



ENFERMERÍA HISTORIA *e* INVESTIGACIÓN

VOLUMEN
8

Número 2 (2021)

ISSNe 2542-3444. DOI: <https://doi.org/10.53766/EHI/>

LA ENFERMERA

ESTA SIEMPRE

PENDIENTE

DE LA SALUD

DEL ENFERMO



UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES
VENEZUELA

ESCUELA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
MÉRIDA, VENEZUELA

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES**AUTORIDADES****RECTOR**

Mario Bonucci Rossini

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

Manuel Aranguren

VICERRECTORA ACADÉMICA

Patricia Rosenzweig

SECRETARIO

José María Andérez

DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Gerardo J. Tovitto Paredes

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

Asdrúbal Velasco

EQUIPO EDITORIAL**EDITORA JEFE**

Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

EDITOR ADJUNTO

Gustavo Alcántara, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

COMITÉ EDITORIAL

Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

María Vega de Peña, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

Eduardo Sánchez Uzcátegui, Universidad Autónoma de Madrid (UAM, España)

Gustavo Alcántara, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

COMITÉ CIENTÍFICO Y DE ARBITRAJE

Karina Díaz Morales, Universidad Autónoma Nuevo León (UANL, México)

Camilo Eduardo Bautista Saavedra, Universidad Católica de Oriente (UCO, Colombia)

Viviana Marycel Céspedes, Universidad Nacional de Colombia (UNAL, Colombia)

Olga Osorio Murillo, Universidad Libre Cali (Unilibre, Colombia) y Universidad Santiago de Cali (USC, Colombia)

María Luisa Molano, Universidad del Valle (Univalle, Colombia)

Digna Escobar, Universidad de Carabobo (UC, Venezuela)

María Teresa Miralles, Universidad Alcalá de Henares (UAH, España)

Eduardo Sánchez Uzcátegui, Universidad Autónoma de Madrid (UAM, España)

Ricardo Ruiz, Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL, Venezuela)

María Vega de Peña, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

Alba Rosa Fernández, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

Gustavo Alcántara, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

María del Carmen Álvarez, Universidad Central de Venezuela (UCV, Venezuela)

Asdrúbal Velasco Cañas, Universidad de Los Andes (ULA, Venezuela)

CONCEPTO GRÁFICO Y DISEÑO EDITORIAL Gustavo Alcántara. supergalcantara@gmail.com**IMAGEN DE PORTADA** Tomado del Periódico SER (1968), publicación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), Caracas-Venezuela.La revista **Enfermería, Historia e Investigación (EHI)**, posee acreditación del Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico, Tecnológico y de las Artes. Universidad de Los Andes-Venezuela (CDCHA-ULA).La revista **Enfermería, Historia e Investigación (EHI)**, asegura que los editores, autores y árbitros cumplen con las normas éticas internacionales durante el proceso de arbitraje y publicación. Del mismo modo aplica los principios establecidos por el Comité de Ética en Publicaciones Científicas (COPE). Igualmente todos los trabajos están sometidos a un proceso de arbitraje y de verificación por plagio.

Todos los documentos publicados en esta revista se distribuyen bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Por lo que el envío, procesamiento y publicación de artículos en la revista es totalmente gratuito.



Todos los derechos reservados. El contenido de esta revista está protegido por la Ley.

No puede ser reproducida, ni registrada o transmitida por cualquier medio de recuperación de información sin el permiso previo, por escrito, de los editores.

© 2021. Universidad de Los Andes.

Depósito Legal: ppi201502ME4601. ISSN electrónico: 2542-3444. DOI: <https://doi.org/10.53766/EHI/>

Este número ha sido publicado gracias al apoyo de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.



El Grupo de Investigación «Historia y Pensamiento Enfermero» adscrito al Departamento de Enfermería de Fundamentos Clínica y Quirúrgica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes (ULA) y reconocido por el Consejo de Desarrollo, Científico, Humanístico, Tecnológico y de las Artes (CDCHTA) del Vicerrectorado Académico de la ULA, bajo el código: ZG-HPE-M-01-11-06 de fecha 07/07/11, y el Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería Venezolana, basados en las líneas de investigación: Historia de la Enfermería en Venezuela y Proceso Enfermero, manifiesta crear la revista científica Enfermería, Historia e Investigación (EHI), a fin de divulgar artículos originales e inéditos, notas científicas, casos clínicos y revisiones documentales actualizadas de las áreas citadas; siendo estas, aportadas por los investigadores, estudiantes universitarios, profesionales, comunidad y público en general con información científica, humanística y tecnológica; local, regional, nacional e internacional, enfocada en la academia, asistencia y gremio en las Ciencias de la Enfermería.

5 EDITORIAL**INVESTIGACIÓN**

- 6-16 Complicaciones de la vacuna BCG y tratamiento indicado registrado en la web en el período 2009-2019
Complications of the BCG vaccine and indicated treatment registered on the web in the period 2009-2019

ISAMAR GONZÁLEZ, ROIDY SOLANO, ASDRÚBAL VELASCO

- 17-31 Factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada
Associated factors with prolonged hospital stay

ÁNGELA PÉREZ MORENO, JOSÉ CARLOS GONZÁLEZ

REVISIÓN

- 32-45 Referentes para el estudio del afrontamiento en personas migrantes de Venezuela en España

Referents for the study of coping in migrants from Venezuela in Spain

EDUARDO JOSÉ SÁNCHEZ UZCÁTEGUI, ESPERANZA BOSCH FIOLE

- 46-59 Covid-19 y trabajadoras de salud en Venezuela desde el enfoque de género
Covid-19 and women health workers in Venezuela from a gender approach

GUSTAVO ALCÁNTARA

- 60-71 Análisis iconográfico de sellos postales alegóricos a la Beata Venezolana "Madre María de San José"

Iconographic analysis of postcards allegoric to the Venezuelan Blessed "Madre Maria de San José"

EDUARDO JOSÉ SÁNCHEZ UZCÁTEGUI

- 72-88 Determinantes que han propiciado el fenómeno migratorio venezolano hacia España
Determinants that have led to the Venezuelan migration phenomenon to Spain

EDUARDO JOSÉ SÁNCHEZ UZCÁTEGUI, ESPERANZA BOSCH FIOLE

RESEÑA

- 89-102 María Carrasquel de Vásquez (1903-1996): enfermera emprendedora
María Carrasquel de Vásquez (1903-1996): enterprising nurse

MARÍA ÁLVAREZ

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

- 103-105 El prodigio de la filatelia razón histórica de la Enfermería

EDUARDO SÁNCHEZ

Editorial

LICDO. HERM. CAMILO BAUTISTA

Enfermero, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC)

Hermano de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios
Estudiante de Teología, Universidad Católica de Oriente,
Colombia

Correo electrónico: camilobautistaoh@gmail.com

Enfermería juega un papel muy importante dentro del sistema universal de la humanidad, pues no solo estamos al cuidado directo, sino que nos hallamos inmiscuidos en cada espacio de la sociedad, y esta posibilidad debe dotarnos de la capacidad de generar una nueva entrega, desde otra perspectiva, en la dispensación del cuidado. Es importante reconocer la lucha diaria que ha llevado cada colega para sobrevivir a los estragos del coronavirus, y ello es loable porque ha logrado sacar desde el corazón los mejores sentimientos en el ejercicio de la profesión, mostrándonos que la vulnerabilidad, aunque muy cercana a nosotros, nos lleva a tener más fuerza.

Hemos ratificado ante esta pandemia que el cuidado del ser humano, es la esencia de nuestra profesión. Vamos de un lado a otro, de prisa, preparando y administrando medicamentos, llevando insumos, dispositivos médicos e incluso alimentos para aquellos que se encuentran hospitalizados. A la vez, estamos pendientes de los familiares, amigos o cuidadores y luchamos para que sus estados de ánimo no se alteren por la enfermedad, pero queda una pregunta en todo esto: ¿Cómo nos sentimos nosotros, los gestores del cuidado?

Numerosas dificultades y temores han surgido ante esta pandemia. El miedo, la desazón, la incertidumbre, la angustia y otras emociones y sentimientos nos han embargado en este tiempo. Hemos sufrido y llorado. Pero también nos hemos alegrado por la recuperación de aquellos que tenían los peores diagnósticos o pronósticos de vida, ante el hecho de que junto al equipo de salud, hemos vencido a este virus.

Es imperante resaltar nuestra labor, el esfuerzo y sacrificio que se hace, dejando de lado, muchas veces, una familia, unos hijos, una pareja, unos familiares, para cumplir con el compromiso de entrega, de cuidado, de humanidad, de empatía en este acontecimiento mundial del COVID-19. En la medida en que permitamos que salga a flote nuestra realidad de enfermeros, e incluso nuestra realidad humana, estaremos dando un cuidado a quien cuida, haremos que la perspectiva de cambio sea mejor y, a la par, vendrá un mejor futuro para quienes están detrás, en la formación.

No dejemos de soñar y de pensar en cambiar el mundo y la realidad de aquellos a quienes cuidamos, sigamos innovando en las comunicaciones personales y en la forma de atender y solucionar los imprevistos, hagamos mejores gestiones y planes de cuidado, pero no nos olvidemos de nosotros. Necesitamos enfermeros conscientes de sí para que logremos vida y salud en la labor, donde el corazón debe mandar con la razón.

¡Ánimo, colegas! No nos olvidemos de nosotros, para no olvidar a los otros.



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN
8

Número 2 (2021)

Recibido: 10/2/2021 Aceptado: 22/6/2021

INVESTIGACIÓN

Complicaciones de la vacuna BCG y tratamiento indicado registrado en la web en el período 2009-2019

Complications of the BCG vaccine and indicated treatment registered on the web in the period 2009-2019

Isamar González (Lcda.)¹

Roidy Solano (Lcdo.)¹

Asdrúbal Velasco (Dr.)²

¹Licenciada en Enfermería. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA). Mérida-Venezuela. Correo: isamar.2807@gmail.com

¹Licenciado en Enfermería. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA). Mérida-Venezuela. Correo: roidysolano1975@gmail.com

²Licenciado en Enfermería, Magíster en Educación, Doctor en Ciencias Humanas. Docente Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela. Correo: asdrubalvelasco49@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: describir las complicaciones secundarias de la vacuna BCG y el tratamiento indicado en lactantes, registradas en la base de datos PubMed, Scielo y Redalyc desde el 2009 al 2019. **Metodología:** estudio de tipo descriptivo, documental y retrospectivo correlacional. La población quedó conformada por 64 casos clínicos encontrados a partir de datos secundarios de una matriz de categorías. **Resultados:** El 73,4% de los estudios de casos fueron reportados en PubMed en los cuales la infección diseminada por BCG destacó con 26,5%; la osteítis según Scielo, fue la más común con un 7,8%; siendo la misma en Redalyc, con 4,7%. Las causas de complicación reportadas en PubMed, fue la inmunodeficiencia con un 43,7%; Scielo reveló la misma con 6,3% y Redalyc, reportó 9,4% sin descripción de la causa. En relación al protocolo que se derivó post vacuna, PubMed registró el 23,4% de los estudios con antituberculosos como tratamiento de primera línea; Scielo reportó el mismo protocolo en 4,7% de los casos, al igual que en Redalyc, pero su incidencia fue de 3,1%. **Conclusión:** los portales biomédicos PubMed, Scielo y Redalyc son de gran importancia como medio de divulgación para investigaciones documentales retrospectivas, demostrado en este caso, resaltando la infección diseminada por BCG y la osteítis, ameritando cuidados y tratamiento para su resolución; la causa de mayor complicación registrada fue la inmunodeficiencia y, el uso de medicamentos antituberculosos de primera línea fueron los reportados en los tres portales, rectificando los efectos secundarios del Etambutol (E) en lactantes, por lo que es sustituido por la Estreptomicina (S).

Palabras clave: vacuna de BCG, complicaciones, tratamiento, lactantes y portales Web.

ABSTRACT

Objective: to describe the secondary complications of the BCG vaccine and the treatment indicated in infants, registered in the PubMed, Scielo and Redalyc databases from 2009 to 2019. **Methodology:** descriptive, documentary and retrospective correlational study. The population was made up of 64 clinical cases found from secondary data from a matrix of categories. **Results:** 73.4% of the case studies were reported in PubMed in which disseminated BCG infection stood out with 26.5%; osteitis according to Scielo, was the most common with 7.8%; being the same in Redalyc, with 4.7%. The causes of complication reported in PubMed were immunodeficiency with 43.7%; Scielo revealed the same with 6.3% and Redalyc, reported 9.4% without a description of the cause. Regarding the protocol that was derived post-vaccine, PubMed registered 23.4% of the studies with antituberculous drugs as first-line treatment; Scielo reported the same protocol in 4.7% of the cases, as in Redalyc, but its incidence was 3.1%. **Conclusion:** the biomedical portals PubMed, Scielo and Redalyc are of great importance as a means of dissemination for retrospective documentary research, proved in this case, highlighting the disseminated infection by BCG and osteitis, meriting care and treatment for its resolution; The cause of the greatest complication recorded was immunodeficiency and the use of first-line anti-tuberculosis drugs were those reported in the three portals, rectifying the side effects of Ethambutol (E) in infants, which is why it is replaced by Streptomycin (S).

Keywords: BCG vaccine, secondary, treatment, infants and web portals.

—INTRODUCCIÓN

En Venezuela, la vacuna BCG (Bacilo de Calmette-Guérin), se encuentra dentro del esquema de vacunación como la primera vacuna activa y artificial administrada a los recién nacidos antes de las 24 horas de vida¹. Los lactantes y los niños pequeños, sobre todo los menores de 2 años, corren el riesgo de padecer enfermedad diseminada grave, con una elevada tasa de mortalidad². En el lactante, el tiempo transcurrido entre la infección y la aparición de la becegeítis, puede ser más breve que en niños mayores y la presentación puede ser más aguda, asemejándose a una neumonía grave recurrente o persistente^{3,4}. Debe sospecharse la tuberculosis, cuando haya una mala respuesta a antibióticos convencionales apropiados, por lo que en estas situaciones suele haber un caso originario identificable¹.

Las vacunas al igual que los medicamentos presentan efectos adversos, que en el caso de la vacuna BCG son específicos que pueden aparecer por distintas causas³. Cabe destacar que, estas complicaciones son raramente conocidas en los servicios de salud debido a que su incidencia es baja, sin embargo, de agravarse, podría ocasionar incluso, la muerte del paciente. La importancia de saber estas complicaciones viene arraigada a conocer cuáles son los protocolos o tratamientos aplicados en los distintos centros de salud para la resolución de los mismos en el paciente, mejorando su estado de salud, proporcionándole calidad de vida y evitando secuela en los años posteriores.

Aunque, luego de la vacunación por la BCG se reconocen diferentes reacciones que han sido clasificadas como leves o severas según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵; estas reacciones son dolor, inflamación y enrojecimiento, fiebre, irritabilidad y malestar; mientras que las reacciones severas se caracterizan como raras o muy poco comunes como la linfadenitis que puede ser supurativa o no, osteítis y becegeítis diseminada por BCG.

Es normal una reacción local o leve en torno al punto de inyección. De 2 a 3 semanas después de la administración de la vacuna BCG, se produce una pápula que crece a un diámetro de 4 a 8 mm dentro de 5 semanas, luego esta pápula se rompe y se vuelve una úlcera pequeña cubierta de una costra. La cicatrización ocurre espontáneamente dentro de 6 a 12 semanas, dejando una cicatriz pequeña, redonda, de diámetro de 2 a 10 mm².

Dentro de los efectos adversos graves se puede observar: locales como reacciones en el lugar de la inyección. Las reacciones notificadas incluyen abscesos subcutáneos y cicatriz queloide. Las lesiones cutáneas distintas al lugar de la inyección pueden ser chancro tuberculoso, lupus vulvar, escrofuloderma y tuberculoides pápulo-necrótica, entre otros. Existen reportes de lesiones cutáneas, distintas al lugar de la inyección, que se cree, pueden haber ocurrido después de la vacunación por BCG³.

Por otra parte, como efecto severo local aparece la linfadenitis que incluye nódulos que se adhieren a la capa superficial de la piel, con o sin supuración. La aparición de supuración puede

ser variable y se pueden presentar casos luego de una semana hasta once meses después de la vacunación⁴.

