024*. https://www.undp.org/es/publicaciones

Vega Calvas, P. A., Gómez Vargas, M. E., Guamán Bastidas, M. A., y Narváez Ochoa, A. del P. (2025). Liderazgo transformacional y su influencia en la innovación académica en instituciones de educación superior. *Sapiens in Higher Education, 2*(5). https://doi.org/10.71068/6t2jwv06

World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279

Capítulo X

Tecnología aplicada a la atención en salud: la demanda de hoy



Magíster Ana Lorena Jordán Rossal de Veliz

Resumen

El avance tecnológico ha transformado de manera profunda los sistemas de salud y los procesos asistenciales en todos los niveles de atención. La enfermería, como disciplina esencial para la calidad del cuidado, enfrenta el desafío de integrar nuevas herramientas digitales, sistemas de información y equipos diagnósticos de alta precisión sin perder la esencia humanista que la caracteriza. Este capítulo analiza el uso de tecnologías aplicadas al diagnóstico y la atención clínica, explorando su impacto en la seguridad, eficiencia y sostenibilidad del cuidado. Asimismo, reflexiona sobre la necesidad de mantener una práctica profesional centrada en la persona, capaz de equilibrar innovación y calidez humana. A partir de ex-

periencias reales, se propone una visión de enfermería moderna, competente y profundamente humana.

Introducción

La tecnología aplicada a la salud ha evolucionado de forma acelerada, transformando los métodos diagnósticos, los sistemas de registro clínico y la gestión integral de los servicios. Este contexto global demanda que los profesionales de enfermería desarrollen nuevas competencias que integren el uso eficiente de herramientas tecnológicas con la práctica clínica basada en evidencia. Sin embargo, la incorporación de equipamiento avanzado no sustituye el componente esencial del cuidado: la atención humana, cálida y empática que caracteriza la disciplina.

En centros altamente tecnificados, como los de diagnóstico por imagen, la presencia de equipos sofisticados —monitores avanzados, resonancias magnéticas de alta potencia, sistemas RIS-PACS o inyectores automáticos— puede generar en el paciente un ambiente frío y desconocido. En este escenario, la enfermería tiene el rol fundamental de acompañar, orientar y brindar seguridad emocional. La combinación de innovación tecnológica y cuidado humanizado permite garantizar una atención segura, eficiente y centrada en la persona. Esta introducción plantea el marco conceptual para explorar cómo la enfermería puede adaptarse y liderar el cambio global sin perder su esencia humanista.

Desarrollo



1. Evolución tecnológica en la práctica enfermera

El ejercicio profesional de la enfermería ha experimentado una transformación profunda impulsada por la aparición de tecnologías accesibles, portátiles y altamente precisas. En Guatemala, este cambio se observa de manera especial en el área del diagnóstico, donde el personal de enfermería interactúa diariamente con equipos sofisticados que facilitan la atención clínica y el acompañamiento terapéutico del paciente.

Entre los avances más relevantes se encuentra la expansión del ultrasonido portátil, una herramienta que anteriormente era restrictiva, costosa y limitada a especialistas médicos. Hoy, la disponibilidad de equipos compactos, conectados incluso a dispositivos móviles, ha permitido el surgimiento de nuevas competencias dentro de la enfermería. Es así como han emergido figuras profesionales como las enfermeras especialistas en ultrasonido y las enfermeras ecocardiografistas, quienes desempeñan un papel fundamental en áreas rurales, centros de atención primaria, puestos de salud y clínicas comunitarias.

Estas profesionales han logrado suplir necesidades históricas en regiones del país con escaso acceso a personal médico especializado, convirtiéndose en referentes de diagnóstico temprano, valoración de tejidos blandos, orientación clínica y, de manera muy particular, en la canalización de accesos vasculares difíciles. El ultrasonido ha revolucionado este procedimiento, permitiendo visualizar estructuras venosas profundas o colapsadas que resultan prácticamente inaccesibles sin esta tecnología. Este avance representa una mejora sustancial en la seguridad

del paciente, reduce intentos fallidos, minimiza el dolor y disminuye los costos asociados a complicaciones o procedimientos repetidos.

La democratización del ultrasonido portátil es un ejemplo concreto de cómo la tecnología, cuando se vuelve accesible en tamaño y costo, transforma el modelo de atención y eleva el rol profesional de la enfermería.



2. Tecnología avanzada en centros de diagnóstico por imagen

En entornos altamente especializados, la tecnología es parte estructural de todos los procesos. Equipos como los siguientes han redefinido la calidad diagnóstica y la seguridad clínica:

- Monitores avanzados de signos vitales
- Resonancias magnéticas de 3 Tesla
- Inyectores automáticos de medio de contraste
- Sistemas RIS–PACS
- Mamografía contrastada
- Plataformas de monitoreo remoto

En centros donde convergen estos recursos, la enfermería debe manejar parámetros complejos, comprender riesgos específicos, anticipar complicaciones y coordinar flujos de atención rápidos y de alta precisión. Sin embargo, este tipo de entornos también puede percibirse como frío, intimidante y altamente técnico para el paciente. Es aquí donde la enfermería, incluso rodeada de las máquinas más avanzadas, sigue representando el punto de equilibrio entre la tecnología y la humanidad del cuidado.



3. El acompañamiento familiar: una tecnología humana tan importante como la digital

Aunque no se habla de ello en términos informáticos, el acompañamiento familiar funciona como una tecnología humana de altísimo impacto emocional. En los centros de diagnóstico, permitir que el paciente esté acompañado de un familiar durante la mayoría de los procesos ha demostrado múltiples beneficios:

- Disminuye la ansiedad y el miedo
- Aumenta la colaboración del paciente
- Reduce la percepción de dolor
- Mejora la comprensión del procedimiento
- Aumenta la confianza en el servicio
- Fortalece la relación con el personal de enfermería

Esta práctica, lejos de ser un detalle, es una innovación basada en la evidencia: el acompañamiento continuo mejora el resultado final de la experiencia diagnóstica. La presencia de un familiar se convierte en un puente emocional entre un entorno de alta tecnología y la necesidad humana de sentirse acompañado, validado y seguro.



4. Miniaturización tecnológica: la nueva era del monitoreo continuo

Otro avance que está transformando la práctica clínica es la miniaturización de los dispositivos diagnósticos. Recientemente llegaron al país nuevos modelos de Holter y Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA) tan pequeños que se adhieren directamente al tórax del paciente

como un parche. Estas innovaciones representan un salto importante porque:

- Permiten monitoreos continuos de hasta una semana.
- Transmiten la información en tiempo real a una computadora o plataforma del usuario clínico.
- Son discretos, casi invisibles.
- Permiten una movilidad total.
- Alertan de manera inmediata cuando hay eventos críticos.
- Reducen visitas presenciales.
- Evitan complicaciones por diagnósticos tardíos.

Su tamaño, facilidad de uso y comodidad para el paciente mejoran significativamente la adherencia al monitoreo y permiten diagnósticos más precisos del comportamiento real del ritmo cardíaco o de la presión arterial.

Esta tecnología coloca a la enfermería en una posición estratégica, pues requiere profesionales capaces de educar al paciente en el uso del dispositivo, verificar la correcta colocación, interpretar señales básicas, detectar signos de alarma, coordinar la respuesta inmediata ante eventos críticos y acompañar el proceso de principio a fin. Es así como la tecnología se vuelve, entonces, un aliado que amplía el alcance del cuidado, sin sustituir la presencia y juicio clínico de la enfermera.



5. La tecnología es poderosa, pero la calidez humana es insustituible

A pesar de los avances mencionados, ningún equipo médico puede replicar lo que hace única a la enfermería: el acompañamiento humano. La tecnología diagnostica, mide, monitorea y alerta... pero no abraza, no consuela y no transmite seguridad emocional.

Hace unos años tuve una experiencia con una paciente con cáncer de mama, al pasar por el pasillo observé en su rostro dolor y le pregunté si quería acostarse, dijo que sí, luego le pregunté si quería que la cubriera por el frío, también accedió. Debía buscarle una vena para inyectar medio de contraste por lo que le di un masaje en el brazo, le expliqué el procedimiento y logramos la venopunción sin ningún problema. Considero que todo eso forma parte de un cuidado que ninguna máquina puede ofrecer. Al terminar el procedimiento me despido de la paciente y me dice "Gracias por sus atenciones y profesionalismo. Sin usted no lo hubiera logrado. La seguridad y tranquilidad que usted me infundió no la da ninguna de las máquinas que tienen aquí."

Ese momento resume todo lo que este capítulo quiere transmitir: la innovación tecnológica es fundamental, pero la esencia del cuidado sigue siendo humana.

Conclusión

La tecnología representa una oportunidad extraordinaria para transformar la atención en salud, mejorar la seguridad del paciente, reducir costos y expandir el alcance de los servicios diagnósticos y

clínicos. Sin embargo, su verdadero valor se materializa únicamente cuando está acompañada de la sensibilidad humana que caracteriza al cuidado enfermero. El avance del ultrasonido portátil, los sistemas RIS–PACS, los equipos de resonancia de alta potencia, la mamografía contrastada y los nuevos dispositivos miniaturizados de monitoreo no sustituyen el rol profesional de la enfermería; lo elevan, lo diversifican y lo empoderan.

La experiencia clínica demuestra que, incluso en los entornos más tecnificados, los pacientes continúan necesitando una mano cálida, una voz suave, una presencia humana capaz de transmitir seguridad. La enfermería del siglo XXI tiene el reto y la oportunidad de integrar ambos mundos: la innovación tecnológica y el cuidado humanizado. Cuando ambas dimensiones se encuentran, el resultado es una atención más segura, eficiente y profundamente digna.

Capítulo XI

La salud mental del profesional de enfermería de Guatemala en un sistema de constante cambio



Dr. Diego Alejandro Palacios Segura

Introducción

Con mi agradecimiento al Colegio de Enfermeros de Guatemala, inicio este capítulo, destacando que el profesional de enfermería es, sin lugar a duda, la columna vertebral de cualquier sistema de salud. En Guatemala, su rol adquiere una dimensión aún más crítica, operando en un entorno que combina desafíos estructurales históricos con la dinámica de un sistema en perpetua evolución. Desde la primera línea de atención en hospitales urbanos hasta los puestos de salud más remotos en comunidades rurales, el personal de enfermería guatemalteco es un garante fundamental de la prestación de servicios de salud, a menudo bajo condiciones de escasez de recursos y alta demanda.

Sin embargo, la naturaleza intrínseca de su labor, que implica el contacto directo con el sufrimiento humano, la toma de decisiones bajo presión y la exposición constante a situaciones estresantes, tiene un impacto profundo en el bienestar psicológico de quienes ejercen la profesión. La salud mental de estos profesionales, a menudo relegada a un segundo plano, es un componente esencial no solo para su calidad de vida individual, sino también para la calidad y seguridad de la atención que brindan a la población guatemalteca.

Como reconoce el Ministerio de Salud y Asistencia Social y la Organización Panamericana de la Salud -OPS-, el sistema de salud guatemalteco se caracteriza por una serie de complejidades que lo hacen particularmente exigente para quienes lo integran. La fragmentación, la inequidad en el acceso, la precariedad laboral, la violencia social y la recurrencia de crisis (sean estas sanitarias, económicas o naturales) configuran un escenario de "constante cambio" que añade capas de estrés y vulnerabilidad a la ya de por sí ardua labor del personal de enfermería.

En este contexto, la resiliencia, entendida como la capacidad de adaptarse y recuperarse frente a la adversidad, se convierte en una herramienta indispensable. No obstante, la resiliencia por sí sola no es suficiente; debe ir acompañada de estrategias proactivas de cuidado y apoyo a la salud mental, tanto a nivel individual como institucional y sistémico.

El presente capítulo propone al lector explorar en profundidad la compleja realidad de la salud mental y las consideraciones pertinentes del profesional de enfermería en Guatemala. Se analizarán los múltiples desafíos que enfrentan, desde el estrés laboral y el burnout hasta la fatiga por compasión y la violencia en el lugar de trabajo, exacerbados por un sistema en constante transformación. Se identificarán y discutirán los

factores de resiliencia que les permiten afrontar estas adversidades, así como las estrategias de cuidado y promoción de la salud mental que son urgentes de implementar para salvaguardar el bienestar de estos profesionales esenciales y, por ende, la salud de la sociedad guatemalteca.

Desarrollo

El Contexto de la Enfermería en Guatemala

Guatemala es un país multicultural, plurilingüe y multiétnico con una gran diversidad geográfica, pero también con profundas desigualdades socioeconómicas que se reflejan directamente en su sistema de salud. Este sistema es una compleja amalgama de servicios públicos, privados y no gubernamentales, a menudo desarticulados y con capacidades muy dispares. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) es el principal proveedor de servicios públicos, pero enfrenta limitaciones crónicas en términos de presupuesto, infraestructura, equipamiento y, crucialmente, recursos humanos.

En este panorama, el profesional de enfermería se desempeña en una compleja variedad de escenarios: desde los grandes hospitales nacionales y departamentales, que a menudo operan con sobrecarga de pacientes y escasez de personal, hasta los centros de salud y puestos de salud en áreas rurales, donde la enfermera o enfermero puede ser el único profesional de la salud disponible, asumiendo roles ampliados que van más allá de sus funciones tradicionales. La enfermería en Guatemala es una profesión que demanda no solo conocimientos técnicos y científicos, sino también una profunda capacidad de adaptación, creatividad, liderazgo y un compromiso inquebrantable con la comunidad.



Los desafíos específicos que enfrenta el sistema de salud guatemalteco impactan directamente en la salud mental de sus enfermeros:

- **Escasez permanente de recursos:** la falta de medicamentos, insumos médicos, equipos adecuados y personal suficiente es una constante. Esto obliga a los profesionales a trabajar con limitaciones, a priorizar la atención en situaciones precarias y a menudo a improvisar, lo que genera frustración y estrés.
- **Alta demanda y sobrecarga de pacientes:** la población guatemalteca, especialmente en áreas de bajos recursos, depende en gran medida de los servicios públicos. Esto se traduce en largas filas, hospitales abarrotados y una carga de trabajo desproporcionada para el personal de enfermería, que debe atender a un gran número de pacientes con recursos limitados.
- **Desigualdades socioeconómicas:** los profesionales de enfermería son testigos directos de las profundas desigualdades del país. Atienden a pacientes que sufren de desnutrición crónica, enfermedades prevenibles, falta de acceso a agua potable y saneamiento, y otras condiciones vinculadas a la pobreza extrema. Esta exposición constante a la miseria humana puede ser emocionalmente agotadora.
- **Violencia social y criminalidad:** Guatemala ha enfrentado históricamente altos índices de violencia y estos siguen siendo un gran desafío. Los profesionales de la salud, especialmente aquellos que trabajan en áreas de alto riesgo o que atienden

emergencias relacionadas con la violencia, están expuestos a situaciones traumáticas, amenazas e incluso agresiones físicas o verbales, tanto de pacientes como de sus acompañantes o de elementos externos.

- **Desastres naturales recurrentes:** el país es altamente vulnerable a fenómenos naturales como terremotos, erupciones volcánicas, huracanes y tormentas tropicales. En estas situaciones, el personal de enfermería es fundamental en la respuesta de emergencia, trabajando en condiciones extremas, con alto riesgo personal y presenciando devastación y pérdida de vidas, lo que deja una profunda huella psicológica.
- **Inestabilidad política y cambios administrativos:** los cambios frecuentes en las administraciones gubernamentales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en las políticas de salud pueden generar incertidumbre, interrupciones en la planificación, recortes presupuestarios y cambios en las prioridades, afectando la estabilidad laboral y las condiciones de trabajo del personal.

En este complejo entramado, el profesional de enfermería no solo es un proveedor de cuidados médicos, sino también un educador, un consejero, un gestor y, a menudo, el único referente de esperanza para muchas personas. Su compromiso es incuestionable, pero el costo emocional de esta dedicación es inmenso y rara vez reconocido o abordado de manera adecuada.

1. Desafíos a la Salud Mental del Profesional de Enfermería

La exposición constante a los factores estresantes inherentes a la profesión de enfermería, magnificados por las particularidades del contexto guatemalteco, genera una serie de desafíos significativos para la salud mental de estos profesionales.

- **Estrés laboral crónico**

El estrés laboral es quizás el desafío más presente. Se manifiesta por la alta carga de trabajo, la escasez de personal, que obliga a asumir responsabilidades adicionales, las largas jornadas laborales (a menudo con turnos rotativos que alteran los ciclos de sueño y descanso), y la presión constante por tomar decisiones rápidas y precisas que pueden tener consecuencias de vida o muerte.

En Guatemala, la falta de una dotación de personal adecuada en muchas instituciones de salud significa que un solo enfermero puede ser responsable de un número excesivo de pacientes, lo que aumenta la probabilidad de errores y la sensación de agotamiento. La burocracia excesiva y la falta de autonomía en la toma de decisiones también contribuyen a este estrés.

- **Exposición a trauma y sufrimiento**

Los profesionales de enfermería están en contacto directo y continuo con el dolor, la enfermedad, la muerte y el trauma. Atienden a pacientes con enfermedades terminales, víctimas de accidentes graves, violencia, desastres naturales, y niños con desnutrición severa. Esta exposición repetida al sufrimiento humano, sin el apoyo psicológico adecuado, puede llevar a la acumulación de estrés traumático secundario.

Los casos de abuso infantil, violencia de género o tortura, lamentablemente presentes en el contexto guatemalteco, dejan cicatrices emocionales profundas en quienes los atienden.

- **Síndrome de agotamiento profesional (Burnout)**

El burnout es una de las consecuencias más graves del estrés laboral crónico y la fatiga por compasión. Se caracteriza por tres dimensiones principales:

- **Agotamiento emocional:** sentimiento de estar exhausto y sin recursos emocionales para seguir adelante.
- **Despersonalización (Cinismo):** desarrollo de una actitud distante y deshumanizada hacia los pacientes y el trabajo, como mecanismo de defensa para protegerse del sufrimiento.
- **Baja realización personal:** sensación de ineficacia y falta de logro en el trabajo, a pesar del esfuerzo.

Enfermeros guatemaltecos reportan altos niveles de burnout debido a la sobrecarga, la falta de reconocimiento y las condiciones precarias. El burnout no solo afecta la salud mental del profesional, sino que también disminuye la calidad de la atención al paciente, aumenta el ausentismo y la rotación de personal, y puede llevar a errores médicos.

- **Fatiga por compasión**

Intrínsecamente ligada al burnout, la fatiga por compasión es el agotamiento emocional y físico que experimentan los cuidadores debido a la exposición prolongada al trauma y al sufrimiento de otros. Los enfermeros, por la naturaleza empática de su profesión, son particularmente vulnerables. La incapacidad de "desconectarse" del dolor ajeno, la

sensación de impotencia ante situaciones irresolubles y la constante demanda de empatía pueden drenar sus reservas emocionales, dejando una sensación de vacío y desesperanza.

- **Violencia en el lugar de trabajo**

La violencia contra el personal de salud es un problema creciente a nivel mundial, y Guatemala no es la excepción. Los profesionales de enfermería pueden ser víctimas de agresión verbal (insultos, amenazas), intimidación o incluso agresión física por parte de pacientes, familiares o acompañantes frustrados, ansiosos o bajo la influencia de sustancias. La falta de seguridad en algunas instalaciones de salud, la impunidad y la cultura de la violencia en la sociedad contribuyen a este riesgo. Ser agredido en el lugar donde se supone que se presta ayuda genera un profundo sentimiento de vulnerabilidad, miedo y desconfianza.

- **Falta de reconocimiento y apoyo**

A pesar de su papel fundamental, los profesionales de enfermería en Guatemala a menudo enfrentan bajos salarios, condiciones laborales precarias, falta de oportunidades de desarrollo profesional y un escaso reconocimiento social. Esta falta de valoración puede generar sentimientos de frustración, desmotivación y resentimiento, afectando su autoestima y su compromiso con la profesión. La ausencia de programas de apoyo psicológico o consejería en la mayoría de las instituciones de salud agrava la situación, dejando a los profesionales sin un espacio seguro para procesar sus emociones y buscar ayuda.

2. Impacto de los cambios en el sistema

El "constante cambio" en el sistema de salud guatemalteco añade una capa adicional de estrés:

Reformas y políticas inestables: Cambios frecuentes en las políticas de salud, reestructuraciones administrativas o la implementación de nuevos modelos de atención sin la capacitación o los recursos adecuados pueden generar confusión, resistencia y una sensación de inestabilidad laboral.

Pandemias y crisis sanitarias: La experiencia de la pandemia de COVID-19 expuso brutalmente la vulnerabilidad del sistema de salud y la inmensa presión sobre el personal de enfermería. La falta de equipo de protección personal, la incertidumbre sobre la enfermedad, el riesgo de contagio para ellos y sus familias, y el aumento exponencial de la carga de pacientes críticos, llevaron a niveles sin precedentes de estrés, ansiedad y trauma psicológico, como se menciona en un estudio descriptivo transversal realizado en médicos especialistas, residentes y personal de enfermería del Hospital Pedro de Bethancourt en el año 2022.

Tecnologización: La introducción de nuevas tecnologías o sistemas informáticos, aunque beneficiosos a largo plazo, puede generar estrés inicial por la necesidad de adaptarse y aprender nuevas habilidades, especialmente si la capacitación es insuficiente.

3. Conciliación Vida Laboral y Personal

Las exigencias de la profesión, incluyendo los turnos rotativos, las horas extras y la necesidad de estar siempre "disponible", dificultan la con-

ciliación entre la vida laboral y personal. Esto afecta las relaciones familiares y sociales, limita el tiempo para el autocuidado y el ocio, y puede llevar a un aislamiento que exacerba los problemas de salud mental.

En resumen, los profesionales de enfermería en Guatemala operan en un ecosistema de alta demanda y bajos recursos, donde la exposición al sufrimiento y la precariedad laboral son la norma. Estos factores, combinados con la falta de apoyo estructural, crean un caldo de cultivo para el desarrollo de trastornos de salud mental, que requieren una atención urgente y multifacética.

4. Factores de Resiliencia en la Enfermería Guatemalteca

A pesar de los abrumadores desafíos, los profesionales de enfermería en Guatemala demuestran una notable capacidad de resiliencia. Esta resiliencia no es una cualidad innata e inmutable, sino una combinación de atributos personales, recursos sociales y estrategias de afrontamiento que se desarrollan y fortalecen a lo largo del tiempo. Identificar y potenciar estos factores es crucial para el bienestar de los enfermeros y la sostenibilidad del sistema de salud.

- Resiliencia individual y habilidades de afrontamiento

Muchos enfermeros poseen características personales que contribuyen a su resiliencia, sin embargo, es importante trabajar en el fortalecimiento de:

a. **Inteligencia emocional:** la capacidad de reconocer, comprender y manejar las propias emociones, así como las de los demás, es fundamental. Permite a los enfermeros mantener la

calma bajo presión, empatizar sin desbordarse y comunicarse eficazmente.

b. **Adaptabilidad y flexibilidad:** la naturaleza cambiante del entorno de salud requiere una gran capacidad de adaptación a nuevas situaciones, protocolos y desafíos.

c. **Optimismo y sentido del humor:** una actitud positiva y la capacidad de encontrar momentos de ligereza incluso en situaciones difíciles pueden ser poderosos mecanismos de afrontamiento.

d. **Habilidades de resolución de problemas:** la capacidad de analizar situaciones complejas y encontrar soluciones creativas es esencial en un entorno con recursos limitados.

e. **Autoconciencia y autocuidado:** reconocer las propias limitaciones, buscar ayuda cuando es necesario y practicar el autocuidado son pilares de la resiliencia individual.