La enfermedad generalizada por BCG o becegeítis generalizada como consecuencia reconocida pero poco común, ha sido observada en individuos con inmunodeficiencia severa, se piensa que el riesgo está entre 1.56 y 4.29 casos por millón de dosis⁵. Sin embargo, la incidencia exacta está en debate ya que pocos centros son capaces de diferenciar el BCG de *Mycobacterium bovis* de otras formas de *Mycobacterium* en pacientes con enfermedad generalizada⁵.

Estas complicaciones también pueden ser asociadas a errores operativos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), quien es llevado a cabo por los Profesionales de la Enfermería a nivel mundial. La inoculación intradérmica de la vacuna BCG es una técnica de campo difícil y, una administración incorrecta puede provocar reacciones locales en el lugar de la inyección o en otros sitios³. Es por ello, que los profesionales de la salud deben estar capacitados sobre las técnicas adecuadas de administración de vacunas, siendo también obligación del estado garantizar la actualización de los mismos. Los errores operativos se clasifican en: inyección no estéril, error en la reconstitución de la vacuna, inyección en el lugar equivocado, transporte o almacenamiento incorrecto de la vacuna, caso omiso a las contraindicaciones³.

Con base a la revisión de la literatura y estudios de datos sobre la frecuencia de eventos adversos tras la vacunación con BCG, se encontró que, oscila entre 0.01 y 30 por millón de vacunados, y es variable en función del lote. Aunque, también se ha señalado una frecuencia de 700 por millón de vacunados, al parecer debida a variaciones entre lotes⁶. La becegeítis diseminada, se observa sobre todo en personas con inmunodeficiencias primarias (se pueden producir brotes familiares si esta complicación no se reconoce antes de que todos sean vacunados con BCG) como en los portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)⁷. Su incidencia estimada es de 2 a 34 por millón, pero en un brote que afectó a poblaciones indígenas de Canadá se registró una frecuencia de 205 (IC95: 42 a 600) por millón de vacunas⁷.

En Venezuela, se desconoce el número total de casos sobre complicaciones de la vacuna BCG⁸, debido a que durante los últimos años se habla de silencio epidemiológico, es decir, no se han reportado cifras de coberturas reales del PAI, al igual que las complicaciones o los eventos supuestamente atribuidos a vacunas e inmunizaciones (ESAVI)⁹.

A pesar de esto, durante los últimos 10 años, la Corporación de Salud del estado Mérida (CORPOSALUD), registró hasta noviembre de 2019, un total de 46 casos de complicaciones graves después de la aplicación de la vacuna de BCG, de los cuales 15 que equivalen al 32,6% fueron en lactantes femeninos y 31 (67,39%) en lactantes masculinos⁸. De los cuales, 34 (73,91%) eran oriundos del Municipio Libertador, 7 (15,21%) del Municipio Alberto Adriani, 1 (2,17%) del Municipio Sucre, 1 (2,17%) del Municipio Campo Elías y 2 casos (4,34%) reportados del Estado Barinas⁸.

En este sentido, a raíz de la presentación de un caso registrado por Epidemiología Distrital del Estado Mérida, de fecha 25 de agosto del 2019 de linfadenitis supurativa, luego de la administración de la vacuna BCG en un lactante menor de 4 meses de edad, se realizó una

revisión y análisis de las distintas fuentes de información biomédicas y generales que se encuentran en formato electrónico y que proporcionaron la información necesaria relacionada con las complicaciones post vacuna de la BCG en lactantes y el tratamiento indicado. Por lo tanto, con el propósito de describir las complicaciones secundarias de la vacuna BCG en lactantes y el tratamiento indicado, se revisaron las bases de datos PubMed, Scielo y Redalyc, tomando como rango de tiempo el último decenio 2009-2019 y, haciendo uso de palabras claves o distractores.

— METODOLOGÍA

Este estudio fue de tipo descriptivo, ya que persiguió describir las complicaciones secundarias a la vacuna de BCG en lactantes y el tratamiento indicado. El diseño fue documental retrospectivo y transversal ya que se tomó la información registrada a partir de datos secundarios del decenio 2009-2019, de fuentes o portales biomédicos en la web.

La población estuvo constituida por 64 estudios de casos obtenidos de PubMed, Scielo y Redalyc, haciendo uso de los descriptores: edad, sexo, complicaciones leves (fiebre, eritema, pápula, lipoma, absceso), complicaciones graves (linfadenitis, linfadenitis supurativa, linfadenitis no supurativa, osteítis e infección diseminada por BCG, becegeítis y muerte), inmunodeficiencia, prematuridad, error operativo del programa y tratamiento. Se excluyeron los casos clínicos de niños mayores de dos años, las complicaciones de la vacuna BCG como tratamiento para el cáncer intravesical y las complicaciones por otras vacunas.

La técnica utilizada fue el análisis cuantitativo de contenido conocida para estudiar la comunicación de una manera objetiva, sistemática, que cuantifica los contenidos en categorías, además de ser una técnica para hacer inferencias válidas y confiables de datos con respecto a su contexto¹⁰. En éste caso, se hizo el análisis de contenido a través de la indización de las palabras clave en una matriz de categoría, ya que fue una recolección de fuentes múltiples, vía internet, por lo que para la interpretación de la información se hizo uso de la triangulación.

Los resultados se evaluaron a través de estrategias de búsqueda como su relevancia, pertinencia, recobrado y precisión. La primera se midió por el número de documentos recuperados cuyo contenido respondía a la estrategia formulada. Como investigadores se tomó en cuenta la pertinencia ya que dependía de la capacidad de interacción con el sistema para desarrollar una prescripción de búsqueda eficaz y se evaluó según el grado de correspondencia que existe entre los documentos recuperados y la necesidad de información según el objetivo propuesto.

— RESULTADOS

Tabla 1. Número de casos y complicaciones post vacuna BCG registradas en la web

Portal y número de casos		PubMed		SciELO		Redalyc		Total		
		f	%	f	%	F	%	f	%	
Leves	Fiebre	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Eritema	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Pápula	1	1,6	-	-	-	-	1	1,6	
	Lipoma	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Abscesos	-	-	-	-	-	-	-	-	
Graves	Becegeítis	2	3,1	1	1,6	-	-	3	4,7	
	Linfadenitis	4	6,2	-	-	2	3,1	6	9,4	
	Linfadenitis	Supurativa	-	-	-	-	-	-	-	-
		No supurativa	-	-	-	-	-	-	-	-
	Osteítis	5	7,8	5	7,8	3	4,7	13	20,3	
	Osteomielitis	7	10,9	-	-	-	-	7	10,9	
	Infección diseminada por BCG	17	26,5	1	1,6	2	3,1	20	31,2	
	Otras	11	17,2	1	1,6	2	3,1	14	21,9	
Total	47	73,4	8	12,5	9	14,10	64	100,0		

Fuente: Casos clínicos encontrados en los portales biomédicos 2009-2019.

Como se aprecia en tabla 1, el 73,4% de los casos fueron encontrados en el portal de PubMed, destacando con mayor incidencia, la infección diseminada por BCG en un 26,5%. Mientras que, en el portal SciELO, se encontró el 12,5% de los casos clínicos revisados, de los cuales la osteítis fue la complicación más común con un 7,8% y finalmente, en Redalyc, se obtuvo 14,10% de casos clínicos, donde la osteítis, también fue la mayor complicación reportada con una incidencia de 4,7%. Además, se resalta que el 1,6% de los casos clínicos encontrados reflejan las complicaciones leves, mientras que, el 98,4%, las complicaciones graves.

Tabla 2. Causas de las complicaciones post vacuna BCG

Portal biomédico	PubMed		SciELO		Redalyc		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Inmunodeficiencia	28	43,7	4	6,3	3	4,7	35	54,7
Prematuridad	2	3,1	-	-	-	-	2	3,1
Error operativo de programa	1	1,6	-	-	-	-	1	1,6
Sin descripción	16	25,0	4	6,3	6	9,4	26	40,6
Total	47	73,4	8	12,5	9	14,1	64	100,0

Fuente: Casos clínicos encontrados en los portales biomédicos 2009-2019.

Se evidencia en la tabla 2, que 54,7% de los casos clínicos coinciden que la inmunodeficiencia fue la principal causa de complicación, de los cuales 43,7% los reporta PubMed; 6,3% el portal SciELO y un 9,4% en Redalyc, no fue descrita. Se resalta que, el 59,4% de los casos describió la causa de la complicación, mientras que 40,6% no lo hizo.

Tabla 3. Tratamiento derivado post complicación de la vacuna BCG

Tratamiento		Portal biomédico		PubMed		SciELO		Redalyc		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Antituberculoso*	E/Z/H/R	15	23,4	3	4,7	2	3,1	20	31,2		
	E/H/R	1	1,6	-	-	1	1,6	2	3,1		
	E/Z/H	-	-	-	-	-	-	-	-		
	H/R	1	1,6	-	-	-	-	1	1,6		
	H	2	3,1	-	-	-	-	2	3,1		
	Z/H/R	-	-	-	-	1	1,6	1	1,6		
Aspiración por aguja		1	1,6	-	-	-	-	1	1,6		
Corrección por cirugía		7	10,9	2	3,1	1	1,6	10	15,6		
Antibioticoterapia		-	-	-	-	-	-	-	-		
Antituberculosos/Antibioticoterapia		1	1,6	-	-	2	3,1	3	4,7		
Mejora sin tratamiento		1	1,6	-	-	-	-	1	1,6		
Trasplante de células madre		1	1,6	-	-	1	1,6	2	3,1		
No reportaron		17	26,5	3	4,7	1	1,6	21	32,8		
Total		47	73,4	8	12,5	9	14,1	64	100,0		

Fuente: Casos clínicos encontrados en los portales biomédicos 2009-2019.

Nota: *Etambutol (E) /Pirazinamida (Z) /Isoniazida (H) /Rifampicina (R).

En la tabla 3, se observa que, el 73,4% de los casos fueron reportados en el portal de PubMed, destacando con mayor incidencia el tratamiento completo con Etambutol (E), Pirazinamida (Z), Isoniazida (H) y Rifampicina (R) con 23,4%. El portal SciELO, reportó el 12,5% de los casos clínicos, en donde el tratamiento completo también fue el más utilizado en un 4,7% y en Redalyc, un 14,1% de casos clínicos donde su incidencia fue de 3,1% del mismo tratamiento y 3,1% de la combinación de antituberculosos/antibioticoterapia; con un total de 31,2% en los tres portales biomédicos analizados. Enfatizando que, el 67,2% de los casos clínicos describió el tratamiento, mientras que, 32,8% no lo reportó.

— DISCUSIÓN

Con relación a la exploración de las complicaciones de la vacuna BCG registradas en la web en el período 2009-2019, se observó que las complicaciones leves rara vez son reportadas, sin embargo, se encontró solo un estudio de caso con complicaciones leves como pápulas, lo cual no tiene gran relevancia para el trabajo de investigación desarrollado, resultados que difieren con los de Sellami *et al*¹¹, debido a que las complicaciones leves fueron las más relevantes en un 80% y solo el 20% reflejó las graves, tras la administración de la vacuna BCG.

En comparación a las complicaciones graves se encontró una gran variedad de número

de casos de los cuales el más común, en el portal PubMed, fue la infección diseminada por BCG, ante la cual se destaca que es la complicación más severa debido a que produce una falla multi-orgánica en el paciente. A su vez, tanto en el portal Scielo como en Redalyc, los casos más frecuentes reportados fueron con la complicación secundaria o grave denominada osteítis. Se enfatiza que, estas complicaciones son inusuales y por ende tienen gran valor investigativo.

De todos los estudios de casos reportados se encontró en total 9 muertes en lactantes, 6 en PubMed y 3 en Scielo, a diferencia de Redalyc que no reportó casos. Todos estos decesos fueron relacionados directamente con la infección diseminada por BCG. Esta vacunación no suele causar fiebre o malestar¹². Algunas semanas después de la vacunación (2-6 semanas) se desarrolla una pequeña pápula que va aumentando de tamaño y puede ulcerarse unas semanas más tarde, y además presentar engrosamiento de los nódulos linfáticos, cervicales o axilares (adenopatía satélite). La pápula persiste durante 2-3 meses y deja una cicatriz permanente. Esta reacción no requiere tratamiento. Esta lesión cura espontáneamente con formación de una pequeña costra¹².

La reactogenicidad de la vacuna BCG depende en gran medida de la cepa vacunal que se utilice y de la técnica de administración empleada¹². Con una cepa y una técnica adecuada, además de una correcta selección de susceptibles, la seguridad está ampliamente demostrada después de más de tres mil millones de dosis administradas desde 1921¹².

La complicación de carácter leve/moderado más frecuente es la presencia de una adenopatía regional ipsilateral, con o sin supuración (adenitis supurativa en el 4% de recién nacidos y 0,3% en niños mayores). Las reacciones locales en el punto de inoculación de mayor importancia, como úlceras y abscesos, son fundamentalmente causadas por una técnica no adecuada en cuanto a condiciones asépticas o, más frecuentemente, debido a la inyección no estrictamente intradérmica (subcutánea o intramuscular) o por la vacunación de individuos previamente infectados¹².

En cuanto a las causas de las complicaciones de la vacuna BCG registradas en la web del 2009 al 2019, resultó la inmunodeficiencia como la más reportada. Trabajos cuya población fueron solo pacientes inmunodeficientes¹³, presentaron altas tasas de complicaciones afirmando que la principal causa para que se presente una complicación de la vacuna BCG, es que el paciente no tenga un sistema inmunológico lo suficientemente desarrollado para enfrentar a los bacilos atenuados de esta bacteria.

Las reacciones adversas, locales o sistémicas, a la vacuna BCG son poco frecuentes en todo el mundo. En pacientes con formas diseminadas debe descartarse alguna inmunodeficiencia como el VIH, enfermedad granulomatosa crónica, inmunodeficiencia combinada grave; susceptibilidad mendeliana a enfermedad por micobacterias⁷. En este estudio de caso, los autores, descartaron la posibilidad de infección por VIH, pues estudios serológicos realizados a los padres pre y pos natal fueron negativos al igual que los realizados al lactante⁷.

Finalmente, con relación al tratamiento derivado post vacuna BCG registrado en la web, no todos los pacientes estudiados recibieron el tratamiento completo antituberculoso¹⁴. Como lo manifestaron los investigadores, el tratamiento es el mismo que para la tuberculosis pulmonar, seis semanas con estas cuatro drogas: Etambutol (E), Pirazinamida (Z), Isoniazida (H) y la Rifampicina (R)¹⁵. El paciente tiene que asistir al tratamiento todos los días durante la primera etapa, excepto los domingos, durante 8 semanas y el número mínimo de dosis es de 48. Durante la segunda fase, debe acudir 2 veces por semana, durante 18 semanas, para un total mínimo de 36 dosis y cumplir así con el tratamiento durante 6 meses¹⁴.

Es relevante, tomar en consideración que los lactantes que son diagnosticados con becegeítis, debe iniciar con el tratamiento con Isoniacida por 9 meses como protocolo, con dosis única diaria supervisada por el profesional de salud en el centro más cercano a su domicilio, sin interrupción, para la resolución exitosa de esta reacción adversa, en caso de que persistan los síntomas, el médico indicará el inicio del tratamiento completo como si se tratase de una tuberculosis pulmoral o extrapulmoral, con todos los medicamentos ya mencionados y con la administración supervisada del protocolo de las dos etapas¹⁵.

Se considera necesario, tener en consideración que los niños menores de 5 años y especialmente los lactantes no deberían ser tratados con Etambutol (E), debido a los efectos colaterales que presenta a nivel ocular. En el caso de los lactantes al no poder distinguir ni verbalizar los síntomas como disminución de la agudeza visual, ceguera de los colores azul y verde, escotoma ocular así como dolor ocular, es recomendable entonces el uso de medicamentos alternativos como la Estreptomina (S)⁹.

Desde el año 2004, la OMS¹⁶, ha puesto en marcha la Alianza Mundial de la Salud para la Seguridad del Paciente, con el objetivo de difundir, coordinar y acelerar las mejoras en temas de seguridad a nivel mundial. La alianza tiene como finalidad optimizar la experiencia de los pacientes, reducir los riesgos y daños, lograr mejores resultados sanitarios, disminuir los costos derivados de la atención y corregir los errores operativos de programa; este último propósito, es un aspecto de fundamental importancia para la práctica e investigación en Enfermería.

— CONCLUSIÓN

Las complicaciones reportadas en los portales PubMed, Scielo y Redalyc, describen mayormente las graves, específicamente las infecciones diseminadas por BCG y la osteítis. La principal causa descrita en estos portales biomédicos para que ocurra una complicación post vacunación de BCG es la inmunodeficiencia. Se asume que esto se debe a que el tiempo de aplicación de la vacuna no permite que se puedan desarrollar signos de inmunodeficiencia, por ello se recomienda alertar a los profesionales de la salud la posibilidad de reconocer estos signos en los pacientes, ya que si son manejados oportunamente no tendrán consecuencias graves posteriores a la vacunación.

El tratamiento antituberculoso es considerado la primera opción para la resolución de cualquier complicación tras la aplicación de la vacuna de BCG, según las recomendaciones de la OMS. Es por ello que, en la mayoría de los casos clínicos revisados en los portales biomédicos fue el tratamiento de elección, aclarando que el Etambutol (E), Pirazinamida (Z), Isoniazida (H) y Rifampicina (R), son los antituberculosos de primera línea; rectificando que debido a los efectos adversos del Etambutol (E) en lactantes, se sustituye por la Estreptomina (S).

Es importante señalar que de los buscadores biomédicos analizados, PubMed, ofreció mayor número de casos sobre éstas complicaciones, teniendo en cuenta que es un motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos MEDLINE de referencias bibliográficas y resúmenes de artículos de investigación biomédica.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrizo J. Nuevas vacunas de BCG. Arch Venez Puer Ped [Internet] 2011. [citado 11 de junio de 2021]; 74(3). Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492011000300009
2. Organización Mundial de la Salud. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños [Internet]. 2020 [citado 29 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
3. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Manual de Normas Técnicas del Programa Ampliado de Inmunizaciones de Venezuela. Caracas, Venezuela; 2004.
4. Martín A, Navarro M, Pérez G. Neumonía persistente y neumonía recurrente. Protoc diagn ter pediatr [Internet]. 2017 [citado 28 de abril de 2021]; 1:157-187. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11_neumonia_recurrente.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Hoja de información sobre las tasas observadas de reacciones a vacunas. Vacuna Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) [Internet]. 2012 [citado 15 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/BCG_Vaccine_rates_information_sheet_ES.pdf?ua=1
6. Organización Mundial de la Salud. Boletín Epidemiológico Semanal. Documento de posición de la OMS sobre las vacunas BCG [Internet]. 2018 [citado 15 de marzo de 2020]; 8(93):73-96. Disponible en: <https://www.who.int/publications/journals/weekly-epidemiological-record>
7. Díaz D, Rodríguez L, Orraca O. Becegeítis: presentación de un caso. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 [citado 28 de abril de 2021]; 18(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000400019

8. Corporación de Salud. Reporte de Notificación de Complicación por Vacuna de BCG. Mérida, Venezuela; 2019.
9. Organización Panamericana de la Salud. Módulo VI: sistema de monitoreo de los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESA VI). Washington, D.C.: OPS [Internet]. 2007 [citado 28 de abril de 2021]. Disponible en: https://www1.paho.org/spanish/ad/fch/im/ModuloVacSegura_6.pdf
10. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Sexta Edición. México D.F.: McGraw-Hill; 2014.
11. Sellami K, Amouri M, Kmiha S, Bahloul E, Aloulou H, Sfaihi L, et al. Adverse reactions due to the bacillus Calmette-Guerin vaccine: Twenty Tunisian cases. Pub Med.gov [Internet]. 2018 [citado 27 de marzo de 2020]; 63(1):62-65. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29527028>
12. Asociación Española de Pediatría. Comité Asesor de Vacunas. Manual de vacunas en línea de la AEP. Tuberculosis BCG [Internet]. 2021 [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-40>
13. Barkai G, Somech R, Stauber T, Barziali A, Greenberger S. Bacille Calmette-Guerin (BCG) complications in children with severe combined immunodeficiency (SCID). PubMed.gov [Internet]. 2019 [citado 28 de marzo de 2020]; 51(8):585-592. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31204539>
14. Sandoval E, Pietropaolo D, Zamora A, Ramírez N, Santos L, Blancas L, et al. Disseminated Tuberculosis in an Infant with IFNg-IL-12/IL 23 Axis Defect. Revista Alergia México [Internet]. 2012 [citado 28 de abril de 2020]; 59(2):86-92. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/24007964>
15. Corrales I, Cortés J, Mesa M, Zamora G. Osteomielitis esternal y escrofuloderma por vacuna BCG. Revista Biomédica [Internet]. 2003 [citado 26 de abril de 2020]; 23(2). Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1212/0>
16. Ortiz L, Garrido C. Estrategias de enfermería para la prevención de errores programáticos en vacunatorio. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2020 [citado 24 de mayo de 2021]; 31(3):330-342 Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686402030047X>



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN
8

Número 2 (2021)

Recibido: 17/06/21 Aceptado: 25/06/21

INVESTIGACIÓN

Factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada

Associated factors with prolonged hospital stay

Ángela Pérez Moreno (MSc.)¹

José Carlos González (Dr.)²

¹Licenciada en Educación mención Lengua y Literatura, Universidad Católica Cecilio Acosta, Maracaibo-Venezuela. Magister en Salud Pública, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Técnico Superior Universitario en Estadísticas de Salud (ULA). Exprofesora de la ULA.
Correo: c.coritoperez@gmail.com

²Médico Cirujano (ULA). Especialista en Malaria y Saneamiento Ambiental, Universidad de Carabobo, Venezuela. Magister en Salud Pública (ULA). Docente (ULA). Correo: jcgogomez@gmail.com

RESUMEN

Introducción: la estancia hospitalaria es un factor de importancia dentro de la gestión en salud. Su análisis y control es necesario, a fin de garantizar la calidad de la atención a los usuarios que requieren de los servicios de hospitalización. **Objetivo:** analizar los factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada en los servicios de Urología, Ginecología y Medicina Interna del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes de Mérida, Venezuela durante el periodo 2012-2016. **Metodología:** se realizó bajo un enfoque cuantitativo, de tipo explicativa, diseño documental y temporalidad transversal, retrospectiva. La muestra quedó conformada por 362 historias clínicas de egresos hospitalarios. La técnica utilizada fue la revisión documental y, el instrumento una matriz de registro. Para la prueba de hipótesis se utilizaron los estadísticos: análisis de varianzas ANOVA, prueba de homogeneidad del estadístico Chi-cuadrado y razón de verosimilitudes. **Resultados:** dentro de los más resaltantes se obtuvo que, las tres especialidades reflejaron un promedio de estancia de 33,38 días en Medicina Interna, 33,50 en Urología y 28,22 en Ginecología; demasiado elevado en comparación con la norma. De los factores del prestador del servicio que presentó más diferencias estadísticas, fue el retardo en la realización de interconsultas con p (0,004) para Medicina Interna, Urología (p 0,027) y Ginecología (p 0,048). De los inherentes al paciente, Medicina Interna mostró diferencias significativas en el promedio de días preoperatorios con p (0,008). **Conclusión:** los factores relacionados al prestador de servicios y los inherentes al paciente, influyen en la estancia hospitalaria prolongada de los servicios de Urología, Ginecología y Medicina Interna.

Palabras clave: estancia hospitalaria prolongada, estancia media, factores asociados, paciente, servicio.

ABSTRACT

Introduction: hospital stay is an important factor in health management. Its analysis and control is necessary in order to guarantee the quality of care for users who require hospitalization services. **Objective:** to analyze the associated factors with prolonged hospital stay in the Urology, Gynecology and Internal Medicine services of the Autonomous Institute University Hospital of Los Andes from Mérida, Venezuela during the period 2012-2016. **Methodology:** the research was carried out under a quantitative approach; explanatory type, documentary design and transversal, retrospective temporality. The sample consisted of 362 medical records of hospital discharges. The technique used was the documentary review and the instrument a registration matrix. For the hypothesis test were used the following statistics: ANOVA analysis of variance, test of homogeneity of the Chi-square statistic and likelihood ratio. **Results:** among the most outstanding it was obtained that, the three specialties reflected an average stay of 33.38 days in Internal Medicine, 33.50 in Urology and 28.22 in Gynecology; too high compared to the norm. Of the factors of the service provider that presented the most statistical differences, it was the delay in conducting interconsultations with p (0.004) for Internal Medicine, Urology (p 0.027) and Gynecology (p 0.048). Of those inherent to the patient, Internal Medicine showed significant differences in the average of preoperative days with p (0.008). **Conclusion:** the factors related to the service provider and those inherent to the patient, influence the prolonged hospital stay of the Urology, Gynecology and Internal Medicine services.

Key words: prolonged hospital stay, average stay, associated factors, patient, service.

—INTRODUCCIÓN

La duración de la estancia del paciente en hospitalización, es un factor de relevancia, debido a su relación con los procesos administrativos, aspectos psicosociales y de diagnóstico clínico del paciente. Los servicios prestados requieren de la máxima eficiencia posible, para poder garantizar la calidad de la atención y la rápida recuperación del paciente; por ello, es muy importante que el hospital disponga de todos los instrumentos tecnológicos, científicos y de infraestructura, así como también cuente con recursos humanos y materiales en cantidad y calidad suficientes.

En la atención hospitalaria existen indicadores para evaluar la gestión a partir del aprovechamiento que se le da a la cama como recurso básico. Uno de los más importantes, es el promedio de estancia o estancia media (EM), que, junto con el porcentaje de ocupación, el índice de rendimiento y el intervalo de sustitución, evalúan el grado de utilización de la cama hospitalaria ⁽¹⁾. La EM, es un indicador principalmente de resolutivez que evalúa la celeridad con la que el hospital efectúa el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y condiciones que presentan las personas que son ingresadas en un hospital ⁽¹⁾.

Por lo tanto, una baja EM está vinculada al desarrollo de una práctica clínica resolutivez sustentada en la adecuación del uso de los recursos sanitarios y una provisión efectiva de cuidados al paciente ⁽¹⁾. Por su parte, una estancia hospitalaria prolongada, es decir, aquella que está por encima de los estándares establecidos, genera efectos negativos en el sistema de salud, ya que aumenta los costos, disminuye la accesibilidad a los servicios de hospitalización, indica un uso inadecuado de recursos, refleja problemas en la capacidad resolutivez del hospital, produce saturación de los servicios y riesgo de efectos adversos en el paciente ⁽²⁾.

La literatura relacionada con la estancia hospitalaria señala que, los factores que prolongan la estadía pueden variar si se trata de un paciente con diagnóstico médico o quirúrgico; pudiendo ser estos:

- Factores de consulta externa: usuarios insuficientemente estudiados y/o a quienes no se les prepara bien desde el punto de vista psíquico.
- Factores intrahospitalarios preoperatorios: lentitud del laboratorio, falta de materiales y equipo médico quirúrgico, escasez de pabellones quirúrgicos y de personal.
- Factores intrahospitalarios postoperatorios: complicaciones infecciosas, permanencia hospitalaria sin causa aparente.
- Factores generales relacionados con el paciente: edad, gravedad e intensidad de la afección, la constitución física y otros aspectos contribuyentes como la situación social.
- Factores relacionados con la estancia hospitalaria: a veces las estancias se prolongan a fin

de disponer de material para la enseñanza práctica de la medicina ⁽²⁾.

Por su parte, algunos estudios han demostrado que existen elementos que inciden en la prolongación o no de la estancia hospitalaria como, por ejemplo, los días preoperatorios, factor que tiene características diferentes en función del tipo de ingreso, bien sea programado o urgente. La duración de la estancia preoperatoria depende de factores de programación (intervenciones, rendimiento quirúrgico, cancelaciones, preanestesia) y, posiblemente, también de elementos del propio proceso asistencial (gravedad, complejidad, complicaciones) y del paciente (edad, sexo, comorbilidad, acceso), que repercuten en la estancia total y los costes directos ⁽³⁾.

También se ha señalado que, entre las causas responsables de la inadecuación de la estancia hospitalaria, el 68,9% de los ingresos presentan al menos un criterio englobado dentro de la responsabilidad del médico o del hospital, y el 51,3% debido a retrasos en el desarrollo del estudio o tratamiento ⁽⁴⁾.

Los factores causales de estancias prolongadas más encontrados en la literatura son: demora en la realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos (67,6%), necesidad de atención en otro nivel de complejidad (38,2%), situación socio familiar y edad del paciente en 38,2% del total de casos ⁽⁵⁾. Así mismo, la duración de la estancia hospitalaria aumenta entre los mayores de 80 años, las personas que viven solas o en una residencia geriátrica, los pacientes que presentan gran dependencia física y también, quienes poseen un riesgo o problema de exclusión social. Otra de las variables que influye en la mayor duración de la hospitalización es el deterioro cognitivo ($p < 0,05$) ⁽⁶⁾.

En países como Perú, se ha podido demostrar que, el promedio de estancia es mayor al estándar recomendado por el Ministerio de Salud, y los factores que más influyen en la estancia prolongada son: recurso humano insuficiente, infecciones intrahospitalarias, falla de insumos y falta de aplicación de protocolos durante los procesos de atención médica, para el diagnóstico y el tratamiento ⁽⁷⁾.

En lo que respecta a Venezuela, no se han localizado estudios a nivel nacional, de los factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada, lo que da cuenta de la posible inexistencia de registros estadísticos dentro del Sistema de Información de Salud (SIS) en los hospitales del país, que midan y evalúen las causas que prolongan la estancia. Los informes que se elaboran, de acuerdo a las exigencias del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), solo incluyen los indicadores de utilización de la cama hospitalaria. En este caso, solo miden la estadía del paciente en hospitalización, para compararlo con el estándar establecido. A tal efecto, los valores establecidos por el MPPS para los hospitales de Venezuela, por departamento y/o servicio clínico son los siguientes (en días): Medicina, entre 10 y 12, Cirugía 10, Cirugía con tratamiento entre 10 y 14, Pediatría entre 8 y 10 y Gineco-Obstetricia entre 3 y 4 ⁽⁸⁾.

Como referencia a los valores anteriores, y según datos obtenidos del Informe de

Indicadores Hospitalarios del MPPS, correspondiente a los años 2014-2015, la mayoría de los hospitales del país registraron un promedio de estancia global conforme a la norma del MPPS, inclusive, muchos de ellos se encuentran por debajo de la misma ⁽⁹⁾. Con relación al Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) de la ciudad de Mérida, Venezuela, se ha podido evidenciar que, la mayoría los departamentos y servicios clínicos reflejan un comportamiento muy parecido a los promedios globales observados en los hospitales tipo IV del país, a excepción de Medicina Interna, Urología y Ginecología, en donde se ha visto un aumento considerable del promedio de estancia en los últimos 15 años, hasta llegar inclusive a 21,50 días en el servicio de Urología en el año 2015, muy por encima de lo que establece la norma ⁽¹⁰⁾.

Tomando en consideración lo anteriormente expuesto, el objetivo del presente estudio se centró en analizar los factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada en los servicios de Urología, Ginecología y Medicina Interna del IAHULA de Mérida, Venezuela.

—METODOLOGÍA

La investigación se realizó bajo el enfoque cuantitativo. En cuanto al tipo de estudio, se trató de una investigación de tipo "explicativa" ^(11, 12, 13). Según el origen de los datos en cuanto al contexto y fuentes, se trató de un diseño documental de corte transversal retrospectivo. La población estuvo constituida por 5.766 historias clínicas de egresos hospitalarios que cumplieron con los criterios de inclusión. La muestra probabilística, estratificada, con muestreo aleatorio sistemático, quedó conformada por 362 historias clínicas, considerando una proporción del 50%, un error máximo aceptable del 5% y un nivel deseado de confianza del 95%. La hipótesis planteada fue: los factores relacionados al prestador de servicios e inherentes al paciente, influyen en la estancia hospitalaria prolongada de los servicios de Urología, Ginecología y Medicina Interna.