- Apoyo social y familiar

El apoyo de la familia y de una red social sólida es un amortiguador fundamental contra el estrés laboral. Compartir experiencias, recibir aliento y afecto, y tener un espacio fuera del trabajo donde sentirse comprendido y valorado, ayuda a los enfermeros a procesar las emociones difíciles y a recargar energías. En la cultura guatemalteca, los lazos familiares y comunitarios son fuertes, lo que puede ser una fuente importante de apoyo.

- Cohesión y apoyo entre colegas

La camaradería y el apoyo mutuo entre el personal de enfermería son vitales. Los colegas son quienes mejor comprenden los desafíos y las recompensas de la profesión. Compartir experiencias, desahogarse, ofrecerse ayuda práctica o emocional, y trabajar en equipo de manera cohesionada, crea un ambiente de apoyo que reduce la sensación de aislamiento y fortalece la capacidad de afrontamiento colectivo. Las dinámicas de equipo positivas pueden transformar un ambiente estresante en uno de colaboración y resiliencia compartida.

- Formación y educación continua

La capacitación constante y la actualización de conocimientos y habilidades no solo mejoran la competencia profesional, sino que también aumentan la confianza en sí mismos de los enfermeros. Sentirse competente y preparado para enfrentar nuevos desafíos reduce la ansiedad y el estrés. La educación continua también puede incluir talleres sobre manejo del estrés, resiliencia y autocuidado, empoderando a los profesionales con herramientas prácticas.

- Propósito y vocación

Muchos profesionales de enfermería eligen esta carrera por una profunda vocación de servicio y un deseo genuino de ayudar a los demás. Este sentido de propósito intrínseco es un poderoso motivador que les permite perseverar a pesar de las dificultades. Recordar el impacto positivo que tienen en la vida de sus pacientes y sus familias puede ser una fuente de satisfacción y un ancla en momentos de desánimo. La vocación les ayuda a encontrar significado incluso en las situaciones más desafiantes.

- Espiritualidad y creencias culturales

En Guatemala, la espiritualidad y las creencias culturales juegan un papel significativo en la vida de muchas personas. Para algunos profesionales de enfermería, la fe o las prácticas espirituales pueden ser una fuente de fortaleza, consuelo y esperanza. La oración, la meditación o la participación en comunidades de fe pueden proporcionar un marco para procesar el sufrimiento, encontrar sentido en la adversidad y mantener la perspectiva en medio del caos. Las prácticas culturales de apoyo mutuo y resiliencia comunitaria también pueden ser relevantes.

- Experiencia y madurez profesional

Con el tiempo, los enfermeros experimentados desarrollan una mayor capacidad para manejar el estrés y las situaciones difíciles. Aprenden de sus experiencias, refinan sus habilidades de afrontamiento y desarrollan una perspectiva más equilibrada sobre los desafíos de la profesión. La mentoría de enfermeros más jóvenes por parte de los más experimentados también puede ser un factor de resiliencia, transmitiendo conocimientos y estrategias de afrontamiento.

Estos factores de resiliencia son esenciales, pero no deben ser vistos como una excusa para no abordar las causas estructurales del estrés y el agotamiento. La resiliencia es una capacidad que se nutre y se agota; requiere un entorno que la apoye y la fortalezca, no que la ponga a prueba constantemente hasta el límite.

5. Estrategias de cuidado y promoción de la salud mental

Para garantizar el bienestar del profesional de enfermería en Guatemala y, por extensión, la calidad de la atención en salud, es

imperativo implementar estrategias integrales de cuidado y promoción de la salud mental. Estas deben abordarse a múltiples niveles: individual, institucional y gubernamental.

A nivel individual: Empoderamiento y autocuidado: Aunque la responsabilidad principal no recae únicamente en el individuo, el autocuidado es una estrategia fundamental para la resiliencia personal.

- **Desarrollo de habilidades de afrontamiento:** aprender y practicar técnicas de manejo del estrés como la respiración profunda, la meditación mindfulness, la relajación muscular progresiva o el yoga. Estas prácticas pueden ayudar a regular el sistema nervioso y reducir los síntomas de ansiedad y estrés.
- **Establecimiento de límites claros:** aprender a decir "no" a responsabilidades adicionales cuando la carga de trabajo es excesiva, y establecer límites claros entre la vida laboral y personal. Esto puede implicar desconectarse del trabajo fuera del horario laboral y dedicar tiempo de calidad a actividades personales.
- **Ejercicio físico regular y alimentación saludable:** mantener un estilo de vida activo y una dieta equilibrada son pilares de la salud física y mental. El ejercicio libera endorfinas que mejoran el estado de ánimo, y una nutrición adecuada proporciona la energía necesaria para afrontar las demandas diarias.
- **Búsqueda de apoyo profesional:** romper el estigma asociado a la salud mental y buscar ayuda psicológica cuando sea necesario. Un terapeuta o consejero puede proporcionar herramientas y estrategias personalizadas para manejar el estrés, el trauma o el burnout.

- **Desarrollo de hobbies e intereses:** dedicar tiempo a actividades placenteras y enriquecedoras fuera del ámbito laboral. Esto puede incluir pasatiempos, deportes, arte, lectura o pasar tiempo con amigos y familiares. Estas actividades proporcionan un escape, reducen el estrés y fomentan el bienestar general.
- **Educación sobre salud mental:** informarse sobre los signos y síntomas del estrés, la ansiedad, la depresión y el burnout. Reconocer estas señales tempranamente permite buscar ayuda antes de que los problemas se agraven.
- **Conexión social:** mantener y nutrir relaciones significativas con amigos y familiares. Compartir experiencias y emociones con personas de confianza puede proporcionar un gran alivio y apoyo emocional.

A nivel institucional: Creación de Entornos de Apoyo. Las instituciones de salud tienen una responsabilidad ética y práctica de proteger la salud mental de su personal.

- **Programas de apoyo psicológico y consejería:** establecer servicios de salud mental accesibles y confidenciales para el personal de enfermería. Esto puede incluir terapia individual, grupos de apoyo, sesiones de debriefing post-traumático y consejería. Es crucial que estos servicios sean percibidos como seguros y sin consecuencias negativas para la carrera.
- **Promoción de un ambiente de trabajo positivo y seguro:** fomentar una cultura organizacional que valore el respeto, la colaboración, la comunicación abierta y el reconocimiento.

Implementar políticas de tolerancia cero contra la violencia en el lugar de trabajo, con mecanismos claros para reportar incidentes y garantizar la seguridad del personal.

- **Gestión de la carga de trabajo y dotación de personal adecuada:** realizar evaluaciones regulares de la carga de trabajo y asegurar una dotación de personal de enfermería suficiente para atender la demanda de pacientes de manera segura y sin sobrecargar a los profesionales. Esto puede requerir inversión en la contratación de más personal.
- **Capacitación en manejo del estrés y resiliencia:** ofrecer talleres y programas de formación continua que enseñen técnicas de manejo del estrés, habilidades de afrontamiento, comunicación asertiva y estrategias para fomentar la resiliencia.
- **Reconocimiento y valoración del personal de enfermería:** implementar sistemas de reconocimiento y recompensas por el trabajo bien hecho. Esto puede incluir salarios justos, oportunidades de desarrollo profesional, promociones basadas en el mérito y expresiones de agradecimiento por parte de la administración y los colegas.
- **Implementación de espacios de descompresión o descanso:** crear áreas designadas dentro de las instituciones donde el personal de enfermería pueda tomar descansos, relajarse y desconectarse brevemente del entorno clínico. Estos espacios deben ser cómodos y tranquilos.

- **Liderazgo empático y de apoyo:** formar a los líderes de enfermería y a los supervisores para que sean empáticos, comprensivos y capaces de identificar signos de estrés o agotamiento en su equipo. Deben estar capacitados para ofrecer apoyo y dirigir a los profesionales hacia los recursos adecuados.
- **Flexibilidad en los horarios:** siempre que sea posible, ofrecer cierta flexibilidad en los horarios de trabajo para ayudar a los profesionales a conciliar su vida laboral y personal, reduciendo el agotamiento.

A nivel gubernamental y político: inversión y políticas públicas. El gobierno y los formuladores de políticas tienen la responsabilidad última de crear un marco que apoye la salud mental de los profesionales de la salud.

- **Inversión sostenida en el sistema de salud:** aumentar significativamente el presupuesto destinado al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para mejorar la infraestructura, adquirir equipos, garantizar el suministro de medicamentos e insumos, y, crucialmente, invertir en recursos humanos.

- **Desarrollo de políticas de salud mental específicas:** crear e implementar políticas públicas de salud mental dirigidas específicamente a los profesionales de la salud, reconociendo las particularidades de su exposición al estrés y al trauma. Esto debe incluir la asignación de recursos para programas de apoyo y prevención.

- **Mejora de las condiciones laborales y salariales:** establecer salarios justos y competitivos para los profesionales de enfermería, acordes con la importancia y la exigencia de su labor. Garantizar contratos

estables, beneficios laborales y oportunidades de crecimiento profesional.

- **Fortalecimiento de la formación en salud mental:** integrar de manera más robusta la formación en salud mental, manejo del estrés, resiliencia y autocuidado en los currículos de las escuelas y facultades de enfermería. Preparar a los futuros profesionales para los desafíos psicológicos de la profesión desde el inicio.

- **Investigación y monitoreo:** promover la investigación sobre la salud mental del personal de enfermería en Guatemala para comprender mejor los factores de riesgo y protección, y monitorear la efectividad de las intervenciones implementadas.

- **Campañas de concientización pública:** lanzar campañas para aumentar la conciencia sobre la importancia de la salud mental de los profesionales de la salud y reducir el estigma asociado a la búsqueda de ayuda.

La implementación de estas estrategias requiere un esfuerzo coordinado y un compromiso genuino de todos los actores involucrados. No es un gasto, sino una inversión esencial en el capital humano más valioso del sistema de salud guatemalteco.

Conclusión

El profesional de enfermería en Guatemala opera en un entorno de constante cambio y desafíos multifacéticos, que ponen a prueba su resiliencia y su bienestar psicológico. Desde la escasez crónica de recursos y la sobrecarga laboral hasta la exposición al trauma, la violencia y la inestabilidad sistémica, los factores de estrés son abrumadores.

Ignorar el impacto de estas condiciones en la salud mental de los enfermeros no solo es una omisión ética, sino que también compromete directamente la calidad, la seguridad y la sostenibilidad de la atención en salud que se presta a la población guatemalteca.

A pesar de estas adversidades, la resiliencia inherente a muchos profesionales de enfermería, alimentada por su vocación, el apoyo de colegas y familiares, y sus habilidades de afrontamiento individuales, les permite seguir adelante. Sin embargo, la resiliencia no es infinita y no puede ser la única estrategia. Es imperativo que se implementen de manera proactiva y sostenida estrategias de cuidado y promoción de la salud mental a todos los niveles.

A nivel individual, el empoderamiento a través del autocuidado, el desarrollo de habilidades de afrontamiento y la búsqueda activa de apoyo profesional son pasos cruciales. A nivel institucional, la creación de ambientes de trabajo seguros y de apoyo, la gestión adecuada de la carga laboral, la provisión de servicios de salud mental y el reconocimiento del personal son responsabilidades ineludibles. Finalmente, a nivel gubernamental y político, la inversión en el sistema de salud, la mejora de las condiciones laborales y salariales, y la formulación de políticas públicas que prioricen la salud mental de los profesionales son acciones fundamentales para generar un cambio sistémico duradero.

La salud mental del profesional de enfermería no es un lujo, sino una necesidad imperiosa. Al invertir en su bienestar, Guatemala no solo honra a quienes dedican sus vidas al cuidado de los demás, sino que también fortalece la base de su propio sistema de salud, garantizando una atención de calidad para todos sus ciudadanos en un futuro de constante evolución. Proteger a quienes nos cuidan es la inversión más sabia para construir una nación más sana y resiliente.

Referencias

Cucinotta, D., & Vanelli, M. (2020). WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Biomedica, 91*(1), 157–160. https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397

Hernández, A. R., Morales Padilla, O. N., y Law Harrison, L. (2006). Perspectivas sobre la investigación en enfermería en Guatemala. *Enfermería Global, 5*(1), 1–11. https://doi.org/10.6018/eglobal.5.1.330

Melchor Alba, S., y Jiménez Sesma, M. (2022). Análisis del impacto psicoemocional de la pandemia del COVID-19 entre los profesionales de enfermería. *Enfermería Global, 21*(2), 1–18. https://doi.org/10.6018/eglobal.489911

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2020). *Situación de COVID-19 en Guatemala*. https://tablerocovid.mspas.gob.gt

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas: Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19*. https://iris.paho.org/handle/10665.2/57504

Paniagua Moguel, G. A., y Mejía Hernández, L. M. (2022). *Consecuencias en la salud mental del personal médico y de enfermería durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica* [Tesis de licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala]. Repositorio Institucional USAC. https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2022/099.pdf

Paniagua-Ávila, A., Ramírez, D. E., Barrera-Pérez, A., Calgua, E., Castro, C., Peralta-García, A., y Puac-Polanco, V. (2022). La salud mental de los trabajadores de salud en Guatemala durante la pandemia de COVID-19: Resultados de base del estudio de cohortes HÉROES. *Revista Panamericana de Salud Pública, 46*, Artículo e127. https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.127

Romero Clemente, T. O. (2005). *Conocimientos y prácticas sobre estilos de vida saludables en las enfermeras y auxiliares de enfermería del servicio de medicina de infantes Hospital Roosevelt* [Tesis de licenciatura, Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala]. Repositorio ENEG. https://www.ene.edu.gt/wp-content/uploads/2023/03/200416191-01072022193302.pdf

Capítulo XII

Bioética y práctica profesional de enfermería: desde la humanización del cuidado en el tratamiento del trastorno por uso de alcohol

Dra. Paule Valery Joseph



Resumen

Este capítulo explora la intersección entre bioética y práctica profesional de enfermería en el contexto del tratamiento del trastorno por uso de alcohol, con énfasis en América Latina. A través del caso de Javier, un paciente de 48 años con problemas relacionados con el consumo de alcohol, se analiza cómo los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia se traducen en acciones concretas de humanización del cuidado. Se abordan los fundamentos de la bioética latinoamericana, los desafíos éticos

del tratamiento de adicciones (incluyendo el estigma como violencia ética), la importancia del trabajo multidisciplinario, metodologías de investigación en contextos vulnerables con énfasis en el consentimiento informado en situaciones de intoxicación, y el rol de la enfermera en la era de la salud digital. El capítulo proporciona recomendaciones prácticas para implementar un cuidado verdaderamente ético, humanizado y culturalmente competente, reconociendo que detrás de cada diagnóstico existe una persona con dignidad inherente.

Palabras clave: bioética, enfermería, trastorno por uso de alcohol, humanización del cuidado, América Latina, trabajo multidisciplinario.

Introducción

La enfermería no es solo una disciplina técnica, sino una profesión profundamente ética que requiere reflexión moral constante. En América Latina, donde persisten profundas inequidades estructurales, las enfermeras enfrentan dilemas éticos complejos al cuidar pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol. La historia de Javier ilustra esta realidad: un hombre de 48 años llegó a emergencias con fracturas, oliendo a alcohol. Muchos lo veían como "un borracho más", pero una enfermera preguntó: "¿Qué te pasó?" Él respondió: "Mi hijo no me quiso ver en su cumpleaños." En ese momento, ella vio más que un

problema médico; vio a una persona con dolor. Esta decisión de tratar con respeto a quien otros han marginalizado, es el núcleo de la bioética aplicada. Datos del informe para la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA por sus siglas en inglés) SAMHSA (2023) indican que el alcohol está involucrado en aproximadamente 3.1 millones de visitas anuales a emergencias en Estados Unidos, y las personas con trastornos por consumo de sustancias sufren discriminación sistemática que afecta su atención (Van Boekel et al., 2013). Este capítulo explora cómo construir una práctica de enfermería que reconozca y afirme la dignidad humana de cada persona, especialmente cuando la sociedad las ha marginalizado.

Desarrollo

1. Fundamentos de la bioética en la práctica profesional de enfermería

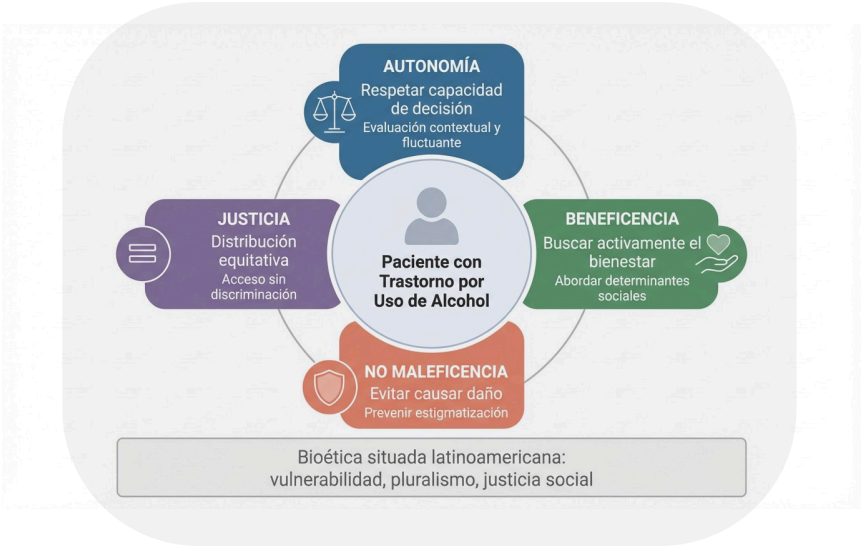
La bioética en enfermería va más allá de la aplicación mecánica de principios; requiere una comprensión situada de los dilemas morales en contextos específicos. Beauchamp y Childress (2019) proponen cuatro principios fundamentales: autonomía (respetar la capacidad de decisión del paciente), beneficencia (buscar activamente su bienestar), no maleficencia (evitar causar daño) y justicia (distribuir recursos equitativamente). En el contexto latinoamericano, estos principios deben interpretarse considerando las profundas desigualdades estructurales (Kottow, 2016).

La autonomía en pacientes con trastorno por uso de alcohol presenta desafíos particulares. Los cambios neurobiológicos asociados al consumo problemático pueden afectar temporalmente la capacidad de toma de decisiones (Volkow et al., 2019), planteando la pregunta: ¿Cómo respetamos la autonomía de quien la sociedad considera incapaz de decidir? La respuesta no es simple, pero comienza con el diálogo genuino, evaluando la capacidad en cada momento específico y reconociendo que la autonomía no es absoluta sino gradual y contextual.

La beneficencia en el tratamiento del consumo problemático de alcohol implica abordar integralmente los determinantes sociales, familiares y psicológicos que perpetúan el consumo. No basta tratar síntomas físicos; debemos entender que el consumo problemático de alcohol en América Latina está profundamente entrelazado con normalización cultural del consumo excesivo, pobreza y exclusión, roles tradicionales de género que asocian consumo con masculinidad y violencia estructural (Monteiro, 2007; Patel et al., 2018).

La bioética latinoamericana, articulada por pensadores como Diego Gracia y Miguel Kottow, propone una perspectiva situada que considera la vulnerabilidad como categoría central, el pluralismo moral y la interculturalidad, la justicia social como horizonte normativo, y la crítica a estructuras coloniales que perpetúan exclusión (Kottow, 2009; Tealdi, 2008).

Figura 1. Marco bioético de los cuatro principios aplicados al cuidado de personas con trastorno por uso de alcohol (TUA).



Nota. Los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia se interpretan considerando el contexto latinoamericano de inequidad estructural y vulnerabilidad. Adaptado de Beauchamp y Childress (2019) y Kottow (2016). Estos cuatro principios no operan en aislamiento sino que deben interpretarse de manera integrada y contextualizada, especialmente en América Latina donde las inequidades estructurales exigen una bioética de protección que priorice a las poblaciones más vulnerables.

2. El paciente con trastorno por uso de alcohol: dignidad, estigma y humanización

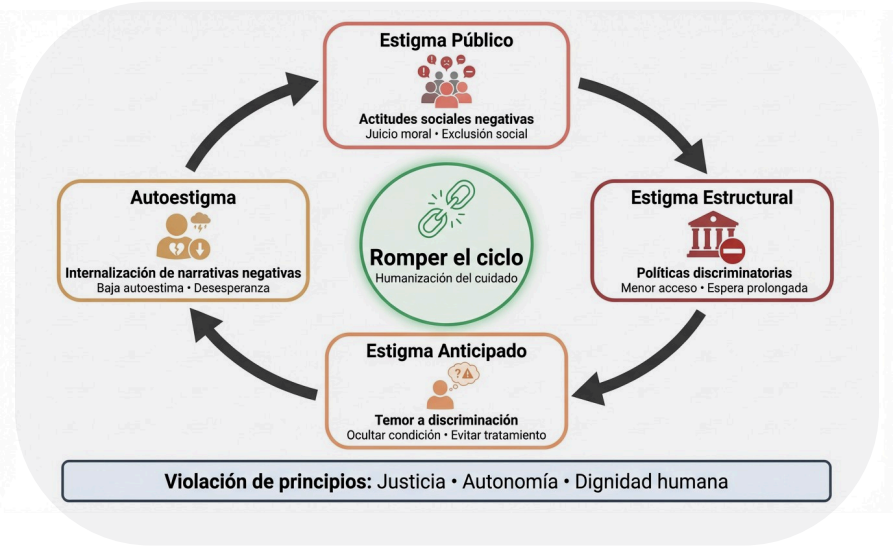
El panorama del consumo de alcohol en América Latina es preocupante. La región de las Américas (WHO) registra un consumo promedio de aproximadamente 7.5 - 8.0 litros de alcohol puro per cápita

anualmente, con variaciones significativas entre países: Chile y Argentina rondan los 8-9 litros, mientras otros países muestran cifras menores (OMS, 2019; WHO, 2024). Aproximadamente 20 - 22% de la población presenta patrones de consumo excesivo ocasional. El grupo etario más afectado está entre 15 y 29 años. Del 5 - 7% de adultos con trastorno por uso de alcohol grave, entre el 78 - 92% no recibe ningún tratamiento — lo que representa una brecha crítica de atención (WHO, 2024; SAMHSA, 2021) — y una de cada cuatro muertes prematuras en hombres jóvenes en Estados Unidos se asocia con consumo excesivo (CDC, 2023).

El estigma es quizás el determinante más devastador y directamente relacionado con cuestiones bioéticas. No es simplemente una actitud negativa; es una forma de violencia simbólica que niega la humanidad de las personas. Van Boekel et al. (2013) documentan que las personas con trastornos por consumo de sustancias sufren discriminación significativa en hospitales, manifestada en actitudes de juicio moral, menor tiempo de atención, falta de empatía, y exclusión de ciertos tratamientos.

El estigma opera en múltiples niveles: público (actitudes sociales negativas), estructural (políticas y prácticas institucionales discriminatorias), anticipado (temor a ser discriminado que lleva a ocultar la condición), y autoestigma (internalización de narrativas estigmatizantes). Este fenómeno viola simultáneamente los principios de justicia (niega acceso equitativo), autonomía (niega capacidad de agencia) y dignidad humana (reduce a las personas a su diagnóstico).

Figura 2. Niveles del estigma y su ciclo de perpetuación en personas con trastorno por uso de alcohol.



Nota. El estigma opera en múltiples niveles interconectados, desde actitudes sociales hasta internalización personal, violando principios bioéticos fundamentales. La humanización del cuidado busca romper este ciclo. Basado en Van Boekel et al. (2013) y Corrigan et al. (2017). Se puede observar cómo estos cuatro niveles de estigma se refuerzan mutuamente en un ciclo pernicioso. El estigma público genera políticas discriminatorias (estigma estructural), lo que produce temor anticipado en las personas afectadas, quienes pueden internalizar estas actitudes negativas (autoestigma), perpetuando así el ciclo. Romper este ciclo requiere intervenciones simultáneas en todos los niveles.