La técnica utilizada para la recolección de la información, consistió en la revisión documental, es decir, la pesquisa de historias clínicas de los pacientes egresados de los servicios de Urología, Ginecología y Medicina Interna del IAHULA durante el periodo 2012-2016. La aplicación de dicha técnica, permitió obtener la información que fue asentada en una matriz de registro diseñada por los investigadores y estructurada de acuerdo a las dimensiones de las variables de investigación. Las variables estudiadas fueron: a) Características demográficas y de hospitalización: edad, sexo, tipo de ingreso, estancia media; b) Factores del prestador de servicios: retardos en la asignación de turno quirúrgico, realización de estudios de diagnóstico, realización de interconsultas, valoración preanestésica, entrega de resultados y aplazamiento quirúrgico y, c) Factores inherentes al paciente: estado emocional afectado, abandono familiar y domicilio lejano.

Los datos registrados en las fichas, fueron transferidos a una base de datos en Excel.

Posteriormente, se realizó el tratamiento estadístico, a través del programa SPSS, versión 22. Mediante el uso de la estadística inferencial se seleccionaron los estadísticos de prueba: Análisis de varianza ANOVA, Prueba de homogeneidad del estadístico Chi-cuadrado y razón de verosimilitudes, Significancia estadística cuando $p < 0.005$, Prueba a posteriori de Tukey, Desviación Estándar y la prueba de t Student; con el fin de medir las dimensiones de las variables de investigación.

—RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. Características demográficas y de hospitalización

No se observaron diferencias significativas en cuanto a la edad de los pacientes; el promedio es muy parecido en los tres servicios estudiados, cuya media fue de 51,3 años. Sin embargo, este resultado permite establecer una relación con el tipo de morbilidad atendida en los servicios objeto de estudio, cuyas patologías son propias de los grupos de edad de 50 años y más, el cual es un factor predisponente al aumento de la estancia hospitalaria, como también se puede evidenciar en otro estudio el cual reflejó que los pacientes del grupo etario de 45 a 64 años, con grado de dependencia II a su ingreso, tienen mayor predisposición a una estancia mayor a nueve días ⁽⁷⁾. Con relación al sexo, se observó que, en el servicio de Urología, la mayoría de los pacientes atendidos correspondían al sexo masculino (62,50%), lo que permite inferir que, en dicho servicio, las patologías del aparato genitourinario son más frecuentes en hombres que en mujeres. En Medicina Interna, también predominó el sexo masculino (61,26%); cuyos resultados son comparables con los de un estudio realizado en España en donde el 83,25% de los pacientes fueron varones ⁽¹⁴⁾ (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes con estancia hospitalaria prolongada por servicio

Características demográficas	Servicio			p*
	Urología	Ginecología	Medicina Interna	
Edad años ¹ (Media, DE)	52,40 (16,98)	50,32 (14,49)	51,13 (21,00)	0,827
Sexo ² (n, %)				
Femenino	18 (37,50)	92 (100,00)	86 (38,74)	0,000*
Masculino	30 (62,50)	0 (0,00)	136 (61,26)	

Nota: ¹basada en ANOVA, ²basada en la prueba de homogeneidad del estadístico Chi-cuadrado y razón de verosimilitudes, *diferencias significativas en la proporción del sexo $p < 0,05$, DE= Desviación Estándar

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al tipo de ingreso de los pacientes, se observó que, para los servicios de Urología y Ginecología, el mayor porcentaje de admisiones fue por la modalidad "electivo" o "programado" (68,75% y 67,39%), lo que concuerda con los resultados obtenidos en otra investigación en donde el 86,25% de los episodios fueron ingresados como programados con intervención ⁽¹⁴⁾. Por su parte, en Medicina Interna, el total de los pacientes ingresaron por emergencia, reflejando una diferencia significativa de p (0,000), con respecto a los dos servicios anteriores. Es importante resaltar la semejanza encontrada en un informe que ofrece un resumen de los resultados de la actividad hospitalaria en Medicina Interna dentro del conjunto de hospitales del Sistema Nacional de Salud de España, correspondiente a los años 2005-2006, en donde se refleja que el 92,7% de los ingresos a este servicio, fueron del tipo urgentes ⁽¹⁵⁾ (Tabla 2).

Tabla 2. Tipo de ingreso de los pacientes con estancia hospitalaria prolongada por servicio

Tipo de ingreso ¹	Servicio			p*
	Urología n (%)	Ginecología n (%)	Medicina Interna n (%)	
Electivo	33 (68,75)	62 (67,39)	0 (0,00)	0,000
Emergencia	15 (31,25)	30 (32,61)	222 (100,00)	

Nota: ¹basada en la prueba de homogeneidad del estadístico Chi-cuadrado y razón de verosimilitudes, *diferencias significativas en la proporción del factor tipo de ingreso $p < 0,05$

Fuente: Elaboración propia

Al comparar los resultados de la estancia hospitalaria por servicio con la norma establecida por el MPPS, todos ellos reflejaron un promedio de estancia demasiado elevado. Los días preoperatorios mostraron diferencias significativas en al menos dos medias de los servicios con un valor de p (0,049), las pruebas a posteriori reflejaron que las diferencias fueron entre el servicio de Ginecología con 19,57 días y Medicina Interna con 12,79 días. Por su parte, para los días postoperatorios con p (0,000), las diferencias entre Medicina Interna obtuvo una media de 22,69 días con respecto a Urología 11,35 días y Ginecología 5,23 días (Tabla 3). Al comparar los anteriores valores, con los reflejados en el trabajo realizado en un hospital tipo IV en Venezuela, se pudo observar un gran contraste entre ambos resultados, en donde los valores para el promedio de estancia por departamentos clínicos fueron: Cirugía (7,70 días), Medicina (12,45 días) y Gineco-obstetricia (2,71 días) ⁽⁸⁾.

Es importante mencionar que algunos países como España, han trabajado en la reducción de este indicador, como se evidencia en el estudio realizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; llevando el promedio de estancia global a cifras por debajo de lo normado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 7,77 en el 2001 a 6,93 en el 2012 ⁽¹⁾; lo que discrepa significativamente con los resultados de la presente investigación.

Tabla 3. Comparación de la estancia hospitalaria por servicio. IAHULA

Estancia hospitalaria ¹	Servicio			p*
	Urología Media (DE)	Ginecología Media (DE)	Medicina Interna Media (DE)	
Días de hospitalización	33,50 (28,17)	28,22 (13,41)	33,38 (24,63)	0,173
Días preoperatorio	18,74 (15,71)	19,57 (11,71) ²	12,79 (11,71) ²	0,049*
Días postoperatorio	11,35 (27,09) ³	5,23 (5,86) ¹	22,69 (21,21) ^{2,3}	0,000*

Nota: ¹basada en ANOVA y prueba a posteriori de Tukey, ²diferencias entre Ginecología y Medicina Interna, ³diferencias entre Urología y Medicina Interna, *diferencias significativas en al menos dos medias p<0,05, DE=Desviación Estándar

Fuente: Elaboración propia

2. Comparación de la estancia hospitalaria por factores inherentes al prestador del servicio

El retardo en la realización de interconsultas fue el factor inherente al prestador de servicios que presentó más diferencias estadísticas dentro de los servicios. Para los días de hospitalización los tres servicios presentaron diferencias significativas: Medicina Interna (p 0,004), Urología (p 0,027) y Ginecología (p 0,048), donde los pacientes con retardo en la interconsulta permanecieron más tiempo hospitalizados que los que no presentaron retardo; por otra parte, se observó diferencias significativas para los días preoperatorios en Urología (p 0,025) y Medicina Interna (p 0,025), presentando promedios más altos los pacientes con retardo en la interconsulta (Tabla 4). Estos resultados contrastan con los obtenidos en dos estudios en donde la respuesta a la interconsulta fue inferior a dos días en un 89% de los casos ⁽¹⁶⁾ y, el cumplimiento del estándar de tiempo de respuesta de las interconsultas médicas, redujo la estancia promedio en 0,25 días respecto al histórico, lo que equivale a una ganancia efectiva de 23 camas ⁽¹⁷⁾.

Tabla 4. Comparación de la estancia hospitalaria por retardo o no en la realización de interconsultas según servicio

Servicio / estancia hospitalaria ¹	Retardo en la realización de interconsultas ²		p*
	Sí	No	
	Media (DE)	Media (DE)	
Urología			
Días de hospitalización	46,67 (40,31)	27,52 (18,34)	0,027*
Días preoperatorio	28,29 (20,22)	14,14 (10,63)	0,025*
Días postoperatorio	18,64 (44,23)	7,83 (12,36)	0,384
Ginecología			
Días de hospitalización	30,8 (12,19)	25,28 (14,25)	0,048*
Días preoperatorio	20,74 (10,57)	18,5 (12,71)	0,417
Días postoperatorio	5,89 (7,44)	4,63 (3,88)	0,364
Medicina Interna			
Días de hospitalización	39,32 (30,68)	29,02 (17,93)	0,004*
Días preoperatorio	21,22 (24,48)	6,72 (7,82)	0,025*
Días postoperatorio	19,61 (18,1)	24,74 (23,15)	0,433

Nota: ¹basada en la prueba t de Student, ²los tres servicios consideraron como retardo en la realización de la interconsulta, un lapso superior a 48 horas, *diferencias significativas en la media p<0,05, DE=Desviación Estándar

Fuente: Elaboración propia

El retardo en la realización de estudios de diagnóstico, fue la segunda causa que contribuyó a aumentar la estancia hospitalaria de los pacientes, siendo el servicio más afectado Ginecología, tanto en el total de días de hospitalización p (0,045), como en los días preoperatorios p (0,021). Esto evidencia que quienes presentaron este tipo de retardo permanecieron más días que a las que se les realizó estudios de manera oportuna (Tabla 5). En el caso de los dos servicios quirúrgicos, estos resultados no se justifican desde el punto de vista administrativo, puesto que los pacientes ingresan como "electivos", en donde el protocolo exige que, para poder autorizar el ingreso a hospitalización, deben tener todos los estudios de diagnóstico completos. Algunas investigaciones reflejan esta misma situación, en España, el 51,3% de los ingresos presentaron retrasos en el desarrollo del estudio o tratamiento ^(4,7); el 67,6% correspondía a demora en la realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos ⁽⁵⁾; mientras que, en México, el diferimiento en la realización y entrega de resultados de estudios de laboratorio y gabinete, fue una de las causas de la estancia hospitalaria prolongada ⁽¹⁸⁾.

Tabla 5. Comparación de la estancia hospitalaria por retardo o no en la realización de estudios de diagnóstico según servicio

Servicio / estancia hospitalaria ¹	Retardo en estudios de diagnóstico		p*
	Sí	No	
	Media (DE)	Media (DE)	
Urología			
Días de hospitalización	36,72 (36,22)	30,77 (19,30)	0,471
Días preoperatorio	17,75 (16,32)	19,61 (15,48)	0,704
Días postoperatorio	14,80 (37,17)	8,35 (13,68)	0,443
Ginecología			
Días de hospitalización	31,62 (13,21)	25,93 (13,16)	0,045*
Días preoperatorio	23,92 (11,59)	17,31 (11,23)	0,021*
Días postoperatorio	4,80 (6,20)	5,46 (5,72)	0,652
Medicina Interna			
Días de hospitalización	36,07 (26,98)	29,92 (20,86)	0,065
Días preoperatorio	10,44 (12,15)	16,75 (25,32)	0,362
Días postoperatorio	22,40 (22,41)	23,11 (19,89)	0,915

Nota: ¹basada en la prueba t de Student, *diferencias significativas en la media p<0,05, DE=Desviación Estándar

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al retardo en la asignación de turno quirúrgico, se observaron diferencias significativas para el servicio de Ginecología tanto en el total de días de hospitalización (p 0,000), como en los días preoperatorios (p 0,000) (Tabla 6). Ello concuerda con los resultados de un estudio realizado en Colombia, cuya principal causa de la prolongación de la estancia, fue la demora en la realización de procedimientos quirúrgicos ⁽⁵⁾. De la misma forma, se comprobó en una investigación que, el diferimiento en la realización de intervenciones quirúrgicas fue una de las principales causas del aumento en la estancia ⁽¹⁸⁾. Es importante resaltar el porcentaje tan elevado en este tipo de retardo, con especial énfasis en el servicio de Ginecología, siendo que la mayoría de los pacientes que ingresan eran programados; en los cuales se ha invertido, previamente, horas/trabajo y recursos materiales. Aunado a ello, posterior al ingreso, los pacientes eran sometidos a una estancia prolongada, con exposición a riesgos intrahospitalarios; además de los gastos económicos que ello acarrea, tanto a los pacientes, como a la institución de salud.

Tabla 6. Comparación de la estancia hospitalaria por retardo o no en la asignación de turno quirúrgico según servicio

Servicio / estancia hospitalaria ¹	Retardo en la asignación de turno quirúrgico		p*
	Sí	No	
	Media (DE)	Media (DE)	
Urología			
Días de hospitalización	31,45 (19,32)	40,9 (50,48)	0,375
Días preoperatorio	19,55 (15,68)	16,1 (16,37)	0,550
Días postoperatorio	7,55 (11,92)	23,9 (51,86)	0,348
Ginecología			
Días de hospitalización	29,75 (11,88)	14,4 (8,22)	0,000*
Días preoperatorio	21,52 (11,26)	7,3 (5,36)	0,000*
Días postoperatorio	4,94 (5,7)	7,1 (6,76)	0,281
Medicina Interna			
Días de hospitalización	45,89 (24,32)	38,8 (29,38)	0,393
Días preoperatorio	18 (15,85)	9,04 (19,09)	0,111
Días postoperatorio	21,83 (24,99)	23,28 (19,52)	0,832

Nota: ¹basada en la prueba t de Student, *diferencias significativas en la media p<0,05, DE=Desviación Estándar

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al retardo en la entrega de resultados de estudios y su relación con el aumento de la estancia, Medicina Interna fue el servicio que se vio más afectado con p (0,010) en el total de días de hospitalización. Es decir, que, no recibir los resultados de estudios a tiempo, afecta la estadía del paciente, aumentando la misma, como es el caso de Medicina Interna con 40,14 días de hospitalización promedio (Tabla 7). Situación que concuerda con una investigación en donde, el retraso en el desarrollo del estudio o tratamiento fue una de las causas de la inadecuación de la estancia hospitalaria ⁽⁴⁾.

Tabla 7. Comparación de la estancia hospitalaria por retardo o no en la entrega de resultados de estudios de diagnóstico según servicio

Servicio / estancia hospitalaria ¹	Retardo en la entrega de resultados		p*
	Sí	No	
	Media (DE)	Media (DE)	
Urología			
Días de hospitalización	42,13 (39,48)	29,19 (19,78)	0,135
Días preoperatorio	22,21 (17,71)	17,07 (14,69)	0,320
Días postoperatorio	17,93 (44,24)	8,17 (12,64)	0,432
Ginecología			
Días de hospitalización	31,90 (10,36)	27,19 (14,03)	0,166
Días preoperatorio	21,75 (12,64)	18,96 (11,48)	0,404
Días postoperatorio	3,94 (3,07)	5,60 (6,4)	0,320
Medicina Interna			
Días de hospitalización	40,14 (22,86)	30,7 (24,86)	0,010*
Días preoperatorio	8,5 (10,27)	14,86 (20,79)	0,287
Días postoperatorio	22,64 (23,65)	22,71 (20,43)	0,992

Nota: ¹basada en la prueba de t Student, *diferencias significativas en la media p<0,05, DE=Desviación Estándar

Fuente: Elaboración propia

3. Comparación de la estancia hospitalaria por factores inherentes al paciente

Solo hubo significancia estadística para la afectación del estado emocional en el servicio de Medicina Interna, ya que los otros servicios presentaron muy pocos casos. Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas en el promedio de días preoperatorios con p (0,008), donde el promedio de los días de pacientes con estado emocional afectado fue de 7,3 días y en los que no estaban afectados de 22,06 días (Tabla 8). Aquí se puede observar contraposición con los resultados encontrados en un estudio, en donde la variable que más influyó en la mayor duración de la hospitalización, fue el deterioro cognitivo (p<0,05) ⁽⁶⁾.

Tabla 8. Comparación de la estancia hospitalaria por estado emocional del paciente según servicio

Servicio / estancia hospitalaria ¹	Estado emocional afectado		p*
	Sí	No	
	Media (DE)	Media (DE)	
Medicina Interna			
Días de hospitalización	35,28 (27,15)	31,62 (22,01)	0,269
Días preoperatorio	7,3 (8,75)	22,06 (25,4)	0,008*
Días postoperatorio	22,31 (18,4)	23,38 (26,21)	0,874

Nota: ¹basada en la prueba t de Student, *diferencias significativas en la media p<0,05, DE=Desviación Estándar

Fuente: Elaboración propia

— CONCLUSIONES

La estancia hospitalaria en los servicios de Urología, Ginecología y Medicina Interna, se vio influenciada por variables como la edad, sexo y tipo de ingreso. Las tres especialidades estudiadas reflejan un promedio de estancia global demasiado elevado en comparación con la norma. Para la estancia preoperatoria, el promedio más elevado fue en el servicio de Ginecología, lo que puede ser un reflejo de posibles fallas de planificación y organización hospitalarias.

De los factores inherentes al prestador de servicios, el retardo en la realización de interconsultas fue lo que más prolongó la estancia hospitalaria de los pacientes en los servicios objeto de estudio. Sobre los factores inherentes al paciente, se observó afectación del estado emocional durante la estancia preoperatoria, en bajo grado, en el servicio de Medicina Interna.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Evolución de la Estancia Media en los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud, años 2001-2012. Serie Informes Breves CMBD, 3. Madrid; 2014. [Consultado 05 de noviembre 2017] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Ev_de_Estancia_Media.pdf
2. Tinedo R. Consideraciones acerca de la Estancia Hospitalaria. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, Curso de Administración de Hospitales. Guía didáctica, 1989.
3. Moreno E, García J, Lea M. Variación de la estancia preoperatoria en España según grupos de edad, sexo y modo de acceso hospitalario (urgente o programado). Revista de Calidad Asistencial. [Internet] septiembre 2008. [Consultado 11 de junio 2021]; 23(5): 222-29. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-variacion-estancia-preoperatoria-espana-segun-13126981>
4. Pérez A, Santos S, Luquero F, Tamames S, Cantón B, Castrodeza J. Evaluación de la adecuación de las estancias en un hospital de tercer nivel. Anales Sis San Navarra. [Internet] abril 2007. [Consultado 11 de diciembre 2017]; 30(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000100003
5. Ceballos T, Velásquez P, Jaén J. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Rev. Gerenc. Polít. Salud. [Internet] 2014. [Consultado 10 de diciembre 2017]; 13(27):274-295. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11972>

6. Lorén G, Gascón A. Variables biopsicosociales relacionadas con la duración de la estancia hospitalaria en personas mayores. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2011. [Consultado 8 de enero 2018]; 19(6). Disponible en: www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_14.pdf
7. Benavides S, Castillo G, Landauro M, Vásquez G. Factores que prolongan la estancia hospitalaria en el Hospital Nacional PNP Luis NN. *Revista de Medicina Humana*. [Internet] diciembre 2006. [Consultado 27 de diciembre 2017]; 6 (2):3-12. Disponible en: <https://xdoc.mx/documents/factores-que-prolongan-la-estancia-hospitalaria-en-el-hospital-n-60790e2705c8d>
8. Corona A. Análisis, tendencia y pronóstico de los indicadores rendimiento cama año y promedio de estancia; hospitales Antonio María Pineda, de Barquisimeto, Pastor Oropeza de Carora y Egidio Montesinos de El Tocuyo; estado Lara, 2004-2008. [Tesis de Especialidad]. Universidad Yacambú, Barquisimeto estado Lara, Venezuela; 2009.
9. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Dirección General de Análisis Estratégico Hospitalario. Promedio de Estancia Hospitales de Venezuela 2014-2015. Informe 2017. Datos no publicados.
10. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Sección de Estadísticas. Informe del Movimiento Hospitalario Anual 2001-2015.
11. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill/Interamericana; 2014.
12. Arias F. El Proyecto de Investigación. 7ª ed. Venezuela: Episteme; 2016.
13. Supo J. Seminarios de Investigación Científica. KUPDF. [Internet] 17 de abril 2017. [Consultado 14 de junio 2021]. Disponible en: https://kupdf.net/download/investigacion-cientificas-jos-eacute-supos-pdf_58f42a6adc0d60c24cda983e_pdf
14. González V, Medina P, Tudela D. Variabilidad de la estancia media en pacientes hospitalizados en un hospital de Traumatología durante el año 2010. *Rev. RECIEN*. [Internet] mayo 2013. [Consultado 02 de enero 2018]; 6 Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44908/1/RECIEN_06_02.pdf
15. Barba R, Zapatero A. Estudio de un millón de altas en Medicina Interna. SEMI. [Internet] 2008. [Consultado 07 de enero 2018] Disponible en: <https://www.fesemi.org/publicaciones/estudio-de-un-mill%C3%B3n-de-altas-hospitalarias-en-medicina-interna>
16. López Y. Evaluación del funcionamiento de los procesos asistenciales del hospital Vargas de Caracas en cuanto al tiempo de estancia del servicio de Medicina III. [Internet]. [Trabajo de Especialidad]. Universidad Católica Andrés Bello, Venezuela; 2006. [Consultado 4 de junio 2021] Disponible en: <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAQ7234.pdf>

17. Ceballos T, Velásquez P, Jaén J. Impacto de la inoportunidad de ayudas diagnósticas e interconsultas en la duración de la estancia hospitalaria. ResearchGate. [Internet] 2020. [Consultado 4 de junio 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/347438697_Impacto_de_la_inoportunidad_de_ayudas_diagnosticas_e_interconsultas_en_la_duracion_de_la_estancia_hospitalaria



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN

8

Número 2 (2021)

Recibido: 10/05/21 Aceptado: 25/06/21

REVISIÓN

Referentes para el estudio del afrontamiento en personas migrantes de Venezuela en España

Referents for the study of coping in migrants from Venezuela in Spain

Eduardo José Sánchez Uzcátegui (MSc.)¹

Esperanza Bosch Fiol (Dra.)²

¹Exprofesor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes, Mérida Venezuela. Doctorando en Estudios Interdisciplinarios de Género, Universidad Autónoma de Madrid-España.

Correo: eduardojose.sanchez@estudiante.uam.es

ORCID: 0000-0003-1379-6661

²Profesora titular, Universidad de las Islas Baleares, España.

Correo: esperanza.bosch@uib.es

ORCID: 0000-0002-0635-6847

RESUMEN

El presente artículo, constituye parte de una investigación más amplia relacionada con las mujeres venezolanas en España y el proceso de afrontamiento ante su realidad migratoria. La migración venezolana de los últimos años ha sido generada como consecuencia de la diáspora política, la violencia, la crisis económica y el control social, entre otros determinantes. Por lo tanto, la revisión de referentes concernientes al afrontamiento, permitió un abordaje más amplio en la comprensión de los significados que tiene la experiencia migratoria y sus complejidades. La metodología utilizada consistió en la investigación documental y análisis de fuentes secundarias, para desarrollar los aspectos inherentes a la temática. Este fenómeno, tiene una particular característica en España, como lo es, la presencia mayoritaria del género femenino, que supone un tema de interés investigativo.

Palabras clave: migración, estrés, afrontamiento, Venezuela, España, instrumentos.

ABSTRACT

This article constitutes part of a broader investigation related to Venezuelan women in Spain and the process of coping with their migratory reality. Venezuelan migration in recent years has been generated as a consequence of the political diaspora, violence, the economic crisis and social control, among other determinants. Therefore, the review of references concerning coping allowed a broader approach in understanding the meanings of the migratory experience and its complexities. The methodology used consisted of documentary research and analysis of secondary sources, to develop the aspects inherent to the subject. This phenomenon has a particular characteristic in Spain, such as the majority presence of the female gender, which is a topic of research interest.

Key words: migration, stress, coping, Venezuela, Spain, instruments.

— INTRODUCCIÓN

El artículo que se presenta a continuación, forma parte del desarrollo de una investigación doctoral, que pretende comprender el fenómeno de la migración y el afrontamiento desde una perspectiva interdisciplinar. En este contexto, hay que señalar que el proceso migratorio venezolano reciente es complejo y variado, pero desde la perspectiva de género, posee una característica particular en España, esto es, la presencia mayoritaria del género femenino¹. Aspecto que lo convierten en un nicho importante para el desarrollo de la investigación.

En consecuencia, se hace necesario abordar la migración citada desde una perspectiva psicológica, pues emigrar no solo implica trasladarse de un país a otro, sino también, puede representar un acontecimiento estresante que incluye cambios y dificultades, entre ellos, los producidos en el estilo de vida, en la ocupación, en la desintegración familiar y en el estatus profesional, entre otros.

Asimismo, tiene una explicación multicausal que involucra complejos aspectos o dimensiones, cuya mezcla impulsan a las personas en primera instancia a salir de su país de origen y, posteriormente, a enfrentarse a las diversas situaciones estresantes en el país receptor, hacer uso de sus recursos cognitivos, personales y afrontar la realidad. Por tanto, pudiendo ser la migración un suceso complejo y estresante, surge la necesidad de comprender los recursos que se ponen en marcha al momento de emigrar.

Para la elaboración del artículo, se procedió a la revisión del marco conceptual relacionado con el estrés, el estrés migratorio, el afrontamiento y algunos estudios e instrumentos inherentes a la temática. Lo anterior mediante la investigación y consulta de fuentes secundarias, con el objetivo de examinar referentes para el estudio del afrontamiento en personas migrantes de Venezuela en España.

— DESARROLLO

Generalidades

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM), describe que los procesos migratorios se dan como una consecuencia de movimientos de población hacia el territorio de otro estado o dentro del mismo y, abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas. También, señala que la movilidad humana es “la movilización de personas de un lugar a otro en ejercicio de su derecho a la libre circulación (...) es un proceso complejo y motivado por diversas razones (voluntarias o forzadas)” (p.17)².

No obstante, la Agencia de las Naciones Unidas para los refugiados (ACNUR)³ ha señalado que existen actualmente 5.4 millones de personas refugiadas y migrantes de Venezuela

en todo el mundo. Asimismo, la diáspora política y la crisis económica, la violencia, la inseguridad, las amenazas, así como la falta de medicinas y servicios esenciales, han propiciado el desplazamiento de personas vulnerables más numeroso y más rápido del mundo después de la crisis Siria³.

Al respecto, España se ha constituido como el mayor destino elegido por solicitantes de protección internacional en el continente europeo; 189.110 son venezolanos, de los cuales 81.165 pertenecen al género masculino, equivalente al 42,9% y 107.945 al género femenino, lo que constituye el 57,1%. La edad promedio de la mayoría señalada es de 37,3 años y, además, es el grupo migratorio más numeroso en Madrid, Barcelona, Islas Canarias y Galicia¹.

En este contexto, la migración y las estrategias que se despliegan para darle sentido a dicha experiencia, representan recursos psicológicos que las personas ponen en marcha para hacer frente a un contexto que genera estrés. Aquí, entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada, por lo que dicha reacción puede traducirse como una respuesta fisiológica o biológica de un organismo frente a un factor de estrés, que puede estar relacionado con una condición ambiental o un estímulo⁴.

Generalmente, el estrés surge cuando la demanda y la complejidad de una situación superan la capacidad de respuesta de la persona afectada y genera un desequilibrio con repercusiones físicas y psicológicas⁵. En otras palabras, los estresores o factores estresantes, como los estímulos ambientales, las percepciones de amenaza, la frustración, las alteraciones de las funciones fisiológicas (enfermedades, adicciones) entre otras, juegan un papel importante⁶. Estos pueden ser de mayor o menor intensidad, duración, impacto, frecuencia y de naturaleza diversa: física, biológica, psicológica y social.

En este sentido, conviene señalar entonces, algunos estresores documentados por Lazarus y Folkman⁶, entre ellos:

- Los estresores únicos: hacen referencia a cataclismos y cambios drásticos en las condiciones del entorno de vida de las personas y que, habitualmente, afectan a un gran número de ellas.
- Los estresores múltiples: afectan solo a una persona o a un pequeño grupo de ellas y se corresponden con cambios significativos y de transcendencia vital para las personas.
- Los estresores cotidianos: se refieren al cúmulo de molestias, imprevistos y alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas.
- Los estresores biogénicos: son mecanismos físicos y químicos que disparan directamente la respuesta de estrés, sin la mediación de los procesos psicológicos.

Algunas características de los estímulos estresores son de relevancia, entre ellas: el impacto por una situación nueva (si se asocia a daño, peligro, amenaza o por el contrario a dominio); la falta de predictibilidad (a mayor desconocimiento, más estresante es la situación, porque impide la preparación y produce ausencia de control); la incertidumbre de cuando reaparecerá el estímulo estresante y su impacto; la ambigüedad de la situación; la duración de la situación y su intensidad; el ciclo vital o período evolutivo de la persona, cuando es impactada por la aparición del estímulo estresante y, el grado de apoyo social. Por ello, es importante la valoración cognitiva del estímulo potencialmente estresante, es decir, cómo se perciben y si se considera que se cuenta con los recursos para afrontarlo o no⁷.

El proceso migratorio en sí, por sus características, pudiese considerarse un proceso estresante, incluso algunos autores han señalado que el estrés migratorio “se caracteriza por ser múltiple porque afecta a muchas áreas de la vida; crónico porque se puede prolongar durante años; intenso y relevante por su fuerza; desorganizante, por la pérdida de control en situaciones permanentes” (p.52)⁸. A continuación, se describen algunas fuentes del estrés migratorio:

- La búsqueda de trabajo en el país de llegada: para la persona inmigrante representa la posibilidad de sobrevivir, pero por lo general, los empleos conseguidos son ocupaciones o empleos ocasionales, precarios y marginales que en muchos casos requieren desplazamientos a diferentes lugares. Estos trabajos por lo general, suponen exigencia, así como un desgaste físico y emocional y no gozan de beneficios laborales, ni de compensaciones frente a cualquier accidente laboral. Además, esta labor ilegal o trabajo “en negro”, puede llegar a perdurar muchos años⁸. Sin embargo, todo dependerá de la situación personal, el nivel educativo, la filiación, los contactos, entre otros.
- La tramitación de la documentación para conseguir el permiso de residencia y de trabajo: obtener “los papeles” representa un aspecto vital para el establecimiento legal de la persona inmigrante. Al respecto, se podrían obtener mediante diversas formas, como por ejemplo, una oferta de trabajo; en este caso la persona tendría que cumplir con todos los requisitos para una visa de trabajo. Otra forma de residencia temporal, es la obtención del arraigo. Entre los tipos de arraigo se encuentran: el “arraigo laboral”, se obtiene luego de haber cumplido 2 años continuos en España y relaciones laborales durante un mínimo de 6 meses. El “arraigo social”, si la persona ha permanecido en el país al menos tres años, cuenta con un contrato de trabajo y acredita vínculos familiares con otras personas extranjeras residentes o presenta un informe de inserción social. El “arraigo familiar”, si es hija/o de padre o madre originariamente españoles o bien sean padre o madre de un menor de nacionalidad española⁹.
- También existen otros tipos de autorizaciones o residencias, como la residencia temporal, por razones de protección internacional. En este punto, es notorio el caso específico de las personas inmigrantes venezolanas. Los informes estadísticos señalan que en 2019 hubo 40.886 solicitudes y, 27.351 en 2020 pese a la pandemia del Covid-19¹⁰. Este proceso se inicia con la solicitud de una primera cita (en una comisaría de la policía) en el portal de la

sede electrónica de la Administración Pública de España¹¹. Aquí durante la cita, se toman los datos de la persona solicitante. Le sigue una segunda cita, en donde se realiza una entrevista, se asigna un Número de Identidad del Extranjero (NIE), se toman las huellas y recibe un resguardo que notifica el tiempo de espera de la respuesta de aceptación o no de la solicitud, como también, fecha con permiso para poder trabajar, entre otros datos e información. En este contexto, Sánchez⁸ plantea que estos trámites pudiesen:

[...] generar incertidumbre y temor porque la persona solicitante no sabe si la administración española volverá a concederle o no dichos permisos. En este proceso, puede percibir diferentes obstáculos que se le presentan y le colocan en una situación de indefensión. Cada vez que solicita la renovación de un permiso, reactualiza la inseguridad porque nuevamente se presenta la exigencia de cumplimentar los requisitos, entre otros, contrato de trabajo, pagos al día en la seguridad social, empadronamiento, etc... se le agrega la descortesía del personal administrativo (p.55).