La humanización del cuidado emerge como respuesta ética fundamental. Según la OMS (2020), los sistemas de salud que integran principios de humanización mejoran significativamente los resultados clínicos. Humanizar significa reconocer la integralidad de cada persona (cuerpo, mente, situación social, espiritualidad), su singularidad (cada historia es única), la necesidad de empatía clínica genuina, y la

importancia de comunicación efectiva que construya decisiones compartidas.

Estudios demuestran que cuando se personaliza el tratamiento considerando las necesidades individuales, la adherencia puede mejorar significativamente. La empatía médica se asocia con mayor satisfacción del paciente (Davis, 2018), y la comunicación efectiva puede reducir sustancialmente los errores médicos. La atención humanizada se asocia con mejores resultados clínicos. Javier no necesitaba solo tratamiento médico; necesitaba ser visto, escuchado y comprendido como ser humano que sufre. La humanización nos exige preguntar constantemente: ¿Realmente estoy escuchando al paciente? ¿Respeto su historia aunque no la comprenda? ¿Trato su dolor o solo sus síntomas?

3. Estrategias prácticas para la humanización del cuidado y el trabajo multidisciplinario

La evidencia científica demuestra que los enfoques humanizados y multidisciplinarios superan a los métodos fragmentados o punitivos (SAMHSA, 2020). El tratamiento efectivo del trastorno por uso de alcohol requiere necesariamente la colaboración de múltiples disciplinas, cada una aportando su perspectiva única para el cuidado integral de la persona.

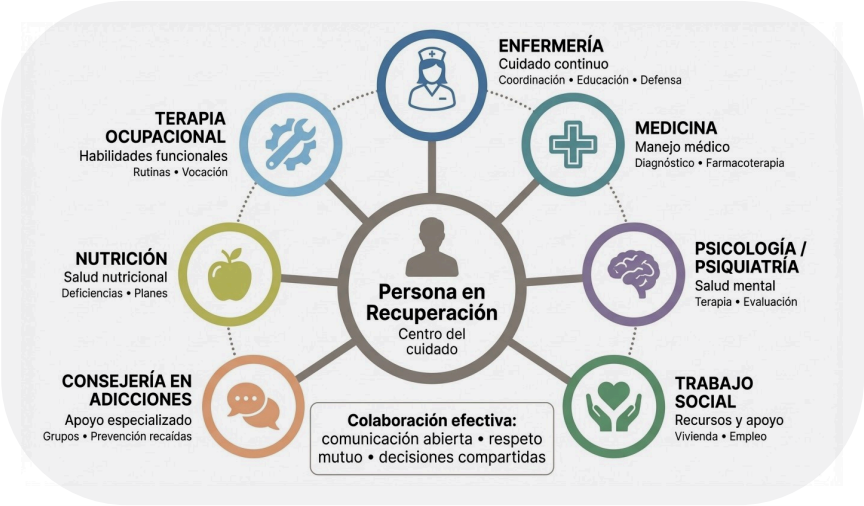
El equipo multidisciplinario: componentes esenciales

- **Enfermería:** proporciona cuidado continuo, educación al paciente y familia, monitoreo de síntomas de abstinencia, coordinación del cuidado y defensa del paciente. Las enfermeras son frecuentemente el primer punto de contacto y tienen la oportunidad única de establecer relaciones terapéuticas basadas en confianza.

- **Medicina:** los médicos diagnostican y tratan complicaciones médicas del consumo de alcohol, manejan farmacoterapia (como naltrexona, acamprosato, disulfiram), y supervisan condiciones comórbidas. La colaboración médico-enfermera es fundamental para el manejo seguro de la desintoxicación.
- **Psicología y Psiquiatría:** proporcionan terapias basadas en evidencia (entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual, terapia de prevención de recaídas), evalúan y tratan trastornos mentales comórbidos (depresión, ansiedad, trauma), y apoyan el desarrollo de habilidades de afrontamiento.
- **Trabajo Social:** conectan a las personas con recursos comunitarios, abordan determinantes sociales de la salud (vivienda, empleo, servicios sociales), facilitan el acceso a tratamiento, y trabajan con sistemas familiares. Son fundamentales para navegar barreras estructurales al cuidado.
- **Consejería en adicciones:** los especialistas certificados en adicciones, principalmente aquellos con experiencia vivida de recuperación (peer specialists), proporcionan apoyo especializado, facilitan grupos de apoyo mutuo, y ofrecen perspectivas únicas basadas en su propia experiencia.
- **Nutrición y Dietética:** abordan deficiencias nutricionales comunes (tiamina, folato, vitamina B12), desarrollan planes alimenticios para recuperación física, y educan sobre la relación entre nutrición y salud mental.

- **Terapia Ocupacional:** ayudan a desarrollar rutinas saludables, habilidades vocacionales, y actividades significativas que apoyen la recuperación y reduzcan el riesgo de recaída.

Figura 3. Modelo de atención multidisciplinaria centrada en la persona para el tratamiento del trastorno por uso de alcohol.



Nota. Siete disciplinas esenciales colaboran en torno a la persona en recuperación, integrando sus perspectivas únicas en un plan de cuidado cohesivo. La colaboración efectiva requiere comunicación abierta, respeto mutuo entre disciplinas, y colocar las necesidades y preferencias de la persona en el centro de todas las decisiones. El modelo de atención multidisciplinaria coloca a la persona en el centro, con cada disciplina aportando su experiencia única mientras mantiene una comunicación fluida con las demás. Este enfoque integrado es fundamental para abordar la complejidad biopsicosocial del trastorno por uso de alcohol.

Estrategias de Colaboración Efectiva

- **Reuniones de equipo regulares:** discusión de casos complejos, planificación de cuidado coordinado, y toma de decisiones compartida respetando la autonomía del paciente.

- **Planes de tratamiento integrados:** documentación compartida que refleje la contribución de cada disciplina y asegure continuidad del cuidado.
- **Comunicación abierta:** canales claros para consultas interdisciplinarias y respuesta rápida a crisis o cambios en la condición del paciente.
- **Respeto mutuo:** reconocimiento del valor único de cada disciplina y creación de una cultura de colaboración verdadera, no jerárquica.
- **Atención integral:** ver a la persona completa. Este enfoque multidisciplinario es significativamente más efectivo que el tratamiento fragmentado (Miller & Rollnick, 2013; WHO, 2018).
- **Espacios dignificantes:** crear ambientes terapéuticos que respeten a las personas. En espacios humanizados, menos personas abandonan el tratamiento (Corrigan et al., 2017).
- **Medicina narrativa:** escuchar y valorar la historia de vida como parte del tratamiento. Mejora adherencia (Charon, 2016).
- **Apoyo entre pares:** incluir personas con experiencia vivida de recuperación. Aumenta significativamente las tasas de recuperación exitosa (Tracy & Wallace, 2016).
- **Competencia cultural:** adaptar tratamientos a creencias y costumbres locales. Mejora resultados cuando se respeta la cultura (Bernal & Sáez-Santiago, 2006).
- **Enfoque familiar:** en Latinoamérica, donde el familismo es central, es fundamental abordar a la familia como unidad de

cuidado. Un porcentaje significativo de familias con un miembro con trastorno por uso de alcohol desarrollan disfunción familiar (Steinglass et al., 2020), y una proporción considerable de recaídas se relacionan con problemas familiares no resueltos (Rodríguez-Martos, 2019). Las terapias familiares culturalmente adaptadas muestran mejores resultados que el tratamiento individual (O'Farrell & Clements, 2022).

La toma de decisiones compartida es fundamental. Este modelo combina conocimiento médico con preferencias y valores del paciente, siendo esencial en adicciones donde el compromiso personal es crítico para el éxito (Charles et al., 2017). El respeto a la diversidad cultural implica considerar las particularidades de cada contexto latinoamericano e integrar creencias locales cuando sea apropiado (Koenig & Gates-Williams, 2015).

4. Desafíos bioéticos en la investigación: consentimiento informado en situaciones complejas

La investigación sobre trastornos por uso de alcohol presenta desafíos éticos particulares que requieren proteger a poblaciones vulnerables sin excluirlas de potenciales beneficios científicos. Una proporción significativa de personas con trastornos graves por uso de alcohol pueden experimentar dificultades temporales para tomar decisiones claras, especialmente durante períodos de intoxicación aguda o abstinencia.

El desafío del consentimiento informado en intoxicación aguda

Una situación particularmente compleja surge cuando el contacto inicial con participantes potenciales ocurre durante estados de intoxica-

ción aguda, como es común en servicios de emergencia, centros de desintoxicación, o programas de alcance comunitario. Esta realidad plantea dilemas éticos fundamentales sobre la capacidad de consentir y la validez del consentimiento inicial.

Principios Éticos Fundamentales:

a. El consentimiento otorgado durante la intoxicación aguda NO es válido. Una persona intoxicada no puede proporcionar consentimiento informado genuino debido a la afectación temporal de su capacidad de juicio, procesamiento de información, y toma de decisiones (Appelbaum & Grisso, 2001; Roberts & Kim, 2015).

b. El primer contacto durante la intoxicación puede servir para: explicar brevemente el estudio, proporcionar información escrita básica, obtener información de contacto (si la persona lo permite), y programar un encuentro posterior cuando la persona esté sobria.

c. El consentimiento verdadero solo puede obtenerse cuando la persona está sobria y en condiciones de comprender plenamente la información, evaluar riesgos y beneficios, y tomar una decisión libre e informada.

Protocolo de Re-consentimiento: Mejores prácticas

El re-consentimiento es un proceso ético esencial que reconoce que la capacidad de consentir puede fluctuar en personas con trastornos por uso de alcohol. Este proceso debe incluir:

Fase 1 - Contacto Inicial (durante intoxicación):

- Evaluación básica de la condición del paciente y nivel de intoxicación
- Explicación muy breve y simple sobre la existencia de un estudio
- Ofrecimiento de información escrita en lenguaje simple
- Solicitud de permiso para contacto posterior (con énfasis en que esto NO es consentimiento para participar)
- Documentación clara de que NO se obtuvo consentimiento informado
- Respeto absoluto si la persona rechaza cualquier contacto futuro

Fase 2 - Evaluación de Sobriedad:

- Esperar período apropiado según el nivel de intoxicación (típicamente 8-24 horas)
- Evaluación formal de la capacidad de consentir usando herramientas validadas
- Considerar signos de abstinencia que también pueden afectar capacidad
- Si la persona aún no está en condiciones de consentir, posponer nuevamente

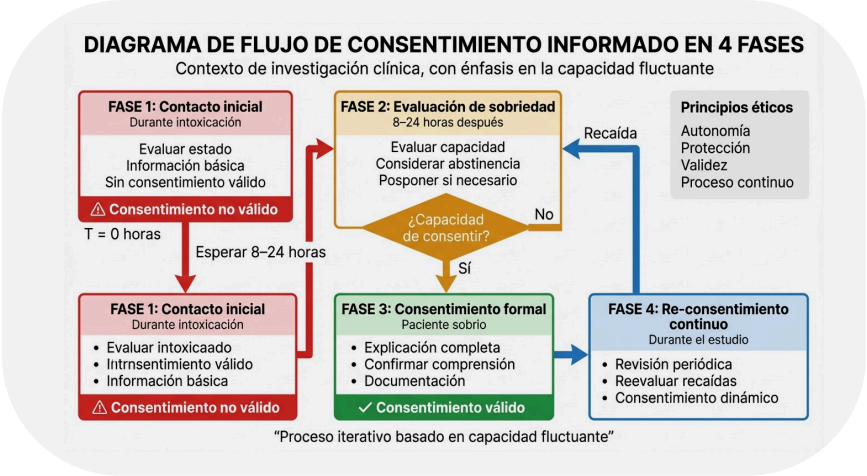
Fase 3 - Proceso de Consentimiento Formal:

- Explicación completa del estudio en ambiente tranquilo y privado
- Uso de materiales adaptados culturalmente y al nivel educativo
- Verificación de comprensión mediante método "teach-back" (la persona explica con sus propias palabras)
- Tiempo suficiente para preguntas y reflexión
- Énfasis en la voluntariedad y derecho a retirarse en cualquier momento
- Documentación completa del proceso

Fase 4 - Re-consentimiento Continuo:

- Revisión periódica del consentimiento, especialmente si hay recaídas
- Nueva evaluación de capacidad si la persona presenta intoxicación durante el estudio
- Suspensión temporal de procedimientos de investigación durante recaídas hasta re-estabilización
- Documentación de cada re-evaluación y re-consentimiento

Figura 4. Protocolo de cuatro fases para consentimiento informado en investigación con personas con trastorno por uso de alcohol cuando el contacto inicial ocurre durante intoxicación.



Nota. El protocolo reconoce que la capacidad de consentir puede fluctuar y establece salvaguardas éticas rigurosas para proteger la autonomía de participantes vulnerables. La Fase 4 enfatiza que el consentimiento es un proceso continuo, no un evento único. Basado en Appelbaum & Grisso (2001) y Roberts & Kim (2015). El protocolo completo es de cuatro fases, enfatizando que el consentimiento informado en personas con trastorno por uso de alcohol no es un evento único sino un proceso continuo que debe adaptarse a la capacidad fluctuante del participante. Este enfoque ético protege la autonomía mientras permite la inclusión de poblaciones vulnerables en investigación que puede beneficiarles.

Consideraciones especiales en el contexto latinoamericano

- **Adaptación cultural:** crear materiales de consentimiento que sean fáciles de entender, considerando el nivel educativo, idiomas locales y la forma en que cada cultura comprende el consumo de alcohol y la investigación (Flaskerud, 2007; Organización Panamericana de la Salud, 2018).

- **Apoyo en decisiones:** en culturas colectivistas latinoamericanas, puede ser apropiado incluir personas de confianza (familiares, líderes comunitarios) que puedan ayudar en la toma de decisiones cuando sea necesario, respetando siempre la autonomía del participante pero reconociendo sus vulnerabilidades y contexto cultural (Dunn et al., 2006; NIAAA, 2021).
- **Consideraciones de equidad:** los comités de ética en Latinoamérica enfrentan desafíos significativos para determinar compensación apropiada para participantes de investigación, especialmente en contextos de pobreza. La compensación debe ser suficiente para reconocer tiempo y molestias, pero no tan alta como para constituir influencia indebida que comprometa la voluntariedad.
- **Prevención de estigmatización:** los estudios pueden incrementar discriminación si no se diseñan adecuadamente. Muchos estudios sobre trastornos por uso de alcohol en la región no incluyen análisis de potencial estigmatización. Las investigaciones deben usar lenguaje respetuoso, proteger rigurosamente la confidencialidad, e incluir personas con experiencia vivida en el diseño.

Metodologías Apropiadas para Contextos Vulnerables

- **Investigación participativa:** incluir a miembros de la comunidad en todo el proceso de investigación, desde el diseño hasta la diseminación de resultados (Israel et al., 2020).

- **Métodos mixtos:** combinar datos cuantitativos con cualitativos para capturar la complejidad de la experiencia vivida (Creswell & Plano Clark, 2018).
- **Validación cultural:** adaptar herramientas de investigación para diferentes contextos latinoamericanos (Flórez-Salamanca et al., 2019). Un caso ilustrativo es el estudio en comunidades indígenas peruanas donde toda la comunidad participó en la decisión sobre el estudio, se realizaron reuniones en idioma local, y se formó un comité comunitario para supervisar la investigación (Beaman et al., 2016; Schnarch, 2004; CIOMS, 2016).

5. Tecnología, ética y el rol de la enfermera en salud digital

La revolución digital transforma el tratamiento de los trastornos por uso de alcohol pero plantea nuevos desafíos éticos. Las aplicaciones móviles diseñadas culturalmente pueden ayudar a monitorear el consumo, especialmente útiles en zonas rurales (Baumel et al., 2017; Riper et al., 2018). Estudios muestran resultados variables en reducción de días de consumo problemático, con mejores resultados cuando se combinan intervenciones digitales con apoyo humano. Sin embargo, plantean preguntas sobre privacidad de datos, acceso equitativo, y si pueden reemplazar la conexión humana fundamental en recuperación.

Los dispositivos portátiles que detectan consumo de alcohol muestran alta precisión (Wang et al., 2019; Fairbairn et al., 2018), pero generan preocupaciones sobre vigilancia y posible uso punitivo. La estimulación cerebral reduce significativamente el antojo (Madeo et al., 2020; Zangen et al., 2014), pero plantea preguntas sobre identidad y

autonomía. La telemedicina adaptada a realidades latinoamericanas ha mostrado efectividad en zonas rurales (López-Morales et al., 2020), pero puede perpetuar inequidades si no se considera la brecha digital. Las enfermeras tienen un rol crítico: desarrollar competencias digitales manteniendo postura crítica, acompañar la alfabetización digital de pacientes, defender privacidad y autonomía, mantener la humanización del cuidado, y participar en diseño y evaluación de tecnologías.

6. Formación profesional y competencias en bioética para trabajo multidisciplinario

- Los profesionales de la salud necesitan competencias específicas para el trabajo ético y multidisciplinario efectivo. Las competencias esenciales incluyen:
- **Pensamiento ético aplicado:** habilidad para identificar dilemas éticos y usar métodos de deliberación. El entrenamiento en bioética mejora la confianza en la toma de decisiones complejas (Gracia, 2021).
- **Comunicación ética e interdisciplinaria:** capacidad para dialogar efectivamente tanto con pacientes como con otros profesionales de diferentes disciplinas. El entrenamiento mejora la adherencia al tratamiento (Miller & Rollnick, 2023).
- **Sensibilidad cultural:** reconocer que en Latinoamérica las diferencias culturales influyen significativamente en la comprensión de valores éticos (Kottow, 2020).

- **Defensa de derechos:** compromiso con justicia social y protección de poblaciones vulnerables. Profesionales con esta formación implementan más intervenciones de equidad (Luna & Salles, 2019).
- **Colaboración interdisciplinaria:** habilidad para trabajar efectivamente en equipos multidisciplinarios, respetando la contribución única de cada profesión, comunicándose claramente a través de fronteras disciplinarias, y manteniendo al paciente en el centro de todas las decisiones.

Las recomendaciones prácticas se organizan en tres niveles:

- **Nivel individual:** usar lenguaje no estigmatizante ("persona con trastorno por uso de alcohol" en lugar de "alcohólico"), escuchar con atención, reconocer fortalezas, y crear metas colaborativamente (Kelly et al., 2021; Miller & Rollnick, 2013).
- **Nivel organizacional:** crear espacios acogedores (Ulrich et al., 2018), asegurar atención continua (Institute of Medicine, 2006), formar equipos multidisciplinarios diversos (Sue & Sue, 2019), e incluir personas con experiencia vivida (Davidson et al., 2012).
- **Nivel sistémico:** abogar por políticas de acceso (Volkow & Boyle, 2018), participar en reducción de estigma (Corrigan et al., 2017), integrar servicios en atención primaria (WHO, 2020), y documentar buenas prácticas (Proctor et al., 2011).

Figura 5. Tres niveles de intervención para la humanización del cuidado en el tratamiento del trastorno por uso de alcohol.



Nota. Las intervenciones efectivas requieren acción coordinada en el nivel individual (práctica clínica cotidiana), organizacional (instituciones de salud), y sistémico (políticas públicas). Los niveles son interdependientes: los cambios individuales se sostienen con apoyo organizacional, y las transformaciones institucionales requieren un marco de políticas favorables. Adaptado de Proctor et al. (2011) y WHO (2020). Estos tres niveles de intervención son interdependientes y se refuerzan mutuamente. Los cambios sostenibles en la humanización del cuidado requieren esfuerzos coordinados en todos los niveles, desde las interacciones individuales hasta las políticas públicas nacionales.

Conclusiones

La bioética en la práctica de enfermería no es un lujo intelectual ni una carga burocrática; es un compromiso fundamental con la humanidad de cada persona. Tres conclusiones emergen:

Primero, tratar con humanidad a personas con trastornos por uso de alcohol es una obligación ética que respeta la dignidad inherente. El estigma y la discriminación son violaciones éticas que debemos activamente combatir a través de lenguaje no estigmatizante, actitudes compasivas, y sistemas de atención humanizados.

Segundo, el tratamiento efectivo requiere trabajo verdaderamente multidisciplinario. Ninguna disciplina puede por sí sola abordar la complejidad del trastorno por uso de alcohol. La enfermería, medicina, psicología, trabajo social, y otras disciplinas deben colaborar en equipos integrados que coloquen a la persona en el centro del cuidado.

Tercero, la investigación ética sobre trastornos por uso de alcohol en Latinoamérica requiere atención especial al consentimiento informado, particularmente en situaciones de intoxicación. El re-consentimiento cuando el paciente está sobrio no es opcional; es un imperativo ético fundamental que respeta la autonomía y protege a participantes vulnerables.

Volviendo a Javier: cuando llegó a urgencias nuevamente, el equipo multidisciplinario ya lo conocía. La enfermera, el médico, el trabajador social, y el consejero en adicciones colaboraron para desarrollar un plan de cuidado integral. Ya no lo veían como "el que bebe y se cae", sino como

una persona que necesita apoyo multifacético. Algo cambió, no porque Javier sanara repentinamente, sino porque sintió que su vida importaba y que un equipo completo estaba comprometido con su recuperación.

"Eso también es curar. Eso también es cuidar."

La humanización del cuidado se construye en pequeños actos cotidianos de respeto, escucha y solidaridad profesional. Es la decisión, renovada cada día, de ver la humanidad completa en cada persona, usar lenguaje que respete su dignidad, trabajar colaborativamente con colegas de otras disciplinas, y proteger sus derechos en investigación. Este es nuestro llamado: comprometernos con una práctica verdaderamente ética, humanizada y multidisciplinaria. El verdadero progreso científico no puede separarse del respeto a la dignidad humana. En el tratamiento de trastornos por uso de alcohol, esto significa recordar que detrás de cada estadística hay una persona real con su propia historia que merece ser respetada, escuchada y acompañada por un equipo completo de profesionales comprometidos con su bienestar integral.

Referencias

Appelbaum, P. S., & Grisso, T. (2001). *MacCAT-CR: MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research*. Professional Resource Press.

Baumel, A., Muench, F., Fischer, N., & Insel, T. (2017). *The new digital health in psychiatry. Psychiatric Services, 68*(11), 1198–1201. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700121

Beaman, A., Smith, R., Jones, L., Davis, K., Wilson, M., Taylor, J., & Evans, P. (2016). *Traditional fermented beverages in Peruvian indigenous communities. Journal of Ethnobiology, 36*(2), 312–329.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

Bernal, G., & Sáez-Santiago, E. (2006). Culturally centered psychosocial interventions. *Journal of Community Psychology, 34*(2), 121–132. https://doi.org/10.1002/jcop.20088

Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Alcohol and public health: Alcohol-Related Disease Impact (ARDI)*. CDC.

Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (2017). *Shared decision-making in the medical encounter. Social Science & Medicine, 44*(5), 681–692. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00177-0

Charon, R. (2016). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness.* Oxford University Press.

Council for International Organizations of Medical Sciences. (2016). *International ethical guidelines for health-related research involving humans.*

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2017). Challenging the stigma of mental illness. *American Psychologist, 72*(9), 924–935. https://doi.org/10.1037/amp0000227

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.

Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses. *World Psychiatry, 11*(2), 123–128. https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009

Davis, M. H. (2018). *Empathy: A social psychological approach.* Routledge.

Dunn, L. B., Nowrangi, M. A., Palmer, B. W., Jeste, D. V., & Saks, E. R. (2006). *Assessing decisional capacity for clinical research or treatment. American Journal of Psychiatry, 163*(8), 1323–1334. https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1323

Fairbairn, C. E., Kang, D., & Bosch, N. (2018). Wearable biosensors for alcohol monitoring. *Current Addiction Reports, 5*(1), 10–18. https://doi.org/10.1007/s40429-018-0183-1

Flaskerud, J. H. (2007). Cultural competence: What is it? *Issues in Mental Health Nursing, 28*(1), 121–123. https://doi.org/10.1080/01612840601096535

Gracia, D. (2021). La deliberación moral: El método de la bioética. *Revista Iberoamericana de Bioética,* (16), 1–13. https://doi.org/10.14422/rib.i16.y2021.001

Institute of Medicine. (2006). *Improving the quality of health care for mental and substance-use conditions*. National Academies Press.

Israel, B. A., Coombe, C. M., Cheezum, R. R., Schulz, A. J., McGranaghan, R. J., Lichtenstein, R., Reyes, A. G., Clement, J. R., & Burris, A. (2020). Community-based participatory research. *American Journal of Public Health, 110*(1), 30–37. https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305398

Kelly, J. F., Wakeman, S. E., & Saitz, R. (2021). Language matters: A policy statement from the American Society of Addiction Medicine. *Journal of Addiction Medicine, 15*(1), 1–15. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000789

Koenig, H. G., & Gates-Williams, J. (2015). Religion, spirituality, and health: A review and update. *Advances in Mind-Body Medicine, 29*(3), 19–26.

Kottow, M. (2009). Bioética de protección: Consideraciones sobre el contexto latinoamericano. *Revista Redbioética/UNESCO, 1*(1), 10–18.

Kottow, M. (2016). Bioética en América Latina: Perspectivas críticas. *Revista Latinoamericana de Bioética, 16*(1), 8–15. https://doi.org/10.18359/rlbi.1437

Kottow, M. (2020). Cultural sensitivity in bioethics: The Latin American experience. *Developing World Bioethics, 20*(2), 67–73. https://doi.org/10.1111/dewb.12242

López-Morales, V., García, R., & Martínez, E. (2020). Effectiveness of culturally adapted telemedicine for rural populations in Latin America. *Journal of Telemedicine and Telecare, 26*(8), 498–505. https://doi.org/10.1177/1357633X19839401

Luna, F., y Salles, A. (Eds.). (2019). *Bioética: Nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Fondo de Cultura Económica.

Madeo, F., Di Giuda, D., & Pettorruso, M. (2020). Transcranial magnetic stimulation for alcohol craving reduction: A meta-analysis. (1), 177–184. https://doi.org/10.1038/s41386-019-0487-1

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2023). *Motivational interviewing: Helping people change and grow* (4th ed.). Guilford Press.

Monteiro, M. G. (2007). Alcohol and public health in Latin America: A driver's view. *Addiction, 102*(6), 848–851. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01826.x

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2021). *Ethical considerations in alcohol research with vulnerable populations*. NIAAA Research Guidelines.

O'Farrell, T. J., & Clements, K. (2022). *Behavioral couples therapy for substance abuse*. Guilford Press.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Global status report on alcohol and health 2018*.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *World health statistics 2020: Monitoring health for the SDGs*.

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Alcohol y atención primaria de la salud: Informaciones clínicas básicas*.

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Nock, M. K., Qian, M., ... UnÜzer, J. (2018). *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. The Lancet, 392*(10157), 1553–1598. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Implementation research in mental health services. *Administration and Policy in Mental Health, 38*(1), 4–15. https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7

Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Boumparis, N., Mira, A., Anderson, P., Berman, A. H., Bertholet, N., Bischof, G., Blankers, M., Boon, B., BoSS, L., Brendryen, H., Cunningham, J. A., Ebert, D. D., Hansen, A. B. G., Helgadottir, B., Jander, A., ... Smit, F. (2018). Digital interventions for alcohol use disorders: A systematic review and meta-analysis. Lancet *Digital Health, 1*(1), e22–e30. https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30001-2

Roberts, L. W., & Kim, J. P. (2015). Consent and capacity in addiction research. *Addiction Science & Clinical Practice, 10*(1), 1–6. https://doi.org/10.1186/s13722-015-0032-4

Rodríguez-Martos, A. (2019). Factores familiares en las recaídas del trastorno por uso de alcohol. *Adicciones, 31*(3), 211–223. https://doi.org/10.20882/adicciones.1042

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Trauma-informed care in behavioral health services.*

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health.*

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2023). *Drug Abuse Warning Network (DAWN): National estimates of alcohol-related emergency department visits.*

Schnarch, B. (2004). Ownership, control, access, and possession (OCAP) or self-determination applied to research. *Journal of Aboriginal Health, 1*(1), 80–95.

Steinglass, P., Bennett, L. A., Wolin, S. J., & Reiss, D. (2020). *The alcoholic family: Drinking problems in family systems.* Basic Books.

Sue, D. W., & Sue, D. (2019). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice (8th ed.). Wiley.*

Tealdi, J. C. (Ed.). (2008). *Diccionario latinoamericano de bioética.* UNESCO; Universidad Nacional de Colombia.

Tracy, K., & Wallace, S. P. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 7, 143–154. https://doi.org/10.2147/SAR.S96770

Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H. B., Choi, Y. S., Quan, X., & Joseph, A. (2018). The role of the physical environment in the hospital of the 21st century. Health Environments Research & Design Journal, 11(2), 163–181. https://doi.org/10.1177/1937586718768000

Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 131*(1-2), 23–35. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018

Volkow, N. D., & Boyle, M. (2018). Neuroscience of addiction: Implications for prevention and treatment. *National Institute on Drug Abuse.*

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2019). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine, 381*(1), 41–51. https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480

Wang, M., Zhang, L., & Liu, Y. (2019). Accuracy and reliability of wearable alcohol biosensors: A meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research, 21*(5), Artículo e12821. https://doi.org/10.2196/12821

World Health Organization. (2018). *Integrating health services.*

World Health Organization. (2020). *Community-based health services: Reaching underserved populations.*

World Health Organization. (2024). *Global status report on alcohol and health 2024.*

Zangen, A., Roth, Y., & Volkow, N. D. (2014). Deep TMS for addiction. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 52,* 102–108. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2013.09.016

Descargo de responsabilidad: Esta investigación fue apoyada [en parte] por el Programa de Investigación Intramuros de los Institutos Nacionales de Salud (NIH, por sus siglas en inglés). Las contribuciones de los autores del NIH se realizaron como parte de sus funciones oficiales como empleados federales del NIH, cumplen con los requisitos de las políticas de la agencia y se consideran obras del Gobierno de los Estados Unidos. Sin embargo, los hallazgos y conclusiones presentados en este artículo son de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones del NIH o del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés)"

Capítulo XIII

Investigación en enfermería como práctica transformadora: ciencia, cuidado y ética en contextos latinoamericanos



Dra. Paule Valery Joseph

Resumen

La investigación en enfermería constituye un acto ético de transformación social en América Latina. Este capítulo explora cómo la producción de conocimiento desde el cuidado responde a contextos de desigualdad estructural, violencia institucional y exclusión sanitaria. Se argumenta que investigar desde la enfermería es una forma de resistencia epistémica que dignifica las experiencias silenciadas, documenta el sufrimiento no registrado y transforma sistemas de salud injustos. Mediante el análisis de metodologías cualitativas, cuantitativas y participativas, se demuestra que la pregunta de investigación refleja valores profesionales y compromisos co-

munitarios. El capítulo concluye posicionando a cada enfermera como productora legítima de evidencia científica que humaniza el cuidado y construye justicia sanitaria.

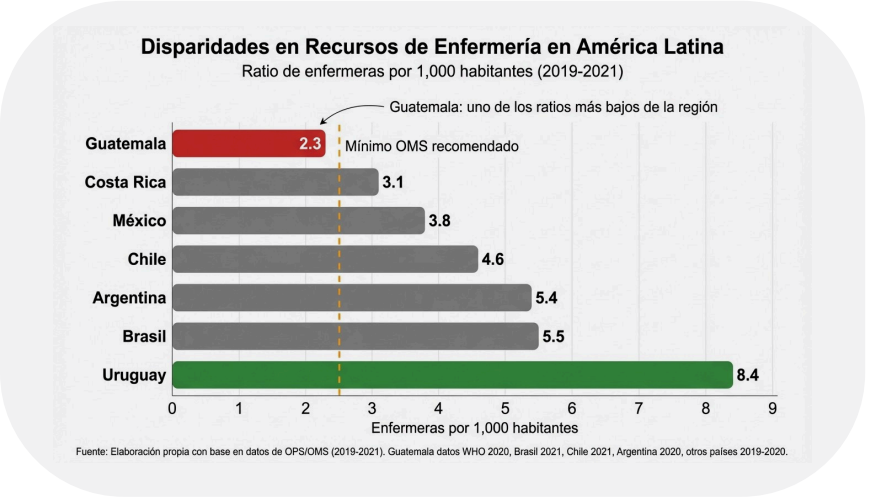
Introducción

Una enfermería que investiga para transformar

La enfermería en América Latina ha construido su identidad profesional en medio de la adversidad. Durante décadas, enfermeras y enfermeros han brindado cuidado directo en condiciones de escasez material, desigualdad estructural y silenciamiento institucional. Sin embargo, en los últimos treinta años ha emergido una conciencia colectiva transformadora: la investigación no es un privilegio reservado para académicos enclaustrados en torres de marfil, sino una herramienta fundamental para transformar la realidad de nuestras comunidades más vulnerables.

Este capítulo defiende una tesis central: investigar desde la enfermería es cuidar desde la justicia. Cuando una enfermera documenta sistemáticamente el dolor no registrado, cuando cuestiona las decisiones clínicas que perpetúan inequidades, cuando visibiliza las barreras de acceso que enfrentan poblaciones marginadas, está ejerciendo simultáneamente dos actos políticos profundos: la resistencia epistémica y la memoria profesional (Alligood, 2018).

Figura 1. Disparidades en Recursos de Enfermería en América Latina



Nota. Comparación de ratio de enfermeras por 1,000 habitantes por país. Guatemala (0.89/1,000) destacada en rojo representa el ratio más bajo de la región, muy por debajo del mínimo recomendado por la OMS (2.5/1,000). Fuente: Elaboración propia con base en datos de OPS/OMS (2019-2021).

América Latina presenta profundas disparidades en la distribución de recursos humanos de enfermería. Guatemala, con 0.89 enfermeras por 1,000 habitantes, se encuentra entre los países con menor densidad de personal enfermero en la región, muy por debajo del promedio latinoamericano y significativamente inferior a países como Brasil (5.5/1,000 en 2021), Chile (4.6/1,000 en 2021) o Argentina (5.4/1,000 en 2020). Esta inequidad en distribución de recursos se traduce directamente en condiciones laborales precarias, cargas de trabajo insostenibles y limitaciones para dedicar tiempo a actividades de investigación y desarrollo profesional.

La investigación en enfermería latinoamericana no puede ser neutral. Cada dato recogido, cada historia clínica analizada, cada experiencia narrada está atravesada por las coordenadas del poder, la clase, el género, la etnicidad y la geografía. Por ello, este capítulo propone comprender la investigación como una práctica situada que reconoce su contexto, nombra las injusticias que pretende transformar y se compromete éticamente con las comunidades que estudia.

Desarrollo

¿Por qué investigamos? Ética, responsabilidad y memoria profesional

La Investigación como Acto Ético

Investigar es, ante todo, un acto ético. En contextos marcados por la exclusión sanitaria, la pobreza estructural y la desconfianza institucional heredada de regímenes autoritarios, preguntar de forma sistemática sobre los efectos del cuidado, sobre el sufrimiento invisibilizado, o sobre las decisiones clínicas que pasan desapercibidas constituye un gesto de profunda responsabilidad social (Fawcett & Garity, 2009). No se trata solamente de producir artículos académicos o cumplir con requisitos de titulación; se trata de ejercer una vigilancia ética sobre nuestras propias prácticas profesionales.

La enfermería investiga para no olvidar. En sistemas de salud donde las estadísticas oficiales frecuentemente ocultan muertes maternas

prevenibles, donde los registros clínicos borran la violencia obstétrica, donde las historias de sufrimiento de poblaciones indígenas permanecen sin documentar, la investigación se convierte en un acto de memoria. Cada estudio cualitativo que registra testimonios de violencia institucional, cada análisis epidemiológico que demuestra inequidades en acceso a tratamiento, cada revisión sistemática que expone la ausencia de evidencia culturalmente apropiada es, simultáneamente, un acto de justicia testimonial (Polit & Beck, 2021).

El legado de Florence Nightingale: Datos como herramienta de cambio

Recordamos a Florence Nightingale no solo por su entrega humanitaria en el frente de batalla durante la Guerra de Crimea, sino fundamentalmente por sus cuadros estadísticos, sus gráficas revolucionarias y sus datos meticulosamente documentados. Nightingale comprendió una verdad fundamental: una enfermera no solo alivia el dolor inmediato, también lo mide, lo nombra, lo contextualiza y lo visibiliza ante quienes tienen poder para transformar sistemas (Nightingale, 1859/1969).

Sus famosos diagramas de área polar, creados en 1858 tras su retorno de la guerra, no fueron simples ejercicios estéticos; fueron argumentos políticos construidos con evidencia cuantitativa que demostraron que aproximadamente 4 soldados británicos morían por condiciones sanitarias deplorables por cada soldado caído por heridas de guerra. Nightingale utilizó la estadística como instrumento de denuncia y palanca de reforma. Su legado nos enseña que los números, cuando se presentan con claridad moral, pueden salvar vidas y cambiar instituciones.

Figura 2. Hitos Históricos de la Investigación en Enfermería.



Nota. Línea de tiempo desde 1854 hasta 2024 mostrando momentos transformadores en la evolución de la investigación enfermera. Destaca en verde las contribuciones latinoamericanas: Wanda Horta (1979), redes regionales (2007) y consolidación de doctorados (2024). Elaboración propia basada en Alligood (2018) y Horta (1979).

La evolución histórica de la investigación en enfermería, destacando momentos transformadores que han conformado nuestra identidad profesional. Desde las innovaciones estadísticas de Nightingale en 1858, pasando por el desarrollo de las primeras teorías norteamericanas en la década de 1960, hasta el florecimiento de pensamiento enfermero latinoamericano con Wanda Horta en Brasil (1979) y la consolidación de redes investigativas regionales en el siglo XXI, cada hito representa un avance en el reconocimiento de la enfermería como disciplina científica con voz propia.

Wanda de Aguiar Horta: La voz pionera de la Enfermería Latinoamericana

En América Latina, la enfermera brasileña Wanda de Aguiar Horta (1926-1981) desarrolló la primera teoría de enfermería brasileña: la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas. Publicada en 1979 en su obra "Processo de Enfermagem", esta teoría adaptó la jerarquía de necesidades de Maslow al contexto latinoamericano, clasificando las necesidades en tres dimensiones: psicobiológicas (oxigenación, nutrición, eliminación), psicosociales (comunicación, recreación, autoestima) y psicoespirituales (creencias religiosas, filosofía de vida).

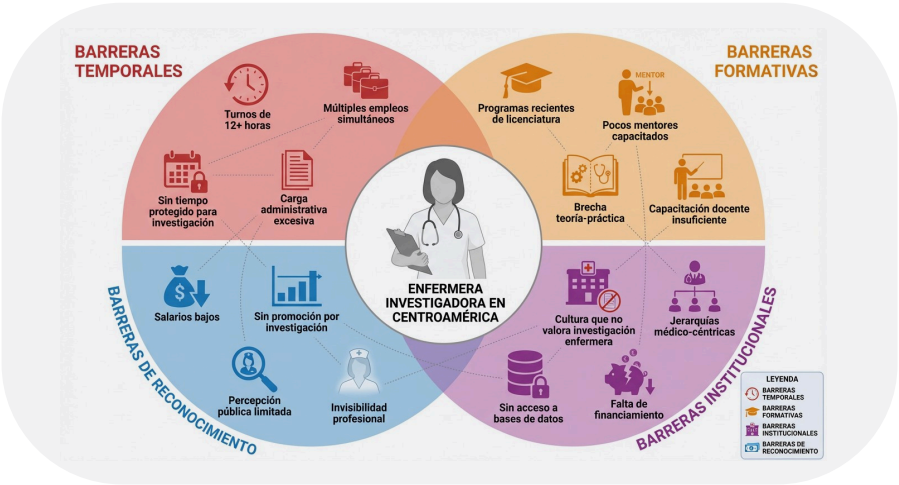
Horta no solo creó una teoría; diseñó el Proceso de Enfermería con seis fases interrelacionadas: histórico, diagnóstico, plano asistencial, prescripción, evolución y pronóstico, representadas en el Hexágono de Horta. Su lema "Gente que cuida de gente" capturaba su convicción profunda de que la enfermería debía trascender el modelo biomédico dominante y reconocer al ser humano en su totalidad. Horta luchó incansablemente para que la enfermería dejará de ser vista como mera ejecución de órdenes médicas y se reconociera como profesión con doctrina científica propia (Horta, 1979).

Aunque murió prematuramente a los 54 años de esclerosis múltiple en 1981, su legado permanece vigente en las escuelas de enfermería de Brasil. Su teoría se ha aplicado exitosamente en unidades de terapia intensiva, atención primaria, cuidado geriátrico y prácticamente todas las especialidades enfermeras en Brasil. La sistematización de la asistencia de enfermería (SAE) basada en su teoría es hoy requisito legal en Brasil (COFEN Resolución 736/2024; Amante et al., 2009).

Barreras Estructurales a la Investigación en Centroamérica

Reconocer las barreras no es derrotismo; es realismo estratégico que permite diseñar soluciones viables. En Guatemala, Honduras y El Salvador, un estudio cualitativo multinacional reveló que las enfermeras enfrentan obstáculos multidimensionales que limitan sistemáticamente su participación en investigación (Hernández, et al. 2006).

Figura 3. Barreras Multidimensionales para la Investigación.



Nota. Diagrama radial mostrando cuatro categorías interconectadas de obstáculos: temporales (turnos largos, múltiples empleos), formativas (brecha teoría-práctica), institucionales (jerarquías médico-céntricas, falta de recursos) y de reconocimiento (salarios bajos, invisibilidad profesional). Adaptado de Hernández, et al. (2006).

Esta imagen representa visualmente la naturaleza multidimensional e interconectada de las barreras que enfrentan las enfermeras centroamericanas. Estas barreras no operan aisladamente; se refuerzan mutuamente creando un sistema que perpetúa la exclusión de

enfermería de espacios de producción de conocimiento. Sin embargo, como demuestra la historia de líderes como Martha Manley en Honduras, estas barreras no son insuperables cuando existe liderazgo comprometido, documentación sistemática y colaboración estratégica.

Ejemplo transformador: investigación que cambió políticas nacionales

Martha Manley de Carías, enfermera hondureña con maestría en Salud Pública con énfasis en Nutrición y Materno Infantil, lideró en los años 70 la implementación de la política nacional de Atención Primaria de Salud (APS) en Honduras tras la histórica Conferencia de Alma Ata (1978).

En un contexto donde las enfermeras eran vistas como "mujeres del silencio" sin doctrina científica propia y sujetas únicamente a cumplir órdenes médicas, Manley y su equipo documentaron sistemáticamente la experiencia piloto en el Área de Salud de Tocoa. Generaron evidencia rigurosa sobre la efectividad del modelo de APS liderado por enfermeras profesionales, demostrando resultados superiores en indicadores de salud maternoinfantil, cobertura en inmunizaciones y participación comunitaria, comparado con modelos médico-céntricos tradicionales.

Esta evidencia documentada permitió que el modelo se replicara en todo Honduras mediante un proceso de tutoría donde enfermeras profesionales líderes implementaron simultáneamente la transferencia de conocimientos a otras regiones sanitarias. Manley ascendió a Jefa de la División de Enfermería de la Secretaría de Salud y posteriormente fue asesora de la OPS/OMS en Guatemala, Ecuador y Honduras (OPS Honduras, 2020).

Lección clave: una enfermera con evidencia rigurosamente documentada transformó políticas nacionales de salud y ganó reconoci-

miento al más alto nivel de decisión estratégica. La investigación no fue un ejercicio académico abstracto; fue la herramienta que permitió visibilizar, validar y escalar un modelo exitoso de atención liderado por enfermería.

De la práctica a la evidencia: lo que preguntamos cambia lo que cuidamos

La pregunta de investigación constituye el corazón del proceso científico. Pero en enfermería, también funciona como un espejo revelador de aquello que valoramos profesionalmente, de lo que nos indigna éticamente y de lo que aspiramos transformar políticamente. Lo que elegimos investigar no es neutral: revela qué nos duele, qué nos inquieta, qué consideramos injusto y qué deseamos cambiar (Meleis, 2018).

Epistemologías del Sur y la Justicia Cognitiva

El sociólogo portugués Boaventura de Sousa Santos argumenta que el conocimiento científico dominante ha funcionado históricamente como un instrumento de "epistemicidio", la aniquilación sistemática de formas de conocer no occidentales, no masculinas, no académicas (de Sousa Santos, 2014). En América Latina, esto se manifiesta cuando las enfermeras documentan con meticulosidad intervenciones clínicas siguiendo protocolos europeos o norteamericanos, pero sistemáticamente descartan como "no científicos" los saberes comunitarios sobre plantas medicinales, prácticas de parto tradicionales, o estrategias de afrontamiento emocional transmitidas generacionalmente.

La investigación enfermera decolonial invierte esta jerarquía epistémica. No se trata de romantizar lo tradicional ni rechazar lo

científico; se trata de construir conocimiento híbrido que reconoce múltiples fuentes de sabiduría. Cuando una enfermera guatemalteca investiga por qué las mujeres indígenas k'iche' prefieren parteras tradicionales sobre servicios hospitalarios, no está simplemente "midiendo barreras de acceso", está documentando un acto de resistencia ante violencia obstétrica institucionalizada, está registrando epistemologías alternativas sobre el nacimiento, está produciendo evidencia que puede transformar políticas de salud materna (Smith, 2012).

De la pregunta técnica a la pregunta transformadora

Existen dos tipos fundamentales de preguntas de investigación en enfermería. Las preguntas técnicas buscan optimizar procedimientos existentes: ¿Cuál catéter intravenoso genera menos flebitis? ¿Qué protocolo de cambio de posición reduce úlceras por presión? Estas preguntas son importantes y necesarias.

Pero las preguntas transformadoras cuestionan los sistemas que generan el sufrimiento en primer lugar: ¿Por qué nuestras pacientes diabéticas no pueden costear insulina? ¿Por qué documentamos "incumplimiento del paciente" pero nunca investigamos la violencia estructural que hace imposible el cumplimiento? ¿Por qué llamamos "difíciles" a pacientes que expresan dolor legítimo ante negligencia sistémica?

Las preguntas transformadoras son incómodas porque implican que quienes investigamos somos parte del problema. Cuando una enfermera de un hospital público guatemalteco investiga por qué las mujeres rurales llegan con complicaciones obstétricas prevenibles, la respuesta honesta no es "falta de educación materna", es un sistema que no ha garantizado transporte de emergencia, que mantiene centros de salud sin personal competente, que tolera racismo institucional contra poblaciones indígenas (Watson, 2008).

El marco PICO culturalmente situado

El formato PICO (Población, Intervención, Comparación, Outcome / resultado) es ampliamente enseñado en metodología de investigación. Pero aplicado acríticamente, puede reproducir sesgos coloniales. Un PICO culturalmente situado requiere reflexividad en cada componente:

- **Población:** ¿A quiénes excluimos cuando definimos ″adultos mayores″ sin considerar que en comunidades rurales la expectativa de vida es menor? ¿Qué significa ″mujeres en edad reproductiva″ en contextos donde niñas adolescentes enfrentan embarazos no deseados?
- **Intervención:** ¿Estamos evaluando una intervención culturalmente apropiada o simplemente traducida del inglés? ¿La ″educación nutricional″ considera que las familias no tienen acceso a alimentos recomendados?
- **Comparación:** ¿Comparamos con qué estándar? ¿Con protocolos europeos diseñados para poblaciones con acceso universal a salud? ¿O con prácticas comunitarias exitosas pero no publicadas?
- **Outcome/Resultado:** ¿Medimos lo que importa a los pacientes o lo que es fácil de medir? ¿″Adherencia al tratamiento″ o ″capacidad de mantener dignidad mientras se enfrenta enfermedad crónica″? (Polit & Beck, 2021).