- La búsqueda de vivienda y el empadronamiento: al momento de alquilar una habitación o un piso en España, en el sector inmobiliario por lo general se solicitan avales (nóminas, contrato de trabajo), el NIE, el pago del mes en curso, uno de fianza y uno de la agencia inmobiliaria, entre otros¹². Pudiera entonces, ser difícil conseguir un empadronamiento, pues alguien tendría que alquilar a través de un contrato y permitirle empadronarse en el domicilio. Por otro lado, también es dificultoso obtener un contrato de alquiler, si no cuenta con un contrato de trabajo, o por no poder responder a los requerimientos del mercado inmobiliario⁸.
- La obtención de la cobertura sanitaria: la tarjeta sanitaria, es indispensable tanto para la atención sanitaria como para la cobertura de beneficios (medicamentos, entre otros). Para una persona en condición migratoria irregular, sería complicado, pues para acceder a dicha tarjeta, se exige el Documento Nacional de Identidad (DNI) o la Tarjeta de Identidad de Extranjero (TIE) en vigor, el empadronamiento y el Documento Acreditativo de Derecho a Asistencia Sanitaria (DAD) emitido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)¹³.
- Conseguir ingresos para cubrir necesidades básicas de sobrevivencia: ante el desempleo o subempleo, generalmente las personas contactan con los servicios sociales gubernamentales, organizaciones no gubernamentales (Cáritas, Cruz Roja Internacional) entre otros grupos y redes de ayuda social⁸. En este punto y como consecuencia de la Pandemia por el COVID-19, las llamadas “colas del hambre” constituidas por personas que reciben gratuitamente alimentos básicos¹⁴, siguen presentes a lo largo de España, constituidas por un creciente número de inmigrantes que incluso se han manifestado con pancartas y consignas solicitando “papeles para todos” y “medidas sociales y no policiales”¹⁵.
- Apoyo y sustento familiar en el país de origen: en muchos casos las remesas enviadas al país de origen, se convierten en un sustento para sus familiares, ya que estas cubren las necesidades básicas o gastos relacionados con la salud, vivienda o deudas contraídas. En

este punto, se estima que las remesas enviadas desde España a Venezuela, fueron de 306,7 millones de dólares en 2018; 408,2 millones en 2019; pudiendo alcanzar hasta 450 millones para el 2020 de no haber sucedido la crisis generada por la pandemia del COVID-19¹⁶. No obstante, se espera que la crisis actual redunde en una disminución del flujo de remesas, como consecuencia del incremento del desempleo en los países de destino¹⁷.

- Enfrentarse a los prejuicios ideológicos, religiosos y culturales: el proceso migratorio pudiera llevar a las personas a enfrentarse a situaciones difíciles, generando en los residentes locales “prejuicios ideológicos, actitudes racistas y de rechazo discriminatorio” (p.58)⁸.
- Conseguir la reagrupación familiar: es un proceso que pudiera generar estrés en las familias, por las exigencias legales relacionadas con la vivienda, los ingresos económicos, la regularización de la documentación, entre otros⁸. Lograr establecer vínculos afectivos y sociales que minimicen el sentimiento de soledad, es otra de las fuentes de estrés. El conseguirlo depende no solo del tipo de cultura y sociedad a la que llegue, sino también de las características personales y culturales de cada inmigrante.

El afrontamiento

Durante mucho tiempo prevalecieron los estudios sobre migración desde un enfoque demográfico, sin embargo, son de reciente data las investigaciones con un abordaje desde la perspectiva del inmigrante, su entorno y su capacidad de afrontamiento. El afrontamiento se refiere a la serie de “pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles” (p.83)¹⁸. Consiste, por lo tanto, en un proceso de esfuerzos que conllevan a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales. Se desarrolla mediante estrategias entendidas como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.164)⁶.

Algunos autores hablan de estilos, o recursos, además de estrategias de afrontamiento, entendidas como pautas que explican las diferencias en la adaptación al estrés. También, existen contrastes que se generan en las personas con mayor o menor exposición a los estresores sociales, en donde las estrategias de afrontamiento, implican acciones concretas para modificar las condiciones del estresor (por ejemplo, relajarse, buscar apoyo social, entre otros). Por su parte, los estilos de afrontamiento se constituyen en acciones más generales, basadas en tendencias personales para llevar a cabo una u otra estrategia de afrontamiento y, los recursos de afrontamiento son características personales y sociales en las que se basa la persona para enfrentar a los estresores, como la percepción de control, la auto eficacia, la autoestima y el sentido de optimismo⁷.

En sí, los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento no son conceptos contrapuestos, sino complementarios¹⁹. El primero representa formas estables y consistentes de

afrontar el estrés, mientras que el segundo se refiere a acciones más específicas. Incluso, en marcos teóricos coexiste la perspectiva disposicional que representan los estilos de afrontamiento, con la perspectiva contextual que representan las estrategias de afrontamiento²⁰. “De cualquier forma, la noción de estrategia presenta ventajas con respecto a la de estilo, como su modificabilidad y mayor capacidad predictiva que la han convertido en más atractiva desde la perspectiva de la intervención” (p.30)²¹. Estrategias o estilos, pudiese considerarse irracional disgregar el afrontamiento de la personalidad de quien lo efectúa, como así lo demuestran las investigaciones que vinculan ambos constructos.

En este contexto, los estilos de afrontamiento engloban un conjunto de determinadas estrategias que las personas emplean con frecuencia frente a hechos desfavorables, mientras que las estrategias de afrontamiento están determinadas por el origen del agente estresor y las consecuencias que genera. Además de ser procesos concretos que cambian dependiendo de las condiciones desencadenantes. También, abarcan todo el bagaje cognitivo y los recursos psicológicos que permiten actuar ante una determinada situación, para recuperar el equilibrio²².

En relación a la clasificación de las estrategias de afrontamiento, el modelo de Lázarus y Folkman⁶, se considera un modelo clásico en el estudio de la relación entre el estrés y afrontamiento. Estos autores definieron dos categorías básicas: el afrontamiento centrado en el problema, que comprende estrategias para resolver, revalorar y minimizar los efectos de la situación estresante y, el afrontamiento centrado en la emoción, que conlleva a una preocupación por uno mismo. De lo anterior, surge la importancia de comprender, cuáles son las estrategias de afrontamiento o procesos que desarrollan las personas para hacer frente a cualquiera de las situaciones que pudiesen considerarse adversas, como consecuencia de los posibles factores estresores propios del proceso migratorio (incertidumbre, xenofobia, falta de empleo y vivienda).

Instrumentos de medición del afrontamiento

Las escalas para la medición del afrontamiento se han constituido en herramientas útiles, no solo para estudiar los recursos cognitivos y comportamentales con los que cuenta la persona para afrontar el estrés, sino también, para generar modelos o propuestas de intervención y prevención factibles en el afrontamiento del estrés.

Son varios los instrumentos que permiten la medición del afrontamiento, entre ellos, el cuestionario desarrollado por Lazarus y su equipo en estrecha relación con su modelo de estrés (1984), denominado inventario de modos de afrontamiento (WCI; Ways of Coping Inventory)⁶. Inicialmente, dicho cuestionario fue elaborado con una variedad de estrategias de afrontamiento (cognitivas y conductuales) clasificadas en dos escalas con 66 ítems: las estrategias centradas en la resolución del problema y las centradas en regular el malestar emocional ante la situación problemática. Sin embargo, este se modificó hasta llegar a una versión con 50 ítems, estructurada por ocho dimensiones, denominadas: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, escape - evitación, planificación y reevaluación positiva²³. Aunque, desde el punto de vista teórico y a pesar de las sucesivas modificaciones de la

versión original, su estructura teórica principalmente va dirigida al problema o la emoción. Existen algunos instrumentos derivados de la escala mencionada, entre ellos:

El Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE) de Carver, Scheier y Weintraub (1989)²⁴ como alternativa al WCI. El instrumento está estructurado en 13 sub escalas: afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo social y emocional, supresión de actividades distractoras, religión, interpretación positiva y crecimiento personal, refrenar el afrontamiento, aceptación, centrarse en las emociones y desahogarse, negación, desconexión mental y desconexión conductual, consumo de alcohol o drogas y humor. Este cuestionario dispone de una validación y adaptación española, mediante una evaluación del afrontamiento realizado a estudiantes universitarios²⁵.

Asimismo, el Indicador de Estrategias de Afrontamiento de Amirkhan (1994) y del inglés The Coping Strategy Indicator (CSI)²⁶, es un instrumento compuesto por 72 ítems, nueve ítems para cada una de las ocho escalas primarias: 1) Resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales, encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce. 2) Reestructuración cognitiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante. 3) Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional. 4) Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés. 5) Evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante. 6) Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante. 7) Retirada social: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante. 8) Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpación y autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo. También posee una escala secundaria, que se origina de la agrupación empírica de la primaria y una terciaria que surge de la agrupación empírica de la secundaria. Este inventario tiene una versión española por Cano et al., con 40 ítems y con una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias²⁷.

Otros instrumentos, como el cuestionario de 19 ítems de Billing y Moss (1989)²⁸ evalúa las estrategias en dos dimensiones: las estrategias centradas en el problema versus las centradas en las emociones y las estrategias activas versus la activación; o el Inventario de afrontamiento de situaciones estresantes (del inglés Coping Inventory of Stressful Situations, CISS), los instrumentos citados, representan inventarios de carácter multifuncional²⁹.

Charot y Sandín (1993), también realizaron una versión modificada del WCI, denominada Escala de Estrategias de Coping-Revisado (EECR). El instrumento está compuesto por 9 escalas: 1) Focalización en la situación problema, 2) Autocontrol, 3) Reestructuración cognitiva, 4) Búsqueda de apoyo social, 5) Religión o espiritualidad, 6) Búsqueda de apoyo profesional, 7) Autofocalización negativa, 8) Expresión emocional abierta y 9) Evitación³⁰.

Por su parte, en el cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento de Fernández Abascal (1997), se definen 18 estrategias: reevaluación positiva, reacción represiva, negación,

planificación, conformismo, desconexión cognitiva, desarrollo personal, control emocional, distanciamiento, supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento, evitar el afrontamiento, resolver el problema, apoyo social al problema, desconexión comportamental, expresión emocional, apoyo social emocional y respuesta paliativa³¹.

En el ámbito español, algunos instrumentos se han elaborado o adaptado para evaluar las estrategias de afrontamiento, sin embargo, han presentado ciertas limitaciones referidas a los niveles de validez, al número limitado de las muestras y los ítems en general. Por tanto, estos aspectos, siguen haciendo necesario el diseño, adaptación y validación de los mismos³².

Algunos estudios recientes relacionados con el tema en cuestión

Matute y Nágera, en el 2020 realizaron un trabajo titulado: *Estrategias de afrontamiento ante el estrés de los inmigrantes venezolanos radicados en la ciudad de Cuenca-Ecuador en el año 2020*. El objetivo fue exponer las estrategias de afrontamiento ante el estrés causado por el proceso migratorio. La metodología se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con una muestra de 92 personas y la aplicación de un cuestionario de afrontamiento frente al estrés. Los resultados obtenidos indican que la estrategia de afrontamiento más utilizada, fue la focalización en la solución de problemas, seguida de reevaluación positiva. Respecto a las dimensiones generales, existe una tendencia al uso de estrategias racionales, reflejado en el uso de la construcción de perspectivas positivas hacia su realidad actual³³.

En un estudio realizado por Gil en el año 2018 sobre las *Estrategias de afrontamiento en población adulta venezolana en la ciudad de Cúcuta*, se planteó como objetivo, identificar los estilos de afrontamientos utilizados en dicha población. La metodología consistió en la implementación del cuestionario de Estimación de Afrontamiento, con 52 ítems y 4 opciones de respuesta estilo Likert a 70 personas. Los resultados demostraron que los estilos de afrontamiento orientados a la emoción, se presentan con más frecuencia en mujeres que en hombres. También se encontró que, según más estrato tenga la persona, menor es el estilo de afrontamiento en la sub-escala de desenganche mental³⁴.

Asimismo, Paredes y Quishpe en su trabajo sobre *Resiliencia y estrategias de afrontamiento en inmigrantes venezolanos*, en la ciudad de Quito-Ecuador, se plantearon como objetivo, relacionar el nivel de resiliencia y las estrategias de afrontamiento. La metodología se basó en un enfoque cuantitativo, de alcance correlacional y diseño no experimental para una muestra de 125 inmigrantes. Los instrumentos aplicados fueron: una encuesta sociodemográfica, la Escala de estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) y la Versión española de la Escala de Resiliencia de Connor - Davidson (CD-RISC 10). Los resultados revelaron que más de la mitad de la población presentó un nivel de resiliencia alto y la estrategia de afrontamiento más utilizada fue la reevaluación positiva, seguida por la solución de problemas y la evitación emocional³⁵.

También, Urzúa, Basabe, Pizarro y Ferrer, en su investigación *Afrontamiento del estrés por aculturación: inmigrantes latinos en Chile*, se plantearon como objetivo, explorar las diferencias y similitudes en el estrés de aculturación y su afrontamiento en los dos colectivos de inmigrantes. La

metodología consistió en la entrevista a 853 inmigrantes colombianos y peruanos. El instrumento utilizado fue la aplicación de la Escala de Estrés por Aculturación. Esta escala evalúa los niveles de estrés percibido (grado de malestar o incomodidad) en 24 ítems, agrupados en 6 dimensiones: 1) Discriminación y rechazo percibido de los autóctonos por el hecho de ser inmigrantes. 2) diferencias con el exogrupo. 3) Problemas de ciudadanía y legalidad. 4) Problemas en las relaciones sociales con otros/as inmigrantes. 5) Distancia del origen y, 6) Ruptura familiar. Con un formato de respuesta entre 0 (no he tenido este problema) hasta 5 (me ha afectado mucho). Los resultados arrojaron que la distancia y añoranza familiar son la principal fuente de estrés, siendo mayor entre los colombianos, quienes usan más la movilidad individual, la distracción y las comparaciones sociales, mientras los peruanos internalizan más el estigma del inmigrante³⁶.

Actualmente, algunos instrumentos para la medición del afrontamiento, no solo permiten la comprensión de los recursos cognitivos y comportamentales de una persona para afrontar el estrés, sino que también son utilizados como modelos o propuestas de intervención y prevención factibles en el afrontamiento de las diversas situaciones generadas por la experiencia migratoria.