Ejemplos de preguntas transformadoras desde Guatemala

Para ilustrar la diferencia entre preguntas técnicas y transformadoras, consideremos tres áreas prioritarias en salud guatemalteca:

- **Desnutrición infantil:** Pregunta técnica — ¿Qué suplemento nutricional mejora más rápido indicadores antropométricos? Pregunta transformadora — ¿Cómo documentan las madres indígenas las decisiones imposibles entre comprar alimentos o medicinas cuando el salario mínimo no cubre canasta básica?
- **Mortalidad materna:** Pregunta técnica — ¿Qué protocolo de atención del parto reduce hemorragias postparto? Pregunta transformadora — ¿Qué experiencias de violencia obstétrica reportan mujeres mayas que explican por qué prefieren parteras comunitarias sobre hospitales públicos?
- **Migración y salud mental:** Pregunta técnica — ¿Qué escala de depresión es más válida en población migrante retornada? Pregunta transformadora — ¿Cómo construyen resiliencia colectiva las familias guatemaltecas fragmentadas por deportaciones, y qué papel juega enfermería comunitaria en sostener redes de cuidado transnacional?

Estas preguntas transformadoras no buscan respuestas simples. Buscan complejizar nuestra comprensión, visibilizar estructuras de poder, y generar evidencia que pueda fundamentar defensa de derechos (Fawcett & Garity, 2009).

Metodologías de investigación en enfermería: herramientas para la complejidad del cuidado

La investigación en enfermería requiere una caja de herramientas metodológicas diversas porque el cuidado humano es irreduciblemente complejo (Streubert & Carpenter, 2011; Polit & Beck, 2021).

Metodologías Cualitativas

Las metodologías cualitativas son particularmente poderosas cuando queremos comprender cómo las personas dan sentido a sus experiencias de salud, enfermedad y cuidado. La fenomenología busca describir la estructura esencial de una experiencia humana tal como es vivida. La teoría fundamentada genera teorías explicativas desde datos empíricos. Los métodos narrativos reconocen que los humanos comprenden sus vidas como historias (Clandinin & Connelly, 2000). La etnografía estudia grupos culturales a través de observación participante prolongada.

Metodologías Cuantitativas

Las metodologías cuantitativas son esenciales cuando queremos medir magnitud de problemas, probar efectividad de intervenciones, o identificar factores de riesgo. Los estudios descriptivos cuantifican características de poblaciones. Los estudios correlacionales examinan si las variables están relacionadas. Los ensayos controlados aleatorizados prueban efectividad de intervenciones, aunque presentan desafíos éticos en contextos de escasez (Polit & Beck, 2021).

Investigación participativa basada en comunidad

La Investigación Participativa Basada en Comunidad (CBPR) desafía la división tradicional entre "investigadores expertos" y "sujetos investigados." En CBPR, miembros de comunidad son co-investigadores con poder decisorio sobre preguntas, métodos, interpretación y diseminación. CBPR reconoce a la comunidad como unidad de

identidad, construye sobre fortalezas comunitarias, facilita colaboración equitativa, fomenta co-aprendizaje, integra conocimiento con acción, y requiere compromiso de largo plazo (Wallerstein et al., 2018).

Métodos Mixtos

Los diseños de métodos mixtos combinan estratégicamente metodologías cualitativas y cuantitativas. El diseño explicativo secuencial comienza con datos cuantitativos, luego usa datos cualitativos para explicar hallazgos. El diseño exploratorio secuencial comienza con exploración cualitativa, luego prueba hallazgos cuantitativamente. El diseño convergente paralelo recolecta ambos tipos de datos simultáneamente y los integra para una comprensión más completa.

La Investigación como Acto de Humanización: Ciencia con Rostro y Compromiso

La investigación en enfermería no es un ejercicio técnico neutral. Es un acto profundamente humano que puede dignificar o deshumanizar, empoderar o explotar, transformar o perpetuar injusticias (Watson, 2008). La Figura 4 ilustra el ciclo continuo donde la práctica clínica informada genera investigación, y la investigación transforma la práctica. Este ciclo virtuoso es el motor de mejora continua en la calidad del cuidado y en los resultados de salud de las poblaciones. Sin embargo, para que este ciclo sea verdaderamente transformador, debe estar fundamentado en principios éticos que centren la dignidad humana en cada fase del proceso investigativo.

Figura 4. Ciclo Virtuoso de la Investigación Enfermera



Nota. Diagrama circular mostrando cómo la observación clínica conduce a preguntas de investigación, recolección de evidencia, análisis, publicación, cambio de políticas y mejora en cuidado del paciente, generando nuevas observaciones. Elaborado con base al Modelo conceptual de investigación-acción en enfermería.

Investigación que humaniza vs. Investigación que extrae

Existe una diferencia fundamental entre investigación que humaniza e investigación que simplemente extrae datos. La investigación extractiva trata a personas como fuentes de datos: llega, recolecta información, se va, publica en revistas inaccesibles, nunca retorna resultados a comunidades. Los beneficios se acumulan para la carrera del investigador; las comunidades estudiadas permanecen sin cambio o peor (Smith, 2012).

En comunidades indígenas de América Latina, esta historia de extracción investigativa ha generado profunda desconfianza. Investiga-

dores extranjeros y urbanos han llegado repetidamente, prometiendo beneficios, documentando conocimientos tradicionales sobre plantas medicinales, prácticas de parto, estrategias de crianza y luego desapareciendo. Años después, estas comunidades descubren que su conocimiento fue patentado, publicado sin su consentimiento, o usado para diseñar intervenciones que nunca llegaron a beneficiarlas.

La investigación humanizadora opera desde principios radicalmente diferentes:

- **Consentimiento Informado como Diálogo Continuo:** no es un formulario firmado una sola vez al inicio del estudio. Es un proceso en curso de negociación y renegociación donde los participantes mantienen control sobre su participación. Pueden retirar consentimiento en cualquier momento. Pueden solicitar que ciertos testimonios no se publiquen. Pueden cuestionar interpretaciones del investigador y ofrecer análisis alternativos.

- **Retorno de Resultados en Formatos Accesibles:** publicar en revista académica en inglés no es suficiente. Implica presentaciones comunitarias en idiomas locales, materiales visuales culturalmente apropiados, sesiones de diálogo donde la comunidad puede cuestionar hallazgos.

- **Beneficio Directo para Participantes:** el proceso de investigación mismo debe ser valioso. Por ejemplo, un estudio sobre desnutrición infantil podría incluir capacitación en primeros auxilios para todas las madres participantes. Un estudio sobre acceso a servicios de salud podría conectar familias con trabajadores sociales. El principio es: nadie debe salir de un estudio sin haber recibido algo de valor inmediato.

- **Propiedad Compartida del Conocimiento:** los datos no "pertenecen" al investigador. Pertenecen a las personas que generosamente compartieron sus experiencias. Algunos grupos indígenas establecen protocolos de investigación comunitaria que requieren aprobación de consejos de ancianos antes de publicación.

La ciencia del cuidado como ciencia humana

Jean Watson argumenta que enfermería práctica "ciencia humana", una forma de conocimiento que integra rigor empírico con valores humanos, que reconoce dimensiones espirituales y relacionales del cuidado, y que rechaza el reduccionismo mecanicista (Watson, 2008).

- **Los Números Tienen Nombres:** cuando reportamos "tasa de mortalidad materna de 108 por 100,000 nacidos vivos en Guatemala," debemos recordar que cada número representa una mujer con nombre, con familia que la llora, con hijos huérfanos, con sueños interrumpidos. La investigación humanizada mantiene esta conexión emocional con el sufrimiento que documenta. Esto no es "falta de objetividad", es reconocer que quienes investigan son también seres humanos cuya capacidad de sentir indignación ante injusticia es precisamente lo que las motiva a hacer el trabajo riguroso.
- **Las Variables Son Vidas:** cuando categorizamos pacientes por "nivel socioeconómico bajo" o "etnia indígena," debemos reconocer que estamos usando proxies imperfectos para sistemas complejos de opresión estructural. "Nivel socioeconómico bajo" es

lenguaje técnico para pobreza, que no es característica individual sino resultado de sistemas económicos que concentran riqueza. Las categorías analíticas nunca capturan plenamente la dignidad humana de quienes clasifican.

- **La Objetividad No Requiere Indiferencia:** podemos ser rigurosos científicamente sin ser emocionalmente distantes. La investigación más poderosa frecuentemente emerge de la indignación ética ante la injusticia. Florence Nightingale documentó muertes prevenibles no porque era "neutral", sino porque le indignaba y esa indignación la motivó a hacer trabajo estadístico meticuloso que no podía ser ignorado.

Dilemas Éticos en Investigación con Poblaciones Vulnerables

La investigación en contextos de extrema inequidad presenta dilemas éticos genuinos sin respuestas fáciles. Reconocer estos dilemas —y luchar con ellos honestamente— es parte de lo que distingue investigación ética de investigación que simplemente cumple con protocolos burocráticos (Fawcett & Garity, 2009).

El Dilema del Grupo Control: ensayos controlados aleatorizados requieren asignar participantes a "no recibir intervención." Pero en contextos de escasez extrema, ¿es ético estudiar la efectividad de visitas domiciliarias negando deliberadamente ese cuidado a mitad de participantes cuando sabemos que las familias están sufriendo ahora? Este dilema es particularmente agudo cuando trabajamos con poblaciones que ya han sido sistemáticamente excluidas de servicios básicos.

Posibles resoluciones incluyen: diseños de lista de espera donde grupo control eventualmente recibe intervención; comparar nueva intervención con "atención estándar actual" en lugar de con "nada"; o usar diseños observacionales cuando la aleatorización es éticamente inaceptable. No hay respuesta perfecta. Lo que importa es que las investigadoras luchen honestamente con estas tensiones.

El Dilema de la Documentación: cuando enfermeras investigadoras documentan negligencia sistémica, violencia institucional, o violaciones de derechos humanos en sistemas de salud donde trabajan, ¿dónde termina el rol de investigadora y comienza la obligación de reportar? Una investigadora que estudia violencia obstétrica presencia a médico gritando insultos racistas a mujer maya durante parto, negándole analgesia, realizando episiotomía sin consentimiento. Como investigadora, su protocolo es "observar sin intervenir." Como enfermera, su código ético requiere proteger la dignidad del paciente. ¿Qué hace?

No hay respuesta simple. Lo que está claro es que ignorar deliberadamente evidencia de daño en nombre de "neutralidad científica" es éticamente insostenible. Protocolos deben incluir desde inicio mecanismos para interrumpir recolección de datos cuando bienestar inmediato está en riesgo.

El Dilema del Beneficio Diferido: la investigación promete beneficios futuros hipotéticos y diferidos. ¿Qué debemos a los participantes que necesitan ayuda ahora? Si durante entrevistas sobre inseguridad alimentaria, familia revela que niños no han comido en dos días, ¿continuamos recolectando datos o suspendemos estudio para buscar asistencia inmediata? La respuesta ética es clara: suspendemos el protocolo, ayudamos inmediatamente. El bienestar inmediato siempre tiene prioridad sobre la recolección de datos.

Investigación como Testimonio y Justicia Reparativa

En contextos con historias de violencia política, la investigación puede funcionar como forma de justicia testimonial documentando experiencias que sistemas oficiales niegan o borran activamente. Durante el conflicto armado interno guatemalteco (1960-1996), el personal de salud enfrentó dilemas imposibles: atender heridos de ambos bandos bajo amenaza de represalia; mantener confidencialidad médica bajo presión militar; continuar brindando cuidado en zonas de guerra. Enfermeras rurales presenciaron masacres, atendieron víctimas de tortura, documentaron desapariciones — y tuvieron que mantener silencio porque hablar era peligroso.

Hoy, la investigación enfermera puede preservar esta memoria profesional como acto de justicia con múltiples funciones: Reconocimiento (validando que enfermeras mantuvieron ética del cuidado bajo circunstancias extremas), Aprendizaje (documentando estrategias de resiliencia moral), Sanación (ofreciendo espacio seguro para testimoniar), y Justicia (registrando perpetración de violencia cuando registros oficiales permanecen incompletos). Este tipo de investigación requiere entrenamiento especializado en métodos de historia oral con poblaciones traumatizadas, protocolos estrictos de confidencialidad, apoyo psicosocial para investigadoras, y compromiso de largo plazo.

De hallazgos a la acción: La responsabilidad de traducir evidencia

Generar evidencia es solo el primer paso. La responsabilidad ética incluye defensa usar hallazgos para presionar por cambios de política, movilizar recursos, educar público, responsabilizar tomadores de decisiones (Meleis, 2018). Esto incluye: presentaciones en congresos y foros de salud pública; colaboración con medios de comunicación para

traducir hallazgos a reportajes accesibles; testimonio experto en procesos legislativos; educación comunitaria para empoderar defensa de base; y colaboración con organizaciones de sociedad civil.

Esta dimensión política de investigación es a veces vista como "no científica" o "activista." Pero en contextos de injusticia estructural, la neutralidad es imposible y no deseable. Como dijo Desmond Tutu: "Si eres neutral en situaciones de injusticia, has elegido el lado del opresor." La investigación enfermera comprometida con la justicia sanitaria reconoce que no basta describir inequidades, debemos trabajar activamente para transformarlas.

Conclusión

Primeros pasos para tu primera investigación

La investigación en enfermería no es un destino lejano reservado para élites académicas con doctorados y laboratorios sofisticados. Es el siguiente paso que das mañana en tu turno, cuando observas con intención sistemática, preguntas con curiosidad disciplinada, y documentadas con cuidado metódico. La transformación de sistemas de salud injustos no comenzará en conferencias internacionales ni oficinas ministeriales, comenzará contigo, en tu hospital, en tu comunidad, con tu primera pregunta investigativa.

Este capítulo ha argumentado que investigar desde la enfermería es un acto simultáneamente científico, ético y político. Científico porque requiere rigor metodológico y honestidad intelectual. Ético porque se fundamenta en el compromiso con la dignidad humana y justicia. Político porque cuestiona estructuras de poder que perpetúan el sufrimiento evitable.

Has aprendido que:

- La investigación enfermera tiene genealogía honorable que se extiende desde Nightingale usando estadística como herramienta de reforma (1858), hasta Horta desarrollando primera teoría brasileña adaptada a realidad latinoamericana (1979), hasta Manley documentando éxito de atención primaria liderada por enfermeras en Honduras (1970s-1980s). Tú formas parte de esta tradición transformadora.

- Las barreras estructurales que enfrentan — cargas laborales insostenibles, jerarquías médico-céntricas, falta de reconocimiento profesional, salarios inadecuados — son reales y están documentadas. Pero también son superables con estrategia, colaboración y persistencia. Cada una de las investigadoras pioneras enfrentó barreras similares o peores, y las transformaron en motivación para documentar sistemáticamente las inequidades que vivían.

- Tu pregunta de investigación es simultáneamente espejo y herramienta: refleja lo que valoras éticamente y puede transformar lo que te indigna políticamente. Cuando eliges investigar mortalidad materna en lugar de eficiencia de protocolos administrativos, estás haciendo una declaración sobre qué importa.

Cuando decides usar métodos participativos que empoderan comunidades en lugar de diseños extractivos, estás tomando una posición ética.

- Múltiples metodologías están disponibles: cualitativas para comprender significados y experiencias vividas, cuantitativas para medir magnitudes y probar relaciones, participativas para co-construir conocimiento con comunidades, mixtas para integrar fortalezas complementarias. No existe "la mejor metodología", existe la metodología apropiada para tu pregunta, tu contexto, y tus recursos.

La investigación más poderosa mantiene conexión humana con sufrimiento que documenta, retorna beneficios a comunidades estudiadas, y se compromete con traducir evidencia en acción transformadora. Los números tienen nombres. Las variables son vidas. La objetividad no requiere indiferencia.

Ahora, la pregunta es:

¿Qué harás con este conocimiento?

Figura 5. Guía Práctica de 7 Pasos para Comenzar.



Nota. Escalera ascendente mostrando la progresión desde observación sistemática (esta semana) hasta publicación (año 1). Cada peldaño incluye periodo de tiempo, acción concreta y recursos necesarios. Diseño motivacional y accesible. Elaborado con base a la Guía práctica para el Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala.

Como muestra la Figura 5, comenzar a investigar es un proceso gradual y alcanzable. No requiere laboratorios sofisticados ni grandes presupuestos. Requiere curiosidad sistemática, compromiso ético y voluntad de documentar lo que observamos. Cada paso construye sobre el anterior, creando impulso que transforma práctica individual en contribución científica que puede cambiar políticas y salvar vidas.

Tu hoja de ruta: siete pasos desde observación hasta impacto

Paso 1: Observa Sistemáticamente (Esta Semana)

Acción concreta: Durante los próximos 7 días, lleva un diario reflexivo clínico. Al final de cada turno, dedica 10 minutos a escribir:

- ¿Qué patrón observé hoy que me inquietó éticamente?
- ¿Qué pregunta repitieron múltiples pacientes o familias?
- ¿Qué intervención pareció funcionar excepcionalmente bien (o mal)?
- ¿Qué decisión clínica tomé que me generó dudas?

Por qué esto importa: la investigación científica comienza con observación disciplinada. Nightingale no cambió sistemas de salud británicos con teorías abstractas, los cambió documentando meticulosamente lo que veía cada día en las salas de hospital. Tu diario clínico es el primer paso hacia la investigación formal. Lo que ahora parece "solo observaciones cotidianas" puede revelarse como patrones sistemáticos que merecen documentación rigurosa.

Ejemplo concreto: una enfermera del Hospital Roosevelt notó en su diario que mujeres mayas sistemáticamente llegaban más tarde para controles postparto que mujeres mestizas urbanas. Después de documentar esto por dos meses, preguntó por qué. Las respuestas revelaron que el hospital no tenía señalización en idiomas mayas, que personal administrativo frecuentemente trataba con impaciencia a mujeres que no hablaban español fluido, y que horarios de atención coincidían con horas de mercado, única fuente de ingresos para muchas

familias. Esta observación simple se convirtió en proyecto de mejora de calidad que transformó servicios.

Trampa común a evitar: No censures tus observaciones porque parecen "triviales" o "ya sabidas por todos." Frecuentemente, lo que "todo el mundo sabe" nunca ha sido documentado rigurosamente, y esa documentación es precisamente lo que genera cambio. Si te inquieta éticamente, merece ser investigado.

➔ *Paso 2: Formula una Pregunta PICO Culturalmente Situada (Semanas 2-3)*

Acción concreta: Revisa tu diario reflexivo. Identifica el patrón que más te inquieta o intriga. Conviértelo en pregunta estructurada:

- **P (Población):** ¿Quiénes específicamente? No "pacientes" genérico ¿qué pacientes? ¿Con qué características? ¿En qué contexto? Ejemplo: "Mujeres maya-k'iche' post-cesárea de primera vez, entre 18-35 años, en Hospital Nacional de Quetzaltenango"
- **I (Intervención):** ¿Qué acción, estrategia o programa estás considerando? Ejemplo: "Educación postoperatoria en idioma k'iche' con materiales visuales culturalmente apropiados, entregada por enfermera bilingüe"
- **C (Comparación):** ¿Versus qué alternativa? Ejemplo: "Versus educación estándar solo en español con folletos genéricos en texto"
- **(Outcome/resultado):** ¿Qué resultado medirás? Prioriza resultados que importan a pacientes, no solo los fáciles de medir.

Ejemplo: "Adherencia a cuidados de herida (medible), pero también: sentirse respetada culturalmente (pregunta directa), comprender instrucciones (prueba de retroalimentación), sentir confianza para hacer preguntas (escala Likert)."

Pregunta PICO completa: "En mujeres maya-k'iche' post-cesárea, ¿la educación postoperatoria en idioma k'iche' con materiales culturalmente apropiados (comparada con educación estándar en español) mejora adherencia a cuidados de herida y satisfacción en la con comunicación?"

Por qué esto importa: una pregunta bien formulada es la mitad del camino hacia la respuesta. Una pregunta mal formulada puede llevar a investigación que consume recursos pero no transforma nada. El marco PICO te fuerza a ser específica sobre quién, qué, versus qué, y por qué importa.

Recursos: el Centro Cochrane Iberoamericano ofrece guías gratuitas en español sobre formulación de preguntas PICO. Disponible en cochrane.es

Paso 3: Busca Evidencia Existente (Semanas 3-4)

Acción concreta: Antes de diseñar un nuevo estudio, investiga qué se sabe ya. Dedica 4-6 horas explorando:

Bases de datos en español/portugués:

- **SciELO** (scielo.org) — Biblioteca científica de acceso abierto para América Latina
- **LILACS** (lilacs.bvsalud.org) — Literatura latinoamericana en ciencias de salud

- **Google Académico** (scholar.google.com) — Accesible aunque menos riguroso en filtrado
- **IRIS PAHO** (iris.paho.org) — Repositorio institucional de OPS/OMS

Estrategia de búsqueda: usa términos en español, portugués E inglés simultáneamente. Ejemplo: "educación postoperatoria AND lenguas indígenas" + "postoperative education AND indigenous languages" + "educação pós-operatória AND línguas indígenas".

Qué hacer con lo que encuentras:

1. Lee los resúmenes/abstracts de todos los artículos que parecen relevantes (aunque el título no sea exactamente tu tema)
2. Lee texto completo de 5-10 más relevantes
3. Identifica: ¿Qué sabemos? ¿Qué permanece sin responder? ¿Qué hallazgos son contradictorios?
4. Construye tabla de evidencia: Autor/Año | Población | Metodología | Hallazgos Clave | Limitaciones

Por qué esto importa: evita reinventar la rueda. Más importante, sitúa tu futura investigación en conversación con el conocimiento existente. Esto fortalece enormemente argumentos para conseguir fondos y una eventual publicación. Comités de ética y revisores quieren ver que conoces la literatura.

Trampa común: rendirse si no encuentras estudios exactamente sobre tu tema en tu contexto específico. Esa es precisamente la brecha de conocimiento que tu investigación llenará. Si encontraras 50 estudios

idénticos, no necesitarías hacer otro. La ausencia de evidencia es justificación para investigar.

Paso 4: Forma un Grupo de Estudio Interdisciplinario (Mes 2)

Acción concreta: Invita a 4-6 colegas a reunirse mensualmente durante al menos 6 meses.

Composición ideal:

- 2-3 enfermeras clínicas de diferentes servicios (UCI, emergencias, maternidad, pediatría)
- 1 docente de escuela de enfermería local (si existe relación profesional)
- 1 profesional de trabajo social, nutrición, psicología, o farmacia
- Opcional: 1 líder comunitario o representante de población de interés

Estructura de reuniones (2 horas mensuales):

Primera hora: Una persona presenta un artículo de investigación relevante que leyó. Discusión guiada:

- ¿Qué hicieron bien los autores?
- ¿Qué hubieras hecho diferente?
- ¿Cómo aplicaría este estudio en tu contexto guatemalteco?
- ¿Qué limitaciones identificas?

Segunda hora: Progreso en proyectos individuales de miembros del grupo.

Cada persona comparte:

- En qué está trabajando
- Obstáculos encontrados
- Ayuda que necesita
- Grupo ofrece retroalimentación constructiva, resolución de problemas, conexión con recursos

Por qué esto importa: La investigación es trabajo colectivo. Absolutamente nadie investiga sola exitosamente a largo plazo. Necesitas una comunidad que ofrezca: retroalimentación crítica constructiva, apoyo emocional cuando te frustras, responsabilidad para mantener impulso, celebración de logros, y red profesional para futuras colaboraciones.

Cómo iniciar: identifica 2-3 colegas en tu hospital que muestran curiosidad intelectual. Invítalas a café, propón: "¿Qué les parece si nos reunimos una vez al mes para discutir artículos de investigación interesantes? Sin presión, solo para aprender juntas." Comienza pequeño y deja que crezca orgánicamente.

Recursos: el Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala puede facilitar conexiones entre enfermeras de diferentes instituciones interesadas en investigación.

Paso 5: Documenta Tu Primera "Mini-Investigación" (Meses 3-4)

Acción concreta: no comiences con una tesis doctoral de 200 páginas. Comienza con proyecto pequeño, completables en 4-8 semanas, que genera valor inmediato:

Opción A — Reporte de Caso Clínico: Describe un caso excepcional que enseña lección importante sobre diagnóstico, tratamiento, o cuidado. Siguiendo esa estructura: Situación inicial (presentación del paciente), Evaluación (hallazgos clínicos), Intervención (qué hiciste y por qué), Resultado (qué pasó), Discusión (qué aprendiste, qué cambiarías, qué recomiendas).

Ejemplo: paciente con diabetes tipo 2 no controlada a pesar de seguir "todas las indicaciones médicas." Investigación cuidadosa reveló que no podía costear insulina mensualmente entonces la racionaba, usando mitad de dosis recomendada. Intervención: conectar con programa de asistencia farmacéutica + educación sobre peligros de sub-dosificación. Lección: "Incumplimiento" frecuentemente es imposibilidad económica, no falta de voluntad.

Opción B — Evaluación de Mejora de Calidad: Implementa un cambio pequeño en tu unidad, documenta qué pasó antes y después. Ejemplo: Implementar lista de verificación /checklist de seguridad en administración de medicamentos de alto riesgo. Medir errores/casi-errores por semana durante 4 semanas antes, implementar lista de verificación / checklist con capacitación, medir 4 semanas después. Documentar resultado + resistencias encontradas + estrategias que funcionaron para conseguir adopción.

Opción C — Análisis Reflexivo Crítico: Analiza protocolo institucional usando literatura científica actual. Ejemplo: Tu hospital tiene un protocolo de ayuno preoperatorio de 12 horas. Buscar evidencia actual sobre tiempos de ayuno seguros. Descubrir que las guías internacionales actuales recomiendan 6 horas para sólidos, 2 horas para líquidos claros. Escribir análisis crítico: ¿Por qué persiste el protocolo desactualizado? ¿Qué evidencia lo cuestiona? ¿Qué modificaciones recomiendas? ¿Cómo implementarlas?

Extensión: 5-8 páginas, 10-15 referencias. No más largo, el objetivo es completar, no perfeccionar.

Por qué esto importa: Escribir es aprender. El acto de estructurar observaciones dispersas en narrativa coherente clarifica el pensamiento, revela brechas de conocimiento que no sabías que tenías, y genera confianza en tus capacidades analíticas. Tu primer escrito será imperfecto, eso es normal y esperado. Lo importante es completarlo.

Dónde compartir primero: antes de enviar la revista, presenta en reunión de tu servicio. Retroalimentación de colegas en ambiente seguro te ayuda a mejorar antes de someterse a revisión por pares más rigurosa.

➔ *Paso 6: Publica Localmente Primero (Meses 6-9)*

Acción concreta: No apuntes inmediatamente a una revista internacional de alto impacto como The Lancet o New England Journal of Medicine. Comienza donde tienes ventaja competitiva: publicaciones guatemaltecas y centroamericanas que valoran conocimiento contextual local que investigadores extranjeros no pueden generar.

Opciones de publicación:

Revista Científica de la Universidad de San Carlos (USAC) — Principal universidad pública guatemalteca

Revista del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala — Órgano oficial del colegio

Memorias de Congresos Nacionales de Enfermería — Presentaciones en congresos frecuentemente se publican en actas.

Revistas de universidades centroamericanas: Honduras (UNAH), El Salvador (UES), Nicaragua (UNAN)

Proceso de envío:

- **Lee las "Instrucciones para autores" meticulosamente.** Cada revista tiene un formato específico. No envíes manuscrito que no cumple requisitos — será rechazado sin revisión.
- **Sigue el formato de citación requerido** (usualmente APA 7ma edición, ocasionalmente Vancouver). Usa gestor de referencias gratuito como Zotero o Mendeley para automatizar esto.
- **Pide a 2 colegas revisar antes de enviar.** Identifica a alguien con experiencia en escritura académica (aunque sea de otra disciplina). Para recibir retroalimentación pre-envía para mejorar sustancialmente la calidad.
- **Envía y espera pacientemente.** La revisión por pares toma 2-4 meses típicamente. Esto es normal, no significa que olvidaron tu manuscrito.

- **Si recibes solicitud de revisiones, NO te desanimes.** Esto es parte normal del proceso. Revisión y rechazo son las dos respuestas más comunes. "Revisiones menores" o "revisiones mayores" significan que los revisores vieron valor pero quieren mejoras. Esto es bueno, significa que probablemente será aceptado si haces las revisiones solicitadas.

Por qué esto importa: la publicación convierte tu conocimiento experiencial en conocimiento público que otros pueden usar, citar, construir sobre. También construye tu currículum para futuras oportunidades: aplicaciones a posgrados, becas, competencias de fondos de investigación, posiciones de liderazgo en asociaciones profesionales.

Trampa común: perfeccionismo paralizante. "Mi primer artículo no es lo suficientemente bueno." Adivina qué, NADIE escribe el artículo perfecto en el primer intento, ni siquiera investigadoras con 100 publicaciones. Tu primer artículo será imperfecto. Envíalo de todas formas. Recibirás retroalimentación de revisores que te hará mejor escritora. El único error imperdonable es nunca enviar nada por miedo a que no sea perfecto.

➔ *Paso 7: Busca Mentoría y Formación Continua (Año 1 y más allá)*

Acción concreta: identificar mentora con experiencia en investigación que pueda guiar tu desarrollo profesional a largo plazo. Buscar una relación de mentoría formal o informal que dure mínimo 1-2 años.

Dónde buscar mentoras:

- Docentes de programas de maestría en enfermería o salud pública en USAC, universidades privadas, o programas internacionales con presencia en Guatemala
- Enfermeras líderes en asociaciones profesionales nacionales o internacionales
- Investigadoras en proyectos de OPS/OMS Guatemala, USAID, cooperación internacional
- Red de Lideresas de Enfermería de Iberoamérica (red virtual transnacional)
- Capítulo guatemalteco de Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing (si existe)

Qué pedir a mentora:

- Reuniones trimestrales (mínimo) para discutir progreso, obstáculos, próximos pasos
- Retroalimentación en borradores de escritura académica, propuestas de investigación, aplicaciones a fondos
- Conexiones a oportunidades relevantes: conferencias, becas, colaboraciones, posiciones de liderazgo
- Cartas de recomendación para aplicaciones a programas de posgrado, becas, empleos
- Modelaje: observar cómo mentora navega política institucional, negocia autoría, balancea trabajo-vida

Oportunidades de formación continua:

Cursos en línea gratuitos:

- Campus Virtual OPS/OMS (campus.paho.org) — múltiples cursos sobre metodología de investigación en salud
- Coursera — cursos auditables gratis de universidades top (Johns Hopkins, Duke, Michigan)
- EdX — similar a Coursera, enfoque en educación continua profesional

Webinarios y conferencias virtuales:

- Asociaciones internacionales de enfermería frecuentemente ofrecen webinarios gratuitos
- Congresos virtuales durante pandemia normalizaron participación remota — muchos continúan ofreciendo opción híbrida

Congresos presenciales:

- Busca becas de reducción de cuota para profesionales tempranos en carrera
- Presentar trabajo frecuentemente incluye reducción de registro
- Considera congresos centroamericanos antes que internacionales — más económicos, más relevantes culturalmente

Programas de posgrado (si económicamente es viable):

- Prioriza programas que permiten compaginar con trabajo clínico (modalidad híbrida o fines de semana)

- Investiga becas: Gobierno de Guatemala, cooperación internacional, universidades mismas
- Maestría en Salud Pública, Epidemiología, o Enfermería con énfasis en investigación son rutas comunes

Por qué esto importa: La investigación es una habilidad que se desarrolla con práctica guiada a lo largo de años. Mentoras aceleran tu aprendizaje dramáticamente, te previenen de errores comunes, y abren puertas que no sabías que existían. La diferencia entre la enfermera que abandona una investigación después del primer proyecto frustrado y la enfermera que construye una carrera investigativa de largo plazo frecuentemente es: que tuvo una mentora que la apoyó en momentos difíciles.

Superando Barreras Predecibles: Seamos Realistas

Serás honesta contigo misma: estas son las barreras que probablemente enfrentarás, y estrategias concretas para superarlas:

Barrera: "No tengo tiempo, trabajo dos empleos para sobrevivir, tengo hijos, tengo responsabilidades familiares."

Estrategia: comienza micro. 30 minutos semanales es suficiente para mantener el impulso. Un artículo leído mensualmente. Un párrafo escrito por semana. Prioriza eficiencia brutal sobre perfección. Usa tiempos muertos: lee artículos en transporte público, dicta notas de diario reflexivo en tu teléfono durante el almuerzo. Considera investigación como inversión en futuro profesional que eventualmente puede mejorar empleabilidad y salario, no es "hobby" sino desarrollo de carrera.

Realidad dura: si genuinamente no tienes 30 minutos semanales, tal vez este no es el momento de tu vida para la investigación activa. Eso está bien. Mantén la llama viva leyendo ocasionalmente, mantén conexiones con colegas investigadoras, espera el momento más viable. La investigación puede esperar, tu salud mental y bienestar familiar no pueden.

Barrera: "No sé estadística / no sé escribir académicamente / no sé inglés / no tengo formación en metodología."

Estrategia: estas son habilidades 100% aprendibles. No naciste sabiendo caminar o leer, las aprendiste. Lo mismo aplica para habilidades investigativas.

Para estadística: comienza con diseños cualitativos simples que no requieren análisis estadístico complejo. Entrevistas, grupos focales, observación etnográfica, todo válido, todo publicable, nada requiere SPSS.

Para escritura académica: lee 10-15 artículos en revistas donde quieres publicar. Observa estructura, tono, cómo autores presentan argumentos. Copia estructura exitosa. La escritura académica tiene fórmulas, una vez las reconoces, son replicables.

Para inglés: escribe primero en español. Hay revistas excelentes en español (toda SciELO, muchas revistas en LILACS). Si eventualmente quieres publicar en inglés, usa servicios profesionales de traducción/edición, muchas universidades ofrecen esto gratis a personal.

Para la metodología: toma curso básico. El Campus Virtual OPS tiene cursos gratuitos. Tu grupo de estudio puede aprender colectivamente.

Colabora con colegas que tienen habilidades complementarias. Si tú sabes clínica pero no estadística, asóciate con alguien que sabe estadística pero necesita ideas clínicas. La investigación en equipo multiplica fortalezas y compensa debilidades individuales.

Barrera: "Mi hospital/jefe no apoya investigación. No me dan tiempo laboral, no hay fondos, la cultura institucional es hostil a cuestionamientos."

Estrategia: no pidas permiso. Comienza con lo que puedes hacer independientemente en tu tiempo personal: diario reflexivo después de turnos, grupos de estudio en cafetería los sábados, enviar artículos a revistas listando tu afiliación institucional pero sin necesitar aprobación institucional.

Cuando tengas credenciales establecidas — publicaciones en CV, presentaciones en congresos, reconocimiento externo — la gestión para apoyo institucional será mucho más persuasiva. Es más fácil conseguir tiempo laboral para investigación cuando puedes mostrar que ya produces resultados que dan prestigio a la institución.

Estrategia subversiva: investiga problemas que también benefician a la institución. ¿Hospital preocupado por tiempos de espera en emergencias? Investigar cómo eso beneficia a pacientes y administradores. ¿Preocupados por infecciones nosocomiales? Investiga protocolos de prevención. Alinea tu agenda investigativa con prioridades institucionales cuando sea posible.

Barrera: "Mis pacientes no hablan español / mi estudio requiere recursos costosos que no tengo / mi contexto rural hace todo más difícil."

Estrategia: elige el método apropiado para tus recursos y contexto. Etnografía o entrevistas narrativas pueden hacerse con solo grabadora (o incluso solo teléfono). No necesitas laboratorio.

Para barreras idiomáticas: colabora con intérpretes comunitarios, líderes locales, comadronas que ya tienen confianza de la comunidad. Considera estas limitaciones no como deficiencias sino como oportunidades para innovación metodológica, desarrollar investigación culturalmente apropiada es contribución valiosa.

Tu contexto rural es precisamente lo que hace tu investigación única y valiosa. Investigadores urbanos no pueden replicar lo que tú puedes observar. Las revistas necesitan evidencia de contextos diversos, tu "limitación" es realmente tu ventaja competitiva.

Barrera: "Tengo miedo de que me critiquen / me roben ideas / me saboteen / me señalen por 'creída' o 'ambiciosa'."

Estrategia: la academia puede ser competitiva y política. Pero la comunidad de enfermería es mayormente solidaria, mucho más que otras disciplinas. Comparte avances en espacios seguros primero: tu grupo de estudio, colegas de confianza.

Para proteger ideas: no compartas detalles metodológicos específicos antes de publicación. Pero tampoco seas tan secretiva que te aísles, la colaboración generalmente beneficia más que la competencia.

Documenta fechas de desarrollo de ideas: emails para ti misma, notas con fecha, borradores guardados. Esto establece registro temporal si alguna vez necesitas probar que idea fue tuya originalmente.

Si te critican por "creída": recuerda que están proyectando sus propias inseguridades. La ambición es virtud, no defecto. Querer contribuir científicamente a tu profesión es noble, no egoísta. Rodéate de personas que celebran tu crecimiento, no que lo resienten.

Tú legado como investigadora: imagina tu futuro

Cierra los ojos por un momento. Imagina que tienes 70 años. Estás reflexionando sobre tu carrera de 45 años en enfermería. ¿Qué quieres poder decir?

Opción A: *"Trabajé turnos dobles durante 40 años. Estoy físicamente exhausta. Vi tanto sufrimiento prevenible. Sabía que los sistemas estaban fallando, pero nunca tuve voz para cambiar nada. Me retiro amargada, sintiendo que dediqué mi vida a una institución que nunca me valoró."*

Opción B: *"Trabajé duro durante 40 años, sí. Pero también documenté sistemáticamente el sufrimiento que presencié. Generé evidencia que cambió protocolos hospitalarios en mi institución. Entrené a una generación nueva de enfermeras investigadoras que continuarán el trabajo. Contribuí a que menos familias sufran lo que yo vi sufrir en mis primeros años. Me retiro satisfecha sabiendo que mi carrera tuvo un impacto que trasciende los turnos individuales que trabajé."*

La elección entre estas dos narrativas comienza hoy. Comienza con decidir llevar un diario reflexivo esta semana. Comienza con formular tu primera pregunta PICO. Comienza con buscar una mentora. Comienza con formar un grupo de estudio con 3 colegas.

Convocatoria final: el conocimiento que Guatemala necesita

Este capítulo concluye donde comenzó: defendiendo que investigar desde la enfermería es cuidar desde la justicia. Cada pregunta que formulas, cada patrón que documentas, cada hallazgo que compartes es un acto de resistencia contra sistemas que prefieren que no cuestionemos, que no midamos, que no recordemos.

Guatemala necesita enfermeras investigadoras **ahora**:

- Pacientes cuyas historias permanecen sin documentar necesitan tu voz para testimoniar su sufrimiento y exigir cambios.
- Sistemas de salud que perpetúan inequidades necesitan tu evidencia para ser responsabilizados y transformados.
- Futuras generaciones de enfermeras guatemaltecas necesitan tu ejemplo, necesitan ver que mujeres como ellas, en contextos como los suyos, pueden contribuir científicamente y transformar políticas.
- Comunidades marginadas — indígenas, rurales, empobrecidas, migrantes — necesitan investigación hecha CON ellas, no SOBRE ellas, que respete sus epistemologías y retorne beneficios.

La investigación enfermera no es lujo académico para cuando "resolvamos problemas urgentes primero." Es precisamente la herramienta que resuelve problemas urgentes. Es el puente entre práctica y política, entre indignación ética y cambio sistémico, entre sufrimiento individual y justicia colectiva.

Tu primera pregunta investigativa está esperándote en tu próximo turno: Tal vez es la madre adolescente que llega con complicaciones prevenibles de parto domiciliario porque enfrentó racismo en consulta prenatal previa; tal vez es el patrón que notas donde pacientes diabéticos "incumplidores" todos coinciden en no poder costear insulina mensualmente; tal vez es la violencia obstétrica que presencias pero que nunca se documenta en registros oficiales; tal vez es el conocimiento de comadronas tradicionales que está desapareciendo sin ser valorado ni integrado en servicios formales.

¿La escucharás?, ¿Documentarás?, ¿Transformarás? El futuro de la enfermería guatemalteca — y la salud de comunidades más vulnerables — depende de que respondas sí. Tu primera investigación comienza mañana. Ya tienes todo lo que necesitas para comenzar.

Referencias

Alligood, M. R. (2018). *Nursing theorists and their work* (9th ed.). Elsevier.

Amante, L. N., Rossetto, A. P., y Schneider, D. G. (2009). Sistematización de la asistencia de enfermería en unidad de terapia intensiva basada en la teoría de Wanda Horta. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43*(1), 54–64. https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100007

Clandinin, D. J., & Connelly, F. M. (2000). *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research*. Jossey-Bass.

de Sousa Santos, B. (2014). *Epistemologies of the South: Justice against epistemicide*. Paradigm Publishers.

Fawcett, J., & Garity, J. (2009). *Evaluating research for evidence-based nursing practice*. F. A. Davis.

Grove, S. K., & Gray, J. R. (2018). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice* (7th ed.). Elsevier.

Hernández, A. R., Morales Padilla, O. N., y Law Harrison, L. (2006). Perspectivas sobre la investigación en enfermería en Guatemala. *Enfermería Global, 5*(1), 1–11. https://doi.org/10.6018/eglobal.5.1.330

Horta, W. A. (1979). *Processo de enfermagem*. EPU-EDUSP.

Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer.

Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing: What it is, and what it is not. Dover Publications.* (Trabajo original publicado en 1859)

Organización Panamericana de la Salud Honduras. (2020). *La contribución de las enfermeras para impulsar la atención primaria en salud.*

Pan American Health Organization. (2017). *Health in the Americas+: Regional outlook.*

Pan American Health Organization. (2019). *Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata: Informe de la Comisión de Alto Nivel.*

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Smith, L. T. (2012). *Decolonizing methodologies: Research and indigenous peoples* (2nd ed.). Zed Books.

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Wallerstein, N., Duran, B., Oetzel, J. G., & Minkler, M. (Eds.). (2018). *Community-based participatory research for health: Advancing social and health equity* (3rd ed.). Jossey-Bass.

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.

Descargo de responsabilidad: Esta investigación fue apoyada [en parte] por el Programa de Investigación Intramuros de los Institutos Nacionales de Salud (NIH, por sus siglas en inglés). Las contribuciones de los autores del NIH se realizaron como parte de sus funciones oficiales como empleados federales del NIH, cumplen con los requisitos de las políticas de la agencia y se consideran obras del Gobierno de los Estados Unidos. Sin embargo, los hallazgos y conclusiones presentados en este artículo son de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones del NIH o del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés)"

Capítulo XIV

Educación y formación continua y su impacto en el cuidado de enfermería



Dra. Ingrid Patricia Figueroa Salán

Resumen

La educación y formación continua (EFC) es fundamental en la enfermería, porque garantiza que los profesionales mantengan y mejoren sus competencias a lo largo de su carrera. Esta práctica no solo impacta la calidad del cuidado y la seguridad del paciente, sino que también fomenta el desarrollo profesional de las enfermeras. A medida que la medicina y la tecnología evolucionan, la EFC se convierte en una herramienta esencial para actualizar conocimientos y habilidades, mejorar la comunicación y desarrollar competencias técnicas y blandas. Sin embargo, la implementación de programas de EFC enfrenta desafíos, como la falta de tiempo y recursos entre otros. Este capítulo desarrolla la importancia, el

impacto, los desafíos que enfrenta Enfermería y las estrategias para mejorar la EFC en el contexto del cuidado de enfermería.

Introducción

La educación y formación continua (EFC) es un componente crítico en la práctica de la enfermería, permitiendo a los profesionales adaptarse a los constantes cambios en el ámbito de la salud. La constante evolución de la medicina y la tecnología exige que las enfermeras actualicen regularmente sus conocimientos y habilidades para proporcionar un cuidado seguro y efectivo. La EFC no solo mejora la calidad del cuidado y la seguridad del paciente, sino que también contribuye al desarrollo profesional, la satisfacción laboral y el bienestar del personal de enfermería.



Importancia de la educación y formación continua- EFC-

La EFC en enfermería se refiere a la actualización constante de conocimientos y habilidades a lo largo de la carrera profesional. Esta práctica es esencial, necesaria y urgente para garantizar que la Enfermería mantenga un alto estándar al brindar cuidados y atención a las personas sanas y enfermas, adaptándose a los avances en medicina, tecnología y prácticas clínicas. La EFC permite a las enfermeras:

- **Mantener la competencia:** asegurar que las enfermeras estén al tanto de los últimos avances en tratamientos, procedimientos y

tecnologías. Esto es vital en un entorno de atención en salud en constante evolución, donde la información y los métodos de tratamiento cambian rápidamente (Ben Natan et al., 2014). Es importante mantener la competencia, pero aún más importante mantener su salud mental.

- **Mejorar la calidad del cuidado:** tiene un impacto directo en la calidad de la atención y cuidado proporcionada a los pacientes. Las enfermeras capacitadas pueden identificar y responder mejor a las necesidades de los pacientes, lo que incluye la detección temprana de complicaciones (Huang et al., 2019).
- **Desarrollar habilidades blandas:** se centra en el desarrollo de habilidades blandas, como la comunicación efectiva, el trabajo en equipo y la empatía, que son cruciales en el entorno de atención sanitaria (Bagnasco et al., 2016).



Impacto en la calidad del cuidado

Las enfermeras que participan en programas de formación continua son más competentes y confiadas en su práctica teniendo un impacto significativo en la calidad del cuidado de enfermería, lo cual se traduce en varios beneficios:

- **Identificación de necesidades del paciente:** una enfermera bien capacitada puede identificar mejor las necesidades del paciente, lo que lleva a una atención más personalizada y efectiva. La formación continua permite a las enfermeras reconocer signos y síntomas que podrían pasar desapercibidos sin una constante capacitación (Ben Natan et al., 2014).

- **Mejora en resultados clínicos:** la EFC está asociada con mejores resultados clínicos, incluida la reducción de complicaciones y la mejora en la satisfacción del paciente. La formación en las mejores prácticas y estándares de atención asegura que las enfermeras brindan cuidados que se alineen con las guías basadas en la evidencia (Huang et al., 2019).
- **Reducción de errores:** la EFC contribuye a la reducción de errores en la atención, lo cual es crítico en un entorno donde la seguridad del paciente es primordial. La capacitación regular ayuda a las enfermeras a mantenerse actualizadas sobre las prácticas más seguras y efectivas (Bagnasco et al., 2016).