— NOTA FINAL

El marco conceptual inherente al estrés y el proceso migratorio son de relevancia al momento de ahondar en las estrategias de afrontamiento de las migrantes venezolanas en España. En este sentido, la implementación de instrumentos de evaluación de dichas estrategias, permitiría abordar el fenómeno, empero se hace necesario también, la complementariedad de procedimientos cualitativos que permitan profundizar en la comprensión del significado individual de la situación.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística de España. Demografía y Población. Población extranjera por nacionalidad, sexo y año. [Internet]. 2021 [citado 20 febrero 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/dyns/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984
2. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Glosario sobre migración. [Internet]. 2021 [citado 18 enero 2021]. Disponible en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf
3. La Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR). Situación en Venezuela. [Internet]. 2021 [citado 20 enero 2021]. Disponible en: <https://www.acnur.org/situacion-en-venezuela.html>
4. Centurion JC, Wanglon G, Mazzoleni M, Pinto E, Neiva L, Torres V. Stress and Cognitive Reserve as independent factors of neuropsychological performance in healthy elderly. *Ciênc. saúde colet* [Internet]. 2016 [citado 17 noviembre 2020]; 21(11):3499-3508. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.17452015>

5. Lazarus RS. Stress and emotion: a new synthesis. New York: Springer; 1999.
6. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
7. Sandín B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2003; 3(1):141-157.
8. Sánchez A. Programa de apoyo psicológico a inmigrantes: estudio de casos. [Internet]. [Tesis doctoral]. Universidad del País Vasco, Facultad de Psicología, España; 2015 [citado 22 enero 2021]. Disponible en: <https://addi.ehu.es/handle/10810/17580>
9. Gobierno de España. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Secretaría de Estado de Migraciones. Portal de Inmigración. [Internet]. 2016 [citado 12 marzo 2021]. Disponible en:
<https://extranjeros.inclusion.gob.es/es/informacioninteres/informacionprocedimientos/ciudadanosno-comunitarios/hoja038/index.html>
10. Gobierno de España. Ministerio del Interior. Servicios al ciudadano. Datos e información estadística. [Internet]. 2021 [citado 10 abril 2021]. Disponible en: <http://www.interior.gob.es/web/servicios-al-ciudadano/oficina-de-asilo-y-refugio/datos-e-informacion-estadistica>
11. Gobierno de España. Sede Electrónica Administraciones Públicas. [Internet]. 2021 [citado 28 abril 2021]. Disponible en: <https://sede.administracionespublicas.gob.es/icpplus/index.html>
12. Idealista/news. Las 6 claves del propietario para alquilar su vivienda con seguridad. [Internet]. 2012 [citado 2 abril 2021]. Disponible en: <https://www.idealista.com/news/inmobiliario/vivienda/2012/10/08/523313-las-6-claves-del-propietario-para-alquilar-su-vivienda-con-seguridad>
13. Tarjeta Sanitaria. Quién puede acceder a la asistencia sanitaria pública en la Comunidad de Madrid. [Internet]. s.f [citado 2 abril 2021]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/tarjeta-sanitaria>
14. Martínez G. Las colas del hambre continúan en las calles de España un año después del inicio de la pandemia. [Internet]. 2021 [citado 14 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.publico.es/sociedad/colas-hambre-covid-colas-hambre-continuan-calles-espana-ano-despues-inicio-pandemia.html>
15. 20 minutos. Los manifestantes de las “colas del hambre” exigen “papeles para todos” y “medidas sociales y no policiales” [Internet]. 2020 [citado 16 enero 2021]. Disponible en: <https://www.msn.com/es-es/noticias/espana/las-colas-del-hambre-se-manifiestan-este-jueves-en-cibeles-para-reclamar-un-plan-urgente-de-emergencia-social/ar-BB16w780?ocid=hplocalnews>
16. Blasco E. ABC Internacional. Las remesas de España a Venezuela fueron de casi 400 millones

de euros. [Internet]. 2020 [citado 16 enero 2021]. Disponible en: https://www.abc.es/internacional/abci-remesas-espana-venezuela-fueron-casi-400-millones-euros-2019-202005200214_noticia.html

17. Comisión para América Latina y el Caribe (CEPAL). Informes COVID 19. Los efectos del COVID 19: una oportunidad para reafirmar la centralidad de los derechos humanos de las personas migrantes en el desarrollo sostenible. [Internet]. 2020 [citado 16 enero 2021]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46353/4/S2000618_es.pdf

18. Stone H, Schneider M. Coping with stressful events. Coping dimensions and issues. En: Cohen LH (ed.). Life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues. Newbury Park: Sage; 1998.

19. Pelechano V. Psicología sistemática de la personalidad. Barcelona: Ariel; 2000.

20. Moos RH, Holahan CJ. Dispositional and contextual perspectives on coping: toward an integrative framework. *J Clin Psychol.* 2003; 59:1387-403.

21. Cano FJ, Rodríguez L, García J. Adaptación Española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2007 [citado 7 marzo 2021]; 35(1):29-39. Disponible en: https://fjcano.info/images/test/CSI_art_esp.pdf

22. Fernández EG. Estilos y estrategias de afrontamiento. En: Fernández EG, Palmero F, Chóliz M, Martínez F. Cuaderno de prácticas de motivación y emoción. Madrid: Psicología Pirámide; 1997.

23. Olmedo E, Ibáñez I, Hernández L. Validación estructural del Ways of Coping Questionnaire de Lazarus y Folkman: un análisis factorial restrictivo. *Ansiedad y Estrés.* 2001; 7(1):15-28.

24. Carver C, Scheier M, Weintraub J. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology.* 1989; 56(2):267-83.

25. Crespo M, Cruzado JA. La evaluación del afrontamiento. Adaptación española del cuestionario COPE, una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta.* 1997; 23(92):797-830.

26. Tobin DL, Holroyd KA, Reynolds RV, Kigal JK. The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognit Ther Res.* 1989; 13:343-61.

27. Cano GF, Rodríguez FL, García MJ. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría.* 2007; 35(1):29-39.

28. Billing AC, Moos RH. The Role of Coping Response in Attenuating the Impact of Stressful Life Events. *Journal Of Behavioral Medicine.* 1989; 4:139-159.

29. Endler NS, Parker JDA. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Pers Soc Psychol.* 1990; 58:844-54.

30. Chorot P, Sandín B. Escala de Estrategias de Coping Revisado (EEC-R). Madrid: UNED; 1993.
31. Fernández E, Palmero F. Emociones y salud. Barcelona: Ariel Psicología; 1999.
32. Nava C, Ollua P, Vega C, Soria R. Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*. [Internet]. 2010 [citado 13 marzo 2021]; 20(2):213-220. Disponible: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/604/1048>
33. Matute A, Nágera M. Estrategias de afrontamiento ante el estrés de los inmigrantes venezolanos radicados en la ciudad de Cuenca en el año 2020. [Internet]. [Trabajo de grado]. Universidad de Cuenca, Facultad de Psicología, Ecuador; 2020 [citado 22 febrero 2021]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/34852>
34. Gil C. Estrategias de afrontamiento en población adulta venezolana en la ciudad de Cúcuta. [Internet]. [Trabajo de pregrado]. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Caracas, Venezuela; 2019 [citado 12 marzo 2021]. Disponible en: <https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/3477?show=full>
35. Paredes M, Qhishpe S. Resiliencia y estrategias de afrontamiento en inmigrantes venezolanos. Ecuador: Repositorio Digital de la Universidad Central de Ecuador. [Internet]. [Trabajo de grado]. Universidad Central del Ecuador, Facultad de Psicología Clínica, Quito; 2019 [citado 15 marzo 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/19143>
36. Urzúa A, Basabe N, Pizarro JJ, Ferrer R. Afrontamiento del estrés por aculturación: inmigrantes latinos en Chile. *Universitas Psychologica*. [Internet]. 2017 [citado 13 marzo 2021]; 16(5):1-13. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/19969>



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN
8

Número 2 (2021)

Recibido: 10/05/21 Aceptado: 15/06/21

REVISIÓN

Covid-19 y trabajadoras de salud en Venezuela desde el enfoque de género

Covid-19 and women health workers in Venezuela from a gender approach

Gustavo Alcántara (Dr.)

Politólogo-Abogado, Magíster en Ciencias Políticas, Doctor en Ciencias Humanas. Profesor Titular de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Correo: supergalcantara@gmail.com

ORCID: 0000-0002-4744-2418

RESUMEN

El propósito del presente artículo es analizar algunas repercusiones en mujeres en general y, particularmente, mujeres trabajadoras del sector salud en Venezuela a raíz de la pandemia por Covid-19, desde una perspectiva sociopolítica del enfoque de género. La investigación fue de tipo analítica y documental. El concepto de género se entiende como las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres creadas y reproducidas en y por la sociedad, a través de las interacciones sociales que continuamente van construyendo la cotidianidad y moldeando las diversas instituciones sociales que, a su vez, estructuran y constriñen la acción social del individuo o el grupo determinado. Se observó que muchos de los avances conseguidos en el mundo y en Venezuela, en materia de protección y bienestar de las mujeres, se han visto quebrantados por el coronavirus. En conclusión, la pandemia ha creado un contexto que agudiza las vulnerabilidades de las mujeres en general, pues los riesgos van más allá de enfermar o morir por Covid-19. Son más vulnerables las trabajadoras sanitarias porque el sector salud está feminizado. Es la sociedad con sus complejos entramados la que se ha encargado de estructurar instituciones que colocan a las mujeres en situaciones que demandan mayores responsabilidades en tiempos de pandemia. Los derechos de la mujer y las políticas públicas que como país seamos capaces de crear e implementar para protegerlas en medio de la pandemia, son la base para superar la crisis y edificar una mejor sociedad.

Palabras clave: Covid-19, género, mujeres, trabajadoras de la salud, Venezuela.

ABSTRACT

The purpose of this article is to analyze some repercussions on women in general and, particularly, health workers in Venezuela as a result of the Covid-19 pandemic, from a socio-political perspective of the gender approach. The research was analytical and documentary. The concept of gender is understood as the differences and inequalities between men and women created and reproduced in and by society, through social interactions that continually build daily life and shape the various social institutions that, in turn, structure and they constrain the social action of the individual or the given group. It is postulated that many of the advances that have been made in the world and in Venezuela in terms of protection and well-being of women have been cracked by the coronavirus. In conclusion, the pandemic has created a context that exacerbates the vulnerabilities of women in general, as the risks go beyond becoming ill or dying from Covid-19. Health workers are more vulnerable because the health sector is feminized. It is society with its complex frameworks that has been in charge of structuring institutions that place women in situations that demand greater responsibilities in times of pandemic. The rights of women and the public policies that as a country we are capable of creating and implementing to protect them in the midst of the pandemic, are the basis for overcoming the crisis and building a better society.

Key words: Covid-19, gender, women, health workers, Venezuela.

— INTRODUCCIÓN

El propósito del presente artículo es evidenciar algunas de las repercusiones de la covid-19 en mujeres, particularmente las trabajadoras de la salud, utilizando el enfoque de género desde una perspectiva sociopolítica.

En tal sentido, a la pregunta de si existen diferencias entre mujeres y hombres, la respuesta obvia sería que sí. Desde el punto de vista biológico, la diferencia más evidente es el sexo. Sin embargo, en las ciencias sociales, el concepto de género se refiere a las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres creadas y reproducidas en y por la sociedad, a través de las interacciones sociales que continuamente van construyendo la cotidianidad y moldeando las diversas instituciones sociales que, a su vez, estructuran y constriñen la acción social del individuo o el grupo determinado. Surge así, el denominado enfoque de género, que es una herramienta teórica y metodológica para abordar estos fenómenos.

Es un hecho que, dependiendo de la situación, condición o problema de salud particular que se analice, se presenten distintas tasas de incidencia o prevalencia dependiendo del género. Con respecto a la violencia, por ejemplo, las muertes por armas de fuego, ya se trate de suicidio u homicidio, son más características de los hombres que de las mujeres¹; mientras que en crímenes violentos, las mujeres tienden a ser, con mucha mayor frecuencia que los hombres, víctimas de personas con quienes están relacionadas íntimamente.

De manera que, en el ámbito del proceso salud-enfermedad, son muchas las desigualdades en el acceso a bienes y servicios de salud para las mujeres que desde el enfoque de género pueden apreciarse. Son diversos los fenómenos sociales que impactan de manera negativa la salud de la población femenina y las somete a situaciones de mayor vulnerabilidad y riesgo en relación con la población masculina. Específicamente, los brotes de enfermedades afectan a las mujeres y los hombres de manera diferente y, las pandemias, avivan las inequidades existentes entre las mujeres y las niñas.

Adicionalmente, cabe destacar que el género interactúa, es interdependiente y se relaciona con otros ejes, variables y determinantes de la salud. En el caso venezolano, es fundamental acotar que la pandemia de Covid-19 irrumpió en medio de una crisis humanitaria compleja² que ha comprometido seriamente el desarrollo humano³ de la población a través de sus indicadores fundamentales: vida larga y saludable, ingreso económico y educación⁴.

Del mismo modo, resulta pertinente señalar que el acceso y control de ciertos y determinados recursos por parte de la población femenina, incide en la situación de salud de dicho grupo. Además, es un hecho que las personas desempeñan diversos roles en distintas etapas de su vida, cuya característica depende del contexto, entendiendo por roles las diversas expectativas que la sociedad tiene de las personas en una situación, relación o interacción determinada.

En tal sentido, es revelador analizar la situación de las mujeres ante la covid-19 en general y, de manera particular, de un grupo específico como lo son las mujeres que conforman el equipo de salud en Venezuela, bien sea del área de la enfermería, la medicina u otras profesiones y oficios del sector sanitario.

Desde el punto de vista general, el análisis desarrollado en el presente trabajo tomó como herramienta las cinco características del género señaladas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹, la cual apunta que se trata de un fenómeno relacional, jerárquico, cambiante, contextualmente específico e institucionalmente estructurado. De manera específica, la clasificación de recursos que hace la OPS y el acceso y control con respecto a los mismos, conjuntamente con el concepto de roles, permitirá abordar el caso de las mujeres profesionales de la salud ante la pandemia producida por el SARS-Cov-2.

— DESARROLLO

1. Las características del género y la pandemia

En primer lugar, el género se caracteriza por ser relacional, pues se refiere a mujeres o a hombres en conjunto y no de manera aislada, teniendo en cuenta las relaciones que se construyen socialmente entre unas y otros, en la familia, en el trabajo, en la escuela, en la universidad, con los grupos de amigos, entre otros, mediante los medios de comunicación y redes sociales. Por tratarse de una identidad social relacional, en el género “se expresa de manera fundamental la interacción entre los hombres y las mujeres de una sociedad”⁵.

En este orden de ideas, una de las medidas para hacer frente a la pandemia, como lo es el confinamiento, paradójicamente ha traído repercusiones desde el punto de vista de las relaciones entre hombres y mujeres en el hogar. Como lo expresa la Directora Ejecutiva de la Organización de Naciones Unidas (ONU) Mujeres, esta medida de salud pública conlleva otro peligro mortal pues “aumenta otra pandemia en la sombra: la violencia contra las mujeres”⁶.

En tal sentido, Cousins⁷ advierte que como resultado indirecto del encierro provocado por Covid-19, para finales del 2020, medio millón de niñas en todo el mundo se habrían visto obligadas a contraer matrimonio y un millón más de niñas quedarían embarazadas.

Por otra parte, el género es jerárquico porque las diferencias que establece entre mujeres y hombres, en muchos casos, carecen de neutralidad e imparcialidad y tienden a atribuir mayor importancia y valor a las características y actividades asociadas con lo masculino y a producir relaciones desiguales de poder. Según la ONU, para el 10 de marzo de 2021 tan solo un “6% de países tienen a una mujer como jefe de Estado y apenas un 7% presidiendo un Gobierno. De 193 países, solo 22 mujeres ocupan una de esas dos funciones... Por regiones, Europa es la que más mujeres tiene en altos cargos”⁸.

¿Tiene esto algún impacto en la salud mundial? Por supuesto que sí. La propia ONU destaca que “Liderazgo, firmeza, elocuencia y empatía por los más vulnerables están entre las características de presidentas y primeras ministras que se han enfrentado con todo su ingenio al COVID-19 para proteger a su población”⁹.

Del mismo modo, el género se caracteriza por ser cambiante a través del tiempo, porque los roles y las relaciones se modifican a lo largo de los años y, por ende, son susceptibles a cambios por medio de intervenciones. Como todo hecho social, las relaciones de género son dinámicas. En tal sentido, desde hace varias décadas la mujer se ha venido incorporando al mercado de trabajo. Esto ha desencadenado ciertos riesgos para la salud de las madres, quienes en muchos casos deben encargarse del bienestar de todo el núcleo familiar, por lo que a menudo no cuenta con suficiente tiempo para ocuparse de su propia salud. De hecho, “casi uno de cada tres hogares latinoamericanos es liderado por una mujer”¹⁰, lo que no necesariamente significa que se trata de un hogar pobre, con bajo nivel educativo y sin cónyuge presente.

Adicionalmente, el salario medio de una mujer latinoamericana es, en promedio, un 11% más bajo que el de un hombre. Esta disparidad se incrementa hasta un 22% al comparar trabajadores con características similares, agregando que en promedio, para las áreas urbanas de América Latina, el salario medio de una mujer es un 89% del correspondiente a un hombre¹⁰.