Desafíos en la Implementación de la EFC

A pesar de los beneficios evidentes, la implementación de la EFC enfrenta varios desafíos como lo son:

Falta de tiempo y recursos: muchos enfermeros enfrentan dificultades para participar en programas de EFC debido a la falta de tiempo y recursos. Las cargas laborales pesadas y la falta de apoyo institucional limitan la capacidad de las enfermeras para acceder a oportunidades de formación (McCoy et al., 2016).

Resistencia al cambio: algunos profesionales pueden ser reacios a participar en la EFC, prefiriendo las prácticas tradicionales. Esta resistencia puede surgir de la falta de motivación o del temor a lo desconocido (Huang et al., 2019).

Costos asociados: los costos de la educación, incluidas las matrículas y los materiales, pueden ser prohibitivos para muchos enfermeros. Esto es especialmente problemático en entornos de atención médica donde el financiamiento es limitado (Ben Natan et al., 2014).



Estrategias para Mejorar la EFC

Para superar los desafíos de la EFC, es fundamental implementar estrategias efectivas:

- **Flexibilidad y accesibilidad:** ofrecer cursos en línea y modalidades de aprendizaje a distancia puede facilitar la participación de las enfermeras en programas de EFC. Esto permite que las enfermeras se capaciten en horarios convenientes y desde ubicaciones accesibles (McCoy et al., 2016). Algunas habilidades clave para el futuro son la adaptabilidad, el pensamiento crítico, el adecuado manejo de la tecnología, herramientas digitales, sistemas de información y la comunicación efectiva son esenciales para el cuidado, la Teleenfermería.

- **Relevancia de los Programas:** los programas de EFC deben ser relevantes y adaptarse a las necesidades específicas de las enfermeras. Involucrar a las enfermeras en el diseño y evaluación de programas puede aumentar su efectividad (Huang et al., 2019).

- **Apoyo institucional:** las instituciones de salud deben fomentar una cultura de aprendizaje. Proporcionar tiempo libre remunerado y financiamiento para la EFC puede motivar a las enfermeras a participar (Bagnasco et al., 2016).

Futuro de la Educación en Enfermería

El futuro de la EFC en enfermería se orienta hacia la integración de nuevas tecnologías y enfoques innovadores:

- **Simulaciones y aprendizaje virtual:** la utilización de simulaciones y entornos de aprendizaje virtual puede ofrecer experiencias prácticas sin riesgo para los pacientes. Estas herramientas permiten a las enfermeras practicar habilidades en un entorno seguro (McCoy et al., 2016).

  El uso de tablets y sistemas digitales permiten monitorear a pacientes en tiempo real y mejorar la toma de decisiones, las asistentes de IA apoyan en la gestión de datos, optimizan procesos dejando libre tiempo para que Enfermería brinde cuidado humano, así también robots y dispositivos automatizados están comenzando a asistir en tareas rutinarias, aumentando la eficiencia y seguridad en la atención y cuidado humanizado. Pero a pesar de los avances tecnológicos la empatía y el cuidado humano sigue siendo el corazón de la enfermería con una atención centrada en el paciente y su familia.

- **Aprendizaje a lo largo de la vida:** fomentar un enfoque de aprendizaje continuo que promueva la curiosidad y la reflexión personal es esencial para el desarrollo profesional de las enfermeras (Ben Natan et al., 2014).

- **Colaboración Internacional:** la colaboración entre instituciones de salud, universidades y organizaciones profesionales puede enriquecer los programas de EFC y fomentar un enfoque global en la atención (Huang et al., 2019).

  La investigación basada en evidencia es otra habilidad que se debe desarrollar en enfermería, porque se tendrá bases para proponer mejoras en el cuidado.

Conclusiones

La educación y formación continua son pilares fundamentales en el cuidado de enfermería. Su impacto en la calidad del cuidado, la satisfacción del paciente y el desarrollo profesional es innegable. Fomentar una cultura de aprendizaje y superar las barreras existentes es esencial para optimizar la atención sanitaria. La inversión en la educación de las enfermeras es una inversión en el futuro de la salud pública.

Por lo que las enfermeras deben asumir roles de liderazgo e influir en las políticas públicas y mejorar la atención y el cuidado, sin descuidar la ética y bioética porque siguen siendo el pilar fundamental en la práctica de enfermería y aún más importante por las nuevas tecnologías.

Referencias

Bagnasco, A., Timmins, F., & McCabe, C. (2016). The importance of continuing education in nursing. *Nurse Education Today,* 39, 12–15. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.002

Ben Natan, M., Mahajna, M., & Mahajna, S. (2014). The impact of continuing education on nursing care. *Journal of Nursing Management, 22*(7), 929–936. https://doi.org/10.1111/jonm.12053

Huang, H., & Chen, S. (2019). The role of continuing education in nursing. *Nursing Forum,* 54(1), 1–8. https://doi.org/10.1111/nuf.12300

McCoy, L., & Theeke, L. A. (2016). Barriers to participation in continuing education: A focus on registered nurses. *Nursing Management,* 47(4), 24–30. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000481803.95159.e7

Capítulo XV

Proyección social e imagen del profesional de enfermería: un compromiso de todos



Licenciada Edna Lissbeth Marroquín Jiménez de León

Resumen

La proyección e imagen personal del profesional de enfermería constituye un elemento esencial en la construcción de confianza con los pacientes, el fortalecimiento del clima laboral y la reputación institucional. Este capítulo explora los tres componentes fundamentales de la imagen profesional —externa, interna e ideal—, destacando su relevancia en la práctica clínica y en la relación terapéutica. Además, se aborda la importancia de la comunicación no verbal, la inteligencia emocional, la ética y la empatía como factores clave para proyectar credibilidad. A través de ejemplos prácticos del contexto guatemalteco y estrategias de aplicación, se motiva a

los profesionales de enfermería a comprender que todo comunica, y que la excelencia en el cuidado depende no solo del conocimiento técnico, sino también de la coherencia entre la presentación personal, las actitudes y los valores éticos.

Introducción

La enfermería, como profesión de servicio y contacto directo con el ser humano, trasciende el ámbito técnico para convertirse en un ejercicio de comunicación constante. La imagen personal y profesional no es un simple accesorio, sino un recurso estratégico que influye en cómo se percibe la calidad del cuidado, la seguridad de los pacientes y la confianza en las instituciones de salud.

En la actualidad, la sociedad exige de los profesionales de enfermería no solo conocimientos actualizados y habilidades clínicas, sino también coherencia entre su comportamiento, su manera de comunicar y su proyección personal. La imagen profesional incluye la presentación física (uniforme, higiene, postura), pero también abarca la dimensión interna (valores, ética, empatía) y la imagen ideal (aspiraciones, metas profesionales).

Estudios en comunicación en salud confirman que más del 60 % de la confianza que un paciente deposita en su enfermero está mediada por señales no verbales (Guerrero y Ramírez, 2021). Esto evidencia que la forma en que se saluda, se escucha y se transmite seguridad, tiene un impacto tan relevante como la aplicación de un procedimiento clínico.

Este capítulo tiene como propósito reflexionar sobre la importancia de la proyección personal en enfermería, mostrando ejemplos prácticos de hospitales guatemaltecos y recomendaciones basadas en la evidencia, para que cada profesional pueda reconocer su imagen como un recurso de liderazgo, humanización y compromiso con la sociedad.

Desarrollo

Definición y relevancia de la imagen personal en enfermería

La imagen personal en enfermería puede definirse como el conjunto de percepciones que pacientes, colegas y comunidad forman a partir de la presentación externa, el comportamiento, la comunicación y los valores del profesional. No se trata únicamente de "verse bien", sino de proyectar seguridad, confianza y compromiso ético.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) subraya que la credibilidad en los profesionales de la salud depende tanto de sus competencias clínicas como de su capacidad para transmitir confianza y empatía. Por ello, una buena imagen personal en enfermería no solo contribuye a la reputación del individuo, sino que fortalece la imagen institucional del hospital, clínica o centro de salud donde labora.

Ejemplo aplicado a Guatemala: en un hospital nacional, se evaluó la satisfacción de los pacientes con el personal de enfermería. Los resultados mostraron que aquellos enfermeros que saludaban con cortesía, mantenían uniforme limpio y respondían con empatía a las dudas de los pacientes recibieron mejores calificaciones, incluso en situaciones donde la infraestructura hospitalaria presentaba limitacio-

nes. Esto demuestra que la imagen personal puede ser un factor compensador frente a otros déficits del sistema de salud.

Componentes de la imagen profesional: externa, interna e ideal

La imagen profesional en enfermería se construye sobre tres pilares fundamentales que describiré a continuación:

- **Imagen externa:** incluye la presentación física, higiene personal y vestimenta. Un uniforme limpio y planchado, cabello recogido, uñas cortas y manos cuidadas transmiten orden, disciplina y respeto por el paciente. El gafete visible es un signo de identidad y transparencia.

  Ejemplo práctico: en hospitales guatemaltecos, los pacientes suelen asociar un uniforme impecable con un mejor nivel de preparación, incluso antes de recibir la atención.

- **Imagen interna:** se refiere a valores, actitudes y comportamientos que guían la práctica profesional. Ética, empatía, compromiso, responsabilidad y comunicación respetuosa son claves. La autoconfianza también forma parte de la imagen interna, ya que la seguridad transmitida genera confianza en los pacientes.

  Ejemplo: un enfermero que escucha activamente al paciente y responde con empatía, aunque no tenga todas las respuestas inmediatas, proyecta profesionalismo.

- **Imagen ideal:** representa el horizonte al que aspira el profesional: el modelo de excelencia que busca alcanzar. Incluye

metas de superación académica, liderazgo y contribución al bienestar social.

Ejemplo: un profesional que se prepara continuamente para especializarse en neonatología no solo proyecta su presente, sino la imagen ideal de un futuro experto confiable.

Síntesis:

La combinación coherente de estos tres niveles (externo, interno e ideal) fortalece la percepción positiva de los enfermeros, aumenta la credibilidad institucional y motiva a los colegas a seguir estándares de excelencia.

Comunicación no verbal y su influencia en la confianza del paciente

La comunicación no verbal es un lenguaje silencioso que transmite emociones, intenciones y actitudes sin necesidad de palabras. Según Guerrero y Ramírez (2021), hasta un 60 % de la confianza que el paciente deposita en un profesional de enfermería se genera a partir de señales no verbales.

Elementos clave:

- **Postura corporal:** una postura abierta transmite seguridad y disposición; una postura cerrada puede generar desconfianza.
- **Contacto visual:** mirar al paciente a los ojos de manera amable y respetuosa genera cercanía y confianza.

- **Gestos y expresiones faciales:** una sonrisa sincera transmite empatía y amabilidad.
- **Tono y ritmo de la voz:** el tono firme pero cálido transmite seguridad y serenidad, especialmente en situaciones de crisis.
- **Proximidad:** respetar el espacio personal del paciente refleja consideración y respeto.

Ejemplo aplicado a la práctica clínica: En la atención de un paciente pediátrico, la postura agachada para colocarse a la altura del niño, acompañada de una sonrisa y un tono de voz suave, reduce la ansiedad del menor y facilita la cooperación durante el procedimiento.

Reflexión:

La comunicación no verbal es tan poderosa que, incluso cuando las palabras dicen una cosa, el lenguaje corporal puede contradecir o reforzar el mensaje. En enfermería, la coherencia entre lo verbal y lo no verbal es esencial para transmitir credibilidad.

Importancia de la comunicación no verbal en el personal de enfermería

La comunicación no verbal (CNV) comprende todas aquellas formas de transmisión de información que no se apoyan en el lenguaje hablado: expresiones faciales, gestos, posturas corporales, entonación, uso del espacio, contacto visual, proximidad, entre otros (ingeniería tradicionalmente conocida como kinésica, paralenguaje, proxémica, háptica y cronémica).

La CNV es omnipresente, polifuncional y, en muchos casos, refleja de manera más fiel e inconsciente los pensamientos y emociones del

profesional (o del paciente) que las propias palabras. En enfermería, donde la empatía, la confianza y la interpretación del estado emocional del paciente son fundamentales, la CNV adquiere una dimensión esencial.

1. Complemento e incluso contradicción al lenguaje verbal

En torno a las emociones y actitudes, Albert Mehrabian postuló que el componente verbal aporta apenas un 7 % del impacto comunicativo, mientras que el tono de voz aporta un 38 % y la expresión facial un 55 %. Aunque esta proporción aplica concretamente a la expresión de emociones y no debe generalizarse para todo tipo de comunicación, resalta la necesidad de coherencia ("congruencia") entre lo que se dice y lo que el cuerpo expresa. En enfermería, una sonrisa falsa, una mirada esquiva o un tono monótono pueden sabotear el mensaje verbal de cercanía o apoyo, generando desconfianza en el paciente.

2. Herramientas clave: proximidad, lenguaje corporal y paralenguaje

Estudios señalan que la kinésica (movimientos corporales y faciales), el paralenguaje (entonación, pausas, volumen) y la proxémica (uso del espacio y distancia interpersonal) son canales primarios de la CNV en entornos clínicos.

En una revisión sobre CNV entre enfermeras y adultos mayores, se identificaron prácticas recurrentes como el asentir con la cabeza (head nodding), hablar con tono calmado y amistoso, y adecuar el ritmo del habla para mejorar la comprensión y establecer empatía. Estas conductas generan un entorno de confianza, calidez y cercanía, fundamentales para el confort emocional del paciente.

3. Influencia en la percepción del cuidado y recuperación del paciente

Diversos trabajos destacan que la CNV positiva —como el contacto visual adecuado, posturas abiertas, sonrisa— fomenta la confianza y satisfacción del paciente, lo cual puede traducirse en una recuperación más efectiva, mayor adherencia al tratamiento y reducción de la ansiedad (Sanchez et al., 2023)

Por ejemplo, un lenguaje no verbal cálido y empático facilita que el paciente perciba la atención como integral, humana y afectiva, no solo técnica (Sanchez et al., 2023). La correcta interpretación de expresiones de dolor o malestar no expresadas verbalmente —como gestos faciales o tensión corporal— permite una respuesta más precisa y oportuna por parte del enfermero.

4. Formación, autoconciencia y adaptación cultural

Es vital que el enfermero desarrolle autoconciencia sobre su estilo no verbal, ya que estas señales pueden ser interpretadas de manera distinta según el contexto cultural o individual del paciente (Wanko Keutchafo et al., 2020).

Además, en contextos multiculturales, prácticas no verbales comunes en una cultura pueden resultar ofensivas o malinterpretadas en otras. Por ello, la sensibilidad cultural en el uso de la mirada, el espacio físico, los gestos y entonación es esencial.

5. Reducción de barreras y errores de comunicación

La hospitalización a menudo genera estrés, ansiedad y dificultades para que el paciente se comunique con claridad (Ramírez Merchán, et al., 2024). Una CNV coherente, empática y sensible permite superar esas barreras, facilitando el entendimiento real del estado emocional del paciente, promoviendo una comunicación efectiva y afectiva, y reduciendo riesgos de conflicto o errores en el cuidado.

6. Fundamento empírico y necesidad de investigación continua

El campo académico ha valorado la CNV como una competencia esencial en enfermería. Por ejemplo, Santos y Shiratori (2008) resaltan su importancia en la provisión de cuidados y recomiendan considerarla un componente fundamental en la formación del profesional de enfermería.

Asimismo, investigaciones contemporáneas, como la de Calderon Santana et al., (2025), subrayan que tanto la comunicación verbal como la no verbal permiten reconocer necesidades individuales y construir relaciones interpersonales significativas.

Conclusión

La comunicación no verbal es una herramienta estratégica y humana en el ámbito de la enfermería. A través de expresiones faciales, entonación, gestos, contacto visual, postura y proximidad, el profesional transmite empatía, confianza y comprensión. Estas señales no sólo complementan el mensaje verbal, sino que, en muchos casos, lo dominan.

En un entorno donde el paciente puede sentirse vulnerable, ansioso o incomprendido, la CNV cálida, congruente y culturalmente sensible se convierte en puente de recuperación, satisfacción y adherencia. Por ello, la formación del profesional enfermero debe incluir el desarrollo consciente y empático de estas habilidades, como parte de su compromiso con el cuidado integral del paciente.

Inteligencia emocional y autocontrol en la práctica clínica

La inteligencia emocional es la capacidad de reconocer, comprender y gestionar las propias emociones, así como de identificar y responder de manera adecuada a las emociones de los demás. En enfermería, donde el contacto humano es constante y en ocasiones bajo circunstancias críticas, esta competencia se vuelve indispensable.

Dimensiones clave de la inteligencia emocional en enfermería (Goleman, 2019):

- **Autoconciencia:** identificar las propias emociones y cómo estas influyen en el comportamiento.
- **Autocontrol:** manejar emociones como la frustración, el enojo o la ansiedad, especialmente en situaciones de emergencia.
- **Empatía:** ponerse en el lugar del paciente y comprender su experiencia desde una perspectiva humana.
- **Habilidades sociales:** trabajar en equipo, generar confianza y resolver conflictos con profesionalismo.

Ejemplo práctico: Una enfermera en la unidad de cuidados intensivos pediátricos puede enfrentar la pérdida de un paciente. Aunque el dolor emocional sea inevitable, el autocontrol le permitirá brindar apoyo a la familia y mantener la compostura profesional, sin negar sus propias emociones. Posteriormente, el manejo adecuado de la resiliencia será clave para evitar el desgaste profesional.

Reflexión:

La inteligencia emocional no solo mejora la calidad de la atención, sino que también protege la salud mental del profesional de enfermería, evitando el síndrome de burnout, frecuente en entornos hospitalarios guatemaltecos con alta carga laboral.

Ética, empatía y habilidades sociales en enfermería

El profesional de enfermería está guiado por un código ético que exige respeto a la dignidad humana, justicia, beneficencia y confidencialidad (Consejo Internacional de Enfermeras, 2021). La ética no es una teoría abstracta, sino una práctica diaria que se refleja en cada interacción con pacientes, familias y colegas. La empatía constituye un valor esencial. Implica no solo comprender el dolor del otro, sino también responder con acciones que alivien y humanicen el cuidado. La empatía crea puentes de confianza que trascienden la atención clínica.

Habilidades sociales esenciales:

- **Escucha activa:** demostrar interés genuino por lo que el paciente comunica.
- **Trabajo colaborativo:** coordinar esfuerzos con médicos, terapeutas y otros profesionales.

- **Resolución de conflictos:** mediar con respeto en situaciones de tensión.
- **Networking profesional:** establecer relaciones sólidas que fortalezcan la cooperación en la comunidad de salud.

Ejemplo aplicado en Guatemala: En una clínica rural, un enfermero se convierte en el puente entre la comunidad indígena y el personal médico urbano. Su capacidad de comunicarse respetando las costumbres locales y mostrando empatía hacia las madres embarazadas fortalece la aceptación de los programas de control prenatal.

Síntesis:

Ética, empatía y habilidades sociales forman la base de la proyección profesional en enfermería. Un profesional competente técnicamente pero carente de estas dimensiones puede perder credibilidad; en cambio, quien integra valores y habilidades humanas en su quehacer diario deja una huella transformadora.

Proyección de la imagen en entornos hospitalarios y comunitarios

La imagen profesional de enfermería se manifiesta tanto en los hospitales como en las comunidades. En el entorno hospitalario, el profesional de enfermería es percibido como la figura que acompaña al paciente en cada etapa de su tratamiento. Allí, la puntualidad, la disciplina y la precisión técnica son aspectos que refuerzan la credibilidad del profesional.

En el contexto comunitario, la enfermería se convierte en un puente entre la población y los servicios de salud. La capacidad de comunicación

intercultural es esencial en países como Guatemala, donde la diversidad cultural y lingüística marca la dinámica del cuidado. Enfermeros que respetan las costumbres locales, utilizan términos comprensibles y se integran a las prácticas comunitarias fortalecen la aceptación de los programas de prevención y tratamiento.

Ejemplo aplicado: En comunidades rurales de Chiquimula y Alta Verapaz, el rol del enfermero comunitario no se limita a vacunar o llevar registros. Su imagen de líder confiable permite que las madres acepten controles prenatales y que los niños completen esquemas de inmunización. La percepción de cercanía y respeto cultural proyecta al enfermero como un referente de confianza.

La imagen del profesional como líder en salud

El liderazgo en enfermería no se limita a la gestión de equipos, sino también a la influencia positiva en pacientes, familias y colegas. El liderazgo auténtico combina conocimientos técnicos, comunicación efectiva y valores humanos que inspiran a otros a seguir estándares de excelencia.

Características del liderazgo en enfermería:

- **Inspiración y motivación:** un líder en salud inspira a través del ejemplo, proyectando profesionalismo y ética.
- **Visión clara:** orienta sus acciones hacia la mejora de la calidad de atención.

- **Colaboración:** fomenta el trabajo en equipo multidisciplinario.
- **Capacidad de decisión:** toma decisiones críticas bajo presión, siempre priorizando la vida y el bienestar del paciente.

Ejemplo guatemalteco: Durante la pandemia de COVID-19, muchos profesionales de enfermería asumieron roles de liderazgo en hospitales temporales, coordinando la atención de pacientes críticos y supervisando la implementación de protocolos sanitarios. Su capacidad de organización y resiliencia fortaleció la confianza pública en el sistema de salud.

Reflexión:

Cuando la imagen del profesional de enfermería se proyecta como la de un líder ético y competente, no solo se gana la confianza del paciente, sino que también se impulsa la valoración social de la profesión.

Impacto de la imagen en la satisfacción del paciente

La percepción que el paciente y su familia construyen acerca del profesional de enfermería tiene un efecto directo en la calidad percibida de la atención. Un uniforme limpio, un lenguaje respetuoso y una actitud empática generan confianza y seguridad en los pacientes.

Estudios internacionales confirman que la imagen profesional influye en los índices de satisfacción hospitalaria. De acuerdo con Manzo et al. (2019), los pacientes tienden a evaluar positivamente el servicio de salud cuando los profesionales proyectan una imagen coherente con los valores de cuidado, respeto y profesionalismo.

En Guatemala, donde la confianza en el sistema de salud público puede estar debilitada, la proyección positiva de los profesionales de enfermería es un factor que humaniza la atención y fortalece el vínculo paciente–institución.

Ejemplo aplicado: en un hospital nacional de referencia, se observó que los pacientes que percibieron al personal de enfermería como accesible y comunicativo mostraron mayor adherencia al tratamiento postoperatorio.

Reflexión:

La imagen del profesional no se limita a la estética, sino que se convierte en un recurso estratégico para mejorar la calidad de la atención y elevar la percepción social de la enfermería.

Estrategias para fortalecer la proyección profesional

El fortalecimiento de la imagen en enfermería requiere un compromiso integral que combine formación académica, habilidades blandas y valores éticos. Algunas estrategias clave son:

- **Educación continua:** participar en diplomados, maestrías y actualizaciones clínicas permite proyectar excelencia profesional.
- **Comunicación efectiva:** usar un lenguaje claro y respetuoso, adaptado al nivel sociocultural del paciente, refuerza la confianza.

- **Cuidado personal y presentación:** mantener estándares de higiene, uniformidad y puntualidad refleja compromiso y disciplina (Siles-González y Solano-Ruiz, 2020).
- **Participación comunitaria:** integrarse en programas de salud comunitarios fortalece la visibilidad y el reconocimiento del rol de enfermería.
- **Uso responsable de redes sociales:** proyectar una imagen digital coherente con los valores de la profesión protege la credibilidad y amplía el alcance educativo.

Ejemplo práctico en Guatemala: enfermeras que han implementado proyectos de educación sanitaria mediante redes sociales y campañas comunitarias han logrado posicionarse como referentes de salud preventiva en municipios rurales.

Síntesis:

La imagen profesional en enfermería es una construcción dinámica que se alimenta de la práctica ética, la formación constante y el compromiso humano. Fortalecerla no solo mejora la satisfacción del paciente, sino también la reputación de la profesión en la sociedad.

El futuro de la proyección e imagen profesional de la enfermería en Guatemala

La enfermería guatemalteca enfrenta un momento histórico en el que su imagen profesional y su proyección social pueden convertirse en factores decisivos para mejorar la salud pública y la confianza ciudadana en las instituciones. Este futuro se dibuja entre grandes desafíos, pero

también con oportunidades que, si son aprovechadas, fortalecerán el liderazgo de la profesión.

Tendencias globales que impactan la imagen de la enfermería

En el ámbito internacional, la enfermería ha dejado de ser percibida únicamente como una profesión de cuidado asistencial, para posicionarse como un actor clave en el liderazgo en salud, investigación y gestión sanitaria. Organismos como la OMS y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) impulsan la visibilización de enfermeras como líderes en políticas públicas y agentes de cambio social (WHO, 2021).

Entre las tendencias más relevantes destacan:

- **Digitalización y telemedicina:** las nuevas tecnologías exigen que la enfermería proyecte competencias digitales y capacidad de acompañamiento a distancia.
- **Liderazgo en emergencias sanitarias:** la pandemia de COVID-19 visibilizó la resiliencia y protagonismo del personal de enfermería como primera línea de atención (Morin, 2020).
- **Liderazgo femenino:** el fortalecimiento de la participación de mujeres enfermeras en cargos directivos es un movimiento creciente que genera nuevas oportunidades de representación y proyección social.

Retos de la enfermería en Guatemala

En el contexto nacional, la proyección profesional de la enfermería está condicionada por problemáticas estructurales:

- **Escasez de personal calificado:** el número de enfermeras profesionales sigue siendo insuficiente para cubrir la demanda del sistema de salud (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2022).
- **Condiciones laborales desiguales:** muchos profesionales enfrentan sobrecarga de trabajo y limitaciones salariales, lo que afecta la motivación y, en consecuencia, la proyección de una imagen sólida.
- **Percepción social limitada:** a pesar de los avances, todavía persisten estereotipos que reducen la enfermería al rol de "asistencia médica", sin valorar su carácter científico y de liderazgo.

Estos retos invitan a replantear la imagen profesional hacia una proyección estratégica, donde la ética, la innovación y la comunicación social sean pilares para ganar mayor reconocimiento.

Oportunidades de mejora y proyección estratégica

El futuro ofrece múltiples posibilidades para que la enfermería en Guatemala fortalezca su proyección:

- **Formación universitaria y posgrados:** ampliar la oferta académica en maestrías y doctorados en enfermería permitirá proyectar excelencia y autoridad científica.

- **Especialización:** áreas como la enfermería neonatal, oncológica, comunitaria y de emergencias pueden convertirse en espacios de liderazgo reconocido.

- **Participación en políticas públicas:** el involucramiento de enfermeras en mesas técnicas de salud refuerza su imagen como agentes de cambio social.

- **Internacionalización:** el intercambio académico y la participación en congresos internacionales posicionan a la enfermería guatemalteca en el escenario global.

- **Innovación en comunicación:** el uso de redes sociales y plataformas digitales puede proyectar una enfermería cercana a la comunidad, empática y profesional (Jiménez y López, 2021).

Ejemplo inspirador

Un caso significativo es el de enfermeras guatemaltecas que, tras capacitarse en programas internacionales de salud neonatal, lograron implementar protocolos de reanimación neonatal en hospitales nacionales. Esta iniciativa no solo redujo la mortalidad infantil, sino que también proyectó a la enfermería como un gremio innovador y capaz de liderar cambios de alto impacto.

Síntesis

El futuro de la proyección e imagen profesional de la enfermería en Guatemala dependerá de su capacidad para adaptarse a las tendencias

globales, superar los retos estructurales y aprovechar las oportunidades de formación, especialización y liderazgo social. Una imagen sólida y estratégica no solo dignifica a la profesión, sino que también contribuye al bienestar de la población y al fortalecimiento del sistema de salud.

Conclusión

En síntesis, la proyección e imagen personal del profesional de enfermería constituyen un eje estratégico que trasciende lo estético y se convierte en un recurso de confianza, liderazgo y humanización del cuidado. A lo largo del capítulo se ha evidenciado cómo los componentes externos, internos e ideales, sumados a la comunicación no verbal, la inteligencia emocional, la ética y la empatía, conforman la base de una práctica profesional coherente y transformadora.

Lo más relevante de esta reflexión radica en reconocer que la imagen no es un accesorio superficial, sino un factor determinante en la calidad percibida del cuidado y en la reputación institucional de los servicios de salud. Desde el saludo empático hasta la postura profesional en situaciones críticas, cada gesto del enfermero comunica y proyecta valores que impactan directamente en la confianza del paciente y en la dignificación de la profesión.

Vinculado al propósito general de este capítulo, se reafirma que la proyección personal es un compromiso colectivo: cada enfermera y enfermero, desde su contexto laboral y comunitario, aporta a la consolidación de una identidad profesional respetada, ética y cercana. En el marco del sistema de salud guatemalteco, marcado por retos estructura-

les y limitaciones de recursos, esta dimensión cobra mayor relevancia: la imagen y el liderazgo del personal de enfermería se convierten en un puente que humaniza la atención y fortalece la credibilidad social en las instituciones.

Más allá de lo expuesto, mi experiencia académica y profesional me permite afirmar que la proyección e imagen personal de la enfermera y enfermero no son únicamente un reflejo individual, sino un recurso colectivo que marca la diferencia en la manera en que la sociedad percibe y valora a la enfermería. En el contexto guatemalteco, donde los desafíos del sistema de salud son evidentes, cada gesto, cada palabra y cada postura adquieren un peso simbólico que trasciende la atención clínica. Esto nos invita a pensar más allá de la técnica, a cuestionarnos cómo nuestra imagen y nuestra forma de comunicarnos pueden convertirse en instrumentos de liderazgo, confianza y transformación social.

El lector, por tanto, está llamado a reconocer que el cuidado no solo se ejerce en la práctica diaria, sino también en la forma en que proyectamos los valores y la dignidad de la profesión.

De esta manera, lo tratado en este capítulo no solo enriquece la práctica clínica individual, sino que también contribuye al quehacer enfermero en su conjunto, impulsando a la profesión hacia estándares de excelencia que dignifican a quienes la ejercen y generan un impacto positivo en la salud y bienestar de la población guatemalteca.

Se recomienda que la proyección e imagen personal del profesional de enfermería sea reconocida y fortalecida como un componente esencial de la calidad del cuidado. Esto implica integrar, en los programas de formación y actualización, contenidos que desarrollen no solo las competencias técnicas, sino también las habilidades comunicativas, la inteli-

gencia emocional, la ética aplicada y el manejo consciente de la comunicación no verbal.

Lo más relevante es comprender que cada interacción del personal de enfermería, tanto en hospitales como en comunidades, constituye una oportunidad para generar confianza, dignificar la profesión y reforzar la reputación de las instituciones de salud. En un contexto guatemalteco marcado por desafíos estructurales y demandas sociales crecientes, invertir en la proyección profesional no debe verse como un aspecto accesorio, sino como una estrategia clave para fortalecer el sistema de salud y responder con humanidad, liderazgo y excelencia a las necesidades de la población.

Vinculada al propósito de este capítulo, la recomendación es que las instancias académicas, gremiales y sanitarias impulsen políticas y programas que promuevan la coherencia entre la presentación personal, los valores éticos y la comunicación estratégica de los enfermeros. Así, la enfermería guatemalteca podrá consolidarse como un referente de confianza y credibilidad, elevando su impacto social y su reconocimiento nacional e internacional

Referencias

Alvarado, R., y Ochoa, L. (2020). Ética profesional en enfermería: Fundamentos para la práctica clínica. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (39), 1–12. https://doi.org/10.15517/revenf.v39i1.38976

American Nurses Association. (2015). *Code of ethics for nurses with interpretive statements.*

Ballesteros, M. P. (2018). Comunicación interpersonal y construcción de confianza en el ámbito sanitario. *Revista Española de Comunicación en Salud, 9*(2), 234–243. https://doi.org/10.20318/recs.2018.4361

Benner, P. (2012). De novata a experta: *Excelencia y poder en la práctica clínica de enfermería*. McGraw-Hill.

Ceballos, J., y Martínez, G. (2019). Reputación institucional y cuidado de la imagen en los servicios de salud. *Salud Pública de México, 61*(4), 529–536. https://doi.org/10.21149/10121

Flores, A., y Herrera, M. (2021). La comunicación interna en instituciones hospitalarias: Retos y oportunidades. *Revista Latinoamericana de Comunicación, 14*(2), 77–93.

Gómez, P., y Méndez, A. (2019). La imagen profesional del personal de enfermería: Un análisis desde la percepción de los pacientes. *Revista Latinoamericana de Enfermería, 27,* Artículo e3122. https://doi.org/10.1590/1518-8345.3066.3122

International Council of Nurses. (2021). *Guidelines on advanced practice nursing*.

López, D., y Ramírez, C. (2020). Liderazgo y trabajo en equipo en enfermería: Claves para la gestión en salud. *Revista Cubana de Enfermería, 36*(2), 1–15.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Nursing and midwifery: Key facts*.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *State of the world's nursing 2021: Investing in education, jobs and leadership*.

Pérez, S., y Andrade, J. (2022). Manejo de crisis en hospitales y el papel de la comunicación institucional. *Revista Panamericana de Salud Pública, 46,* Artículo e91. https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.91

Ríos, V., y Cordero, H. (2018). La percepción social de la enfermería en América Latina: Estudio comparativo. *Revista Iberoamericana de Enfermería, 12*(1), 21–35.

Salazar, E., y Torres, K. (2020). Humanización del cuidado en la práctica de enfermería: Un enfoque integral. *Ciencia y Enfermería, 26,* Artículo e123. https://doi.org/10.4067/S0717-95532020000200123

Sánchez, A., y López, J. (2017). La proyección profesional de la enfermería: Retos para el siglo XXI. *Enfermería Global, 16*(1), 233–248. https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.261651

Téllez, F., y Guzmán, P. (2021). Imagen personal y credibilidad profesional en enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería, 20*(1), 67–78.

World Health Organization. (2016). *Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020.*

Capítulo XVI

Cumpliendo la misión del Colegio, con sentido transformador, desde la SINERGIA de equipo

Junta Directiva 2024-2026

Dra. Orfa Nineth Morales Padilla	*Presidenta*
Dra. Karen Lorena Dubón De Paz	*Vicepresidenta*
Magíster Brenda Marisol Luch Escobar	*Secretaria*
Magíster Carlos Luis Adolfo Barrios	*Prosecretario*
Lcda. Brenda Yomara Ramirez González	*Tesorera*
Lcda. Elvira Pirir Mutzús	*Vocal I*
Magíster Argelia Melina López Escobar	*Vocal II*

Introducción

A lo largo del tiempo, desde la experiencia individual y colectiva, se ha demostrado que cuando existe cohesión de equipo, la actitud colaborativa permite a cualquier grupo organizado y con fines definidos, trabajar bajo un marco de respeto, honestidad, dignidad y compromiso, hacia el fortalecimiento integral de quienes representan.

En consecuencia, ser parte de una Junta Directiva, con la responsabilidad de administrar un Colegio y planificar lo que en él se desarrolla de acuerdo al marco legal que lo respalda, es un desafío que debe asumirse con honorabilidad y humanidad hacia el bienestar de sus agremiados como ha sucedido hasta ahora ante las distintas circunstancias que han ameritado una actitud aguerrida, firme y fundamentada en el quehacer de la profesión y en lo que se espera de ella en los distintos escenarios de acción, en un mundo donde cada día, ser enfermera y enfermero, es un reto, que no cualquiera desea asumir desde una Junta Directiva, sin embargo "si todos avanzamos juntos, el éxito llegará solo" (Henry Ford).

Desarrollo

La Enfermería es una profesión que promueve y facilita el cuidado de las personas, fundamentándose en principios de igualdad, inclusión y justicia social, quienes asumen el rol de liderazgo en las instituciones con que cuenta el país de Guatemala, están llamados a cooperar y ser agente de cambio ante las diversas circunstancias que, a diario, se tienen que enfrentar. En ese contexto, trabajar por la profesión de enfermería, desde miradas conjuntas potencia la fuerza, la intensidad, los esfuerzos y los efectos que se obtienen, sumando a la misión por la cual se trabaja desde un órgano colegial, donde los involucrados se identifiquen y quieran ser parte de las iniciativas que se promueven y desarrollan desde el Colegio al cual pertenecen.

Decía el escritor Mark Twain que la sinergia es la ventaja que se obtiene cuando las cosas funcionan juntas en armonía. Desde esa perspectiva, y convencidos de que unidos se avanza con menor dificultad hacia el logro de los fines del Colegio, los procesos colaborativos han sido fundamentales para alcanzar los resultados que hoy se presentan.

Cada experiencia vivida ha dejado reflexiones y aprendizajes valiosos, sin embargo, somos conscientes de que estamos llamados a fortalecer la resiliencia, la asertividad y la inteligencia emocional; capacidades esenciales para crecer como personas y como profesionales.

Persistimos en el deseo de seguir transformando la Enfermería, con la convicción de que, a corto plazo, su imagen social continuará renovándose y que el reconocimiento social, económico y político de la profesión seguirá fortaleciéndose. Todo ello permitirá avanzar hacia mejores condiciones salariales y una mayor sensibilidad orientada al bienestar de la población, que constituye nuestro principal interés y razón de ser.

Por lo mismo, desde la Junta Directiva del Colegio estamos convencidos que cuando cada uno alcancemos el grado de madurez que la vida y las circunstancias nos demandan según el rol que desempeñamos con los desafíos que se han asumido, hasta ahora y desde el espacio donde nos encontramos, seguro podremos decir que los avances han sido y seguirán impactando el ser de todos, porque en conjunto, somos fuerza imparable.

Bajo esta perspectiva, el trabajo realizado hasta este momento se constituye en un ejemplo tangible de lo que significa construir desde la sinergia. No se trata únicamente de la suma de esfuerzos individuales, sino de la articulación consciente de capacidades, voluntades y visiones orientadas hacia objetivos comunes. Esta dinámica ha permitido trascender las limitaciones propias de una organización joven, consolidando avances significativos que hoy benefician de manera directa a sus colegiados.

Ese trabajo por el bien común ha permitido buscar y analizar oportunidades, presentar propuestas a la Asamblea, que ha brindado su voto de confianza y ha permitido para seguir creciendo, de esta manera uno de los logros más emblemáticos ha sido la adquisición de oficinas propias en la Torre I del sexto nivel del Centro Comercial zona cuatro y subsede en el onceavo nivel de los Colegios Profesionales en la zona quince, lo cual marca un hito que no solo representa estabilidad institucional, sino también identidad, pertenencia y proyección a futuro. Contar con un espacio físico propio no solo fortalece la presencia del Colegio, sino abre nuevas posibilidades para la gestión administrativa, porque con una visión a futuro mucho más aguerrida este paso solo será el primero de inversiones mayores.

Se han concretado convenios a nivel nacional (ejemplo: Club la Aurora Guatemala. Entre otros) que han generado beneficios directos para los agremiados, promoviendo el acceso a servicios, programas de capacitación y alianzas que fortalecen tanto el ejercicio profesional como el bienestar integral del personal de enfermería. Estas acciones evidencian un compromiso genuino con las necesidades del gremio. Asimismo, se han logrado convenios internacionales (Asociación de Enfermeras de Taiwán) e incorporación al Consejo Internacional de Enfermería, que reflejan una visión estratégica que trasciende fronteras, posicionando al Colegio en escenarios globales de intercambio académico, científico y profesional. Estos vínculos permiten a los colegiados acceder a oportunidades de formación continua, actualización y cooperación, elementos indispensables en un contexto donde el conocimiento evoluciona constantemente y exige profesionales altamente competentes.

Por otra parte, se han desarrollado jornadas científicas descentralizadas, juramentaciones, la continuidad en la realización de la revista institucional, participación en distintos espacios gremiales y laborales, caminatas conmemorativas orientadas a visibilizar y empoderar a la Enfermería desde lo individual, colectivo y social, incorporación de nuevos profesionales afines, actualización de procesos contables y reconocimientos a Profesionales destacados y Juntas Directivas que con su aporte y compromiso, han contribuido a consolidar el Colegio que hoy representamos.

Ante eso, es importante resaltar que estos logros no son producto del azar, sino del trabajo organizado, la planificación estratégica y, sobre todo, de la convicción compartida de que el crecimiento del Colegio depende de la participación activa y comprometida de sus integrantes. La sinergia, como principio rector, ha permitido que cada acción sume valor, que cada esfuerzo tenga sentido y que cada meta alcanzada sea el reflejo de un liderazgo colectivo.

En este contexto, la Junta Directiva ha sabido interpretar su rol no solo como ente administrativo, sino como motor de transformación, impulsando iniciativas que fortalecen la profesión de enfermería en sus múltiples dimensiones: asistencial, educativa, investigativa y social. Este enfoque integral es clave para responder a los desafíos actuales y futuros del sector salud, donde la enfermería ocupa un lugar fundamental.

A continuación se presenta el resultado de una investigación relacionada con el impacto de la Sinergia Enfermera de Junta Directiva desde la mirada de agremiados/as y personal administrativo, estudio presentado en el evento internacional liderado por la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN), en Madrid, España.

V Congreso Internacional de Enfermería 2026

Impulsando una ciencia del cuidado inclusiva, diversa, igualitaria y sostenible

Influencia de la Sinergia Enfermera en el fortalecimiento del gremio y el personal administrativo del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala, durante el año 2025

Tipo de trabajo: Trabajo de gestión. Proyecto de mejora.
Temática: Liderazgo y Gestión
Modalidad: Póster

Morales_Padilla_Orfa Nineth_P. Presidenta Junta Directiva 2024-2026 del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala, Subdirectora de Enfermería del Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Jorge Von-Ahn", MSPAS, Guatemala.

Dubón_de Paz_Karen Lorena_P Vicepresidenta Junta Directiva 2024-2026 del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala, Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala.

Luch_Escobar_Brenda Marisol_P Secretaria Junta Directiva 2024-2026 del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala, Subdirectora de Enfermería del Hospital Nacional de Especialidades Quirúrgicas de Villa Nueva, MSPAS, Guatemala.

I. Introducción

El Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala es una asociación gremial de naturaleza civil, no lucrativa, con personalidad jurídica que funciona conforme la Ley de Colegiación Profesional Obligatoria[1] y sus propias normativas. Tiene como objetivo promover el desarrollo cultural, científico y técnico de los y las licenciadas en Enfermería y ciencias afines que regulan el ejercicio profesional en sus diversos campos de acción.

El Colegio se encuentra administrado por una Junta Directiva con temporalidad de dos años la cual es elegida por medio de la Asamblea General de agremiados, conformada por el total de colegiados activos. En consecuencia, se hizo necesario determinar la Influencia de la Sinergia Enfermera en el fortalecimiento del gremio y el personal administrativo del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala, durante el año 2025, que corresponde a su primer año de gestión.

II. Análisis de situación de contexto

El rol de la Junta Directiva desde un Colegio Profesional, es importante para integrar esfuerzos gremiales que permitan a las y los agremiados y personal administrativo, en el ejercicio de sus funciones, fortalecer su identidad, mejorar la comunicación efectiva e incentivar el trabajo conjunto desde un sistema de salud, donde las brechas existentes limitan su desempeño. En función de lo anterior se estableció el presente estudio con el objetivo de determinar si la sinergia enfermera influía en el fortalecimiento del gremio y personal administrativo.

III. Materiales y métodos

Estudio cuantitativo descriptivo y de corte transversal, donde participaron 241 profesionales de la Enfermería y 6 administrativos a quienes se les trasladó una encuesta que incluyó datos generales y preguntas relacionadas con: identidad, comunicación efectiva, desempeño y experiencia personal y profesional desde la gestión.

Objetivo: determinar la influencia que tiene la sinergia enfermera en la gestión y fortalecimiento del gremio y del personal administrativo del Colegio de Profesionales de Enfermería de Guatemala.

Variable independiente: sinergia enfermera

Variable dependiente: fortalecimiento gremial.

IV. Planificación y puesta en marcha

Fase 1

- Con colegiados activos a la fecha, se calcula la muestra
- Encuesta es enviada a los y las agremiadas activas y total del personal administrativo.
- Análisis y presentación de resultados

Fase 2

- Con resultados obtenidos se plantean los siguientes objetivos:

Fortalecer la competencia desde la gestión, a través de capacitaciones virtuales (Webinar) donde se aborde el liderazgo participativo para la toma de decisiones oportunas.

Establecer la ruta de trámite de colegiación nueva y trámites varios para facilitar el trabajo administrativo y el requerimiento de los y las agremiadas.

Mejorar el Manual de Organización y Funciones para que el personal administrativo y gremial, comprendan la dinámica del Colegio desde lo administrativo.

Desde la administración, propiciar espacios de reflexión, evaluación, planificación y reconocimiento de capacidades para incentivar al personal a la mejora continua de los procesos.

Desarrollo de un Webinar sobre liderazgo participativo para la toma de decisiones.

Revisión y mejora del flujograma de trámites para colegiaciones nuevas, Manual de Organización y Funciones y otros.

Realización de un taller con personal administrativo para la mejora continua de los procesos establecidos (evaluación y reconocimientos) en atención oportuna al gremio que los requiere.

Tabla No.1
Influencia de la Sinergia Enfermera en el fortalecimiento del gremio y personal administrativo

No.	Variable	Gremio					Personal administrativo					
		Procesancia/ Porcentaje		Procesancia/ Porcentaje		Total	Procesancia/ Porcentaje		Procesancia/ Porcentaje		Total	
1.	Identidad gremial	Si	%	No	%		Si	%	No responden	%		
		182	76	59	24		5	83	1	17		
2.	Comunicación efectiva	192	80	49	20		4	67	2	33		
3.	Desempeño profesional desde la gestión	171	71	70	29	241	4	67	2	33	6	
4.	Desde la experiencia individual y profesional	186	78	53	22		5	83	1	17		

Fuente. Resultado de encuesta estructurada

V. Conclusiones

La población del gremio de profesionales de enfermería, en su mayoría se encuentra distribuida en el interior del país, trabaja en el área hospitalaria y posee una experiencia significativa en el desarrollo de su competencia.

La influencia de la sinergia enfermera desde Junta Directiva, es relevante porque contribuye al fortalecimiento del gremio y del personal administrativo, en todas las dimensiones evaluadas, con menor impacto en el desempeño desde la gestión, lo que podría sugerir un área de mejora.










Referencias

Para una mejor lectura y apreciar cada detalle con claridad, te invitamos a escanear el código QR y acceder a la versión del póster en alta resolución.

Conclusión

Finalmente, Stephen Covey, escritor del libro "Los siete hábitos de la gente altamente efectiva" refiere que cuando existe comprensión y respeto mutuo, el espíritu de sinergia, inevitablemente, comienza a desarrollarse. Por lo que reconocer el trabajo realizado implica también valorar el compromiso de cada colega que, desde su espacio, contribuye al fortalecimiento del Colegio. La sinergia no se limita a un grupo directivo, sino que se expande a todo el gremio, recordándonos que los grandes logros se alcanzan cuando existe unidad, visión compartida y vocación de servicio. Hoy más que nunca, el Colegio de Profesionales de Enfermería reafirma que trabajar en equipo no es una opción, sino una necesidad para avanzar con paso firme hacia un futuro más sólido, digno y prometedor para la profesión.





SINERGIA

Cuando el trabajo individual se convierte en fuerza colectiva

Colegio de profesionales de Enfermería de Guatemala



www.colegioprofesionaldeenfermeria.org.gt


Colegio de Profesionales de
Enfermería de Guatemala
Dignidad - Respeto - Humanización