Con respecto a la Covid-19, solo en los Estados Unidos, alrededor de 11 millones de puestos de trabajo ocupados por mujeres desaparecieron entre febrero y mayo del 2020, siendo las mujeres que son madres o cuidan de alguna persona, las más perjudicadas, pues han reducido sus horas de trabajo de cuatro a cinco veces más que los padres, porque han tenido que hacerse cargo del cuidado de la casa, los hijos y la educación en línea. Esto ha desencadenado lo que pudiera denominarse como la primera gran recesión femenina en la principal potencia mundial¹¹.

Por otra parte, el género también se caracteriza porque es institucionalmente estructurado, pues se refiere no solo a las relaciones entre mujeres y hombres a nivel personal y privado, sino a un sistema social que se apoya en valores, legislación, religión, entre otros aspectos. Por ejemplo, las principales religiones seculares están dominadas por hombres: cristianismo, islam, hinduismo, judaísmo. Esto puede desencadenar una cultura discriminatoria hacia las mujeres.

Además, el género es contextualmente específico, porque existen variaciones en las relaciones de género de acuerdo a etnia, clase social, ubicación geográfica (rural o urbana), cultura, entre otras variables, que acentúan la importancia de utilizar en el análisis de género la perspectiva de la diversidad cultural. En este orden de ideas y con relación a la pandemia, la incidencia de la Covid-19 en zonas urbanas de países desarrollados fue más elevada, como lo demuestra el caso de la Ciudad de Nueva York. A excepción de China, donde la economía creció, la economía mundial se contrajo y aumentó la pobreza como consecuencia del coronavirus. Ser pobre y además mujer es una condición que compromete seriamente la salud.

Por lo tanto, si se agrega como variable que la mujer desempeñe una profesión u ocupación en el área de la salud en el contexto de la pandemia de Covid-19, la vulnerabilidad será mayor.

2. Las mujeres profesionales del equipo de salud en Venezuela y la pandemia

El proceso salud-enfermedad está relacionado con la producción de una serie de bienes, servicios y valores muy preciados en cualquier sociedad contemporánea, los cuales son susceptibles de apropiación por parte de la población, pero dependen en gran medida de su asignación desde el Estado y los grupos de poder. Mientras tanto, en un contexto en el que la vida y la salud son reconocidas como derechos humanos y sociales, su distribución genera conflictos de no ser equitativa¹².

Para alcanzar o poseer esos bienes, servicios y valores conducentes a la satisfacción de necesidades relacionadas con la posibilidad de tener una vida larga y saludable, la población depende de una serie de medios, de diversas clases. A esos medios se les denomina recursos.

En el esquema de análisis propuesto por la OPS¹, se establece una tipología de recursos útiles para visualizar la situación de salud de un determinado grupo social, teniendo en cuenta el concepto de género. Tales recursos pueden ser: materiales o económicos, políticos, de información o educación, de tiempo y psicológicos.

Adicionalmente, resulta útil para el marco de análisis el concepto de rol. Según Giddens y Sutton “los roles son las expectativas socialmente definidas que tiene una persona de determinado estatus o posición social”¹³. Por ejemplo, ser enfermera conlleva ocupar una posición específica, consistiendo el rol enfermero en una manera determinada de actuar en la interacción social con los pacientes, los usuarios de un servicio de salud, el personal médico o la comunidad en general.

En tal sentido, dependiendo del contexto, una persona representará un rol específico o varios a la vez, pues las interacciones sociales conllevan roles múltiples. Ser mujer, conlleva un rol, al igual que ser hombre.

Con respecto a los roles múltiples, una persona puede representar el papel de mujer y madre al mismo tiempo, además de cumplir con una función de índole profesional, como lo es el de enfermera. En el primer caso, ser madre califica como rol reproductivo, que consiste en el cuidado y crianza de los hijos y el resguardo del hogar; mientras que ser profesional de enfermería implica un rol productivo, pues genera una contraprestación económica por un trabajo o servicio prestado.

Además, esa mujer, enfermera y madre pudiera ser soltera, docente universitaria y estudiante de posgrado, lo que sumaría a su vida social los roles de profesora y estudiante, obligándola a desempeñar al unísono el rol reproductivo y productivo en una familia compuesta por madre e hijos. Si a esa familia se le suman los abuelos pertenecientes a la tercera edad, éstos

tendrían que estar también a cargo de esta mujer que asumiría el rol de cuidadora de adultos mayores. Este caso es válido para mujeres que sean médicos, camareras o de cualquier otra profesión u ocupación en la que tenga que atenderse o entrar en contacto con pacientes de Covid-19. En esto consisten los roles múltiples y sus implicaciones para la salud individual y del grupo en particular en tiempos de pandemia.

De manera que, se dispone de una serie de herramientas para analizar la situación de las mujeres profesionales de la salud frente a la pandemia de Covid-19 en Venezuela. En este orden de ideas, cabe enfatizar antes que, inmerso en el ojo del huracán de la pandemia global, enfermería constituye el 59% del personal sanitario en el mundo, siendo el 90% mujeres¹⁴. Además, en un informe que tomó en cuenta 17 países de América Latina, entre los que figuró Venezuela, la proporción de mujeres en el sector salud fue de 73,2%, según datos tomados entre 2014 y 2019. Estas cifras dejan clara la feminización laboral en el sector salud¹⁵.

Iniciando con los recursos materiales o económicos, es menester señalar el profundo deterioro del poder adquisitivo de las profesionales de la salud del sector público en el país. Para el año 2011, según un artículo publicado en el portal Prodavinci¹⁶, una enfermera recién graduada de licenciada ganaba el equivalente a 283,54 dólares estadounidenses, en tanto que una licenciada posgraduada y con seis o más años de experiencia, que sería el escalafón más alto, ganaba entre 304,76 y 609,52 dólares. Pero, ya en agosto de 2018, las licenciadas en enfermería con mayor jerarquía apenas percibían el equivalente a 1,04 dólares mensuales; 0,47 centavos de dólar el escalafón más bajo. Para abril de 2020, recién decretada la cuarentena obligatoria por el coronavirus desde el ejecutivo nacional, el sueldo más elevado que podía percibir una enfermera era tan solo de 6,02 dólares. Para el gremio médico, la situación no es distinta en los centros públicos de salud, en vista de que entre los años 2014 y 2021 sus sueldos cayeron 98,15%, generando que para el 2021 un especialista gane apenas entre 2,32 y 3,96 dólares al mes¹⁷.

Cabe puntualizar además, que las condiciones del trabajo de enfermería han cambiado sus características en el marco de la emergencia humanitaria compleja que padece Venezuela, con su consecuente diáspora. La estampida de los profesionales de la salud conllevó que ya para 2018 “en Venezuela había 1 enfermera por cada 1062 habitantes. El déficit de personal era de 76,46%. Se necesitaban 88.348 enfermeras adicionales para alcanzar el estándar planteado por la OMS. Venezuela contaba con 27.200 enfermeras y debió tener 115.548”¹⁶. La sobrecarga laboral y todos sus efectos colaterales estarían a la orden del día asfixiando al escaso personal de enfermería que aún se desempeña en las instituciones públicas de salud.

Por otra parte, una de las estrategias esenciales para hacer frente a la pandemia es el lavado de manos, por lo que el agua es un recurso básico para la higiene. Sin embargo, el equipo de salud en general atraviesa serias dificultades para acceder a este preciado bien, pues para el año 2019, al menos 78% de los hospitales en Venezuela reportaron fallas con el suministro del vital líquido. La mayoría (70%) tuvo intermitencia del servicio, 20% no tuvo agua en ningún momento y apenas el 9% reportó suministro de manera continua¹⁸.

Otro recurso material económico de difícil acceso para la gran mayoría de los venezolanos ha sido la gasolina y el transporte público. Incluso, antes de las medidas de cuarentena radical o flexible emanadas desde el gobierno, el suministro de gasolina y diesel ha sido escaso o restringido, con el agravante que los bancos están cerrados la mayor parte del tiempo y el dinero en efectivo es insuficiente. El personal de enfermería y todo el equipo de salud tienen que asistir a sus guardias en medio de las vicisitudes para conseguir transporte y pagar pasaje.

En lo referente a los recursos políticos, los gremios de la salud, como grupos de presión, han elevado su voz de protesta ante la precariedad de las condiciones de trabajo y los riesgos de enfermar y morir por Covid-19. Para abril de 2021, se efectuó ante la sede del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Caracas, una protesta de médicos y enfermeras exigiendo vacunas contra la Covid-19¹⁹. Al respecto, la Organización No Gubernamental (ONG) Médicos Unidos Venezuela manejaba para la segunda semana de mayo de 2021 la cifra de 566 trabajadores sanitarios fallecidos, en un país de 30 millones de habitantes, lo que representa la mortalidad más alta en las Américas²⁰.

Es un hecho que las vacunas contra la Covid-19 son esenciales para proteger a todo el equipo de salud que está en la primera línea de lucha contra la pandemia. Sin embargo, se afirma que Venezuela no cuenta con un plan nacional de vacunación anti Covid-19 y el suministro de las mismas es insuficiente, carente de planificación y esporádico para vacunar 15 millones de personas o el 70% de la población adulta del país²¹.

Del mismo modo, durante la celebración del Día Internacional de Enfermería el 12 de mayo de 2021, en Venezuela, el gremio de dicha profesión realizó concentraciones de protestas en 15 estados del país. La presidenta del Colegio de Enfermeros en Caracas denunció que de “los más de 500 trabajadores de la salud que han fallecido como consecuencia de la pandemia, 111 son personal de enfermería”²². Adicionalmente, alrededor del 75% de los enfermeros se vieron en la necesidad de abandonar sus labores debido a las condiciones de trabajo y empujados por los bajos salarios.

En cuanto a los recursos psicológicos, la salud psicosocial de los trabajadores sanitarios se ve seriamente comprometida. En una investigación que se planteó evaluar los efectos de la pandemia por COVID-19 en el bienestar mental del personal de salud del estado Mérida-Venezuela, se observó que los cargos de médico residente y enfermera fueron los que presentaron incrementos notables en las variables emocionales estudiadas, concluyendo que como consecuencia de la pandemia, se han incrementado las exigencias para la práctica profesional, resultando en mayores índices de estrés, ansiedad y depresión en el personal sanitario encargado de enfrentarla²³.

Al respecto, Espín-Arguello²⁴ advierte la necesidad perentoria de implementar políticas que promuevan el bienestar psicológico, en vista de que las mujeres, las enfermeras y demás trabajadores de primera línea frente a la Covid-19 requieren asistencia especial para aminorar la gran presión que están experimentando. Si se tiene en cuenta que los individuos con alta

autoestima “son menos susceptibles a los problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión, y a una variedad de enfermedades físicas, que los que tienen menor autoestima”²⁵, la resiliencia sería uno de los pocos recursos psicológicos con los que contaría el personal de salud y la población en general en el país.

En tal sentido, los profesionales de la salud han contado históricamente con un estatus muy valorado dentro de la sociedad, gracias al prestigio y capacidad de influencia que les da su educación y posición social²⁶, y poseen una formación ética útil para reforzar valores que permitan sobrellevar las presiones de afrontar la pandemia y sus diversas amenazas. No en vano, los sanitarios de primera línea ante la Covid-19 han sido reconocidos en todo el mundo como “héroes de la salud”, lo que junto a bonificaciones especiales por su trabajo, pudieran reforzar la autoestima y el bienestar psicológico.

Entre los valores que son parte de la formación ética en salud resaltan la solidaridad, la beneficencia y no maleficencia, la dignidad humana y el derecho a la vida. Destacan particularmente en enfermería, el trato cálido, respetuoso, empático y confidencial, la generosidad y el altruismo. Aquí residen las capacidades internas para potenciar la resiliencia y el manejo positivo de la inteligencia emocional, en aras de reforzar y multiplicar modos de actuar virtuosos, teniendo en cuenta que la acción es social²⁷ cuando el individuo o grupo tiene en cuenta el comportamiento de otro u otros y orienta el desarrollo de su propia acción en virtud del significado subjetivo que le asigna.

Sin embargo, la crisis venezolana ha desembocado en una sociedad anómica que excede con creces el ámbito laboral y pandémico, por lo que una elevada autoestima construida en base a valores y ética profesional sería un recurso limitado y contingente, útil en el corto plazo, pero, difícilmente sostenible en el tiempo.

De cualquier modo, el apoyo constante y monitoreo de síntomas de trastornos psicológicos en el personal sanitario por parte de especialistas, es una necesidad que debe atenderse y reforzarse en tiempos de crisis.

Por otra parte, en relación a los recursos de información y educación, llama la atención que en el transcurso de la pandemia y luego de las medidas de confinamiento y distanciamiento social, los datos de los repositorios de acceso abierto para las ciencias sociales más grandes del mundo han sugerido que las mujeres científicas han estado enviando menos manuscritos que sus homólogos masculinos en los Estados Unidos²⁸. Esto ha sido corroborado en investigaciones que han obtenido datos que evidencian un efecto relacionado con el confinamiento por COVID-19 en la capacidad de las mujeres para publicar en los campos de neuroinmunología y psiquiatría de la editorial Elsevier, sugiriendo que “existe una desventaja para las mujeres en este momento que podría dañar sus carreras en el futuro”²⁹.

En este orden de ideas, cabe destacar que un reporte del Fondo de las Naciones Unidas para la Educación y la Ciencia (UNESCO)³⁰, enfatizó que en 2019, Venezuela era el país

latinoamericano con el mayor porcentaje de científicas como porcentaje del total de investigadores, con el 61,4%, por lo que es materia de interés profundizar cómo las medidas contra la Covid-19 han impactado la producción científica de las mujeres venezolanas.

En lo atinente al acceso a información, se ha denunciado que existe subregistro en las cifras de Covid-19 en Venezuela³¹, estableciéndose como estrategia gubernamental incluso la manipulación de las cifras. Según denuncia del médico y exministro de salud de Venezuela, Carlos Walter “si solo se atienden los casos más graves es evidente que el total de casos en Venezuela sería hasta 8 veces mayor de lo que reconocen las cifras oficiales, porque el Gobierno ni siquiera dice cuántas pruebas hace diariamente”³². Esta falta de transparencia y desinformación genera zozobra en el equipo de salud, pues se dificulta la implementación de políticas protectoras de la población más vulnerable a la Covid-19, entre los cuales se tiene que incluir a las mujeres que forman parte de la primera línea contra el virus SARS-Cov-2.

— CONCLUSIÓN

La pandemia ha creado un contexto que agudiza las vulnerabilidades de las mujeres en general, pues los riesgos van más allá del hecho de enfermar o morir por Covid-19.

El confinamiento elevó los casos de violencia doméstica a nivel mundial y empeoró las condiciones económicas femeninas, pues muchos puestos de trabajo ocupados por ellas, desaparecieron. Esto supone una mayor carga para mujeres que son cabeza de hogar, pues además tienen que multiplicar su responsabilidad en casa con más horas de enseñanza a sus hijos con un sistema de educación a distancia improvisado, en un país como Venezuela que sufre una emergencia humanitaria compleja, con plataformas de internet precarias e inaccesibles para el presupuesto promedio y obsolescencia de dispositivos.

Muchos de los avances que en materia de protección a las mujeres se habían conseguido desde el punto de vista político y social se han visto quebrantados con la pandemia. La economía se tambalea y con ella la sociedad y sus instituciones. La familia demanda más labores y tareas que recaen en mujeres que ahora tendrán menos tiempo para ocuparse de su salud, menos ingresos económicos para mantener sus hogares y, si son trabajadoras del sector salud, más presión laboral.

Las trabajadoras de la salud tienen que afrontar además una sobrecarga laboral, que ya existía antes de la pandemia por la diáspora venezolana, pero que ahora escala a niveles inmanejables, que obliga incluso a protestar por vacunas para todo un personal de salud que detenta el triste record de mayor mortalidad en Latinoamérica por Covid-19. Y son más vulnerables las mujeres, porque el sector salud está feminizado, lo cual no es coincidencia, sino un hecho social, pues profesiones como la enfermería históricamente se asocian con las mejores cualidades femeninas en el arte y ciencia del cuidado humano.

De manera que, es la sociedad con sus complejos entramados la que se ha encargado de estructurar instituciones que colocan a las mujeres en situaciones que demandan mayores responsabilidades, a la par que profundizan los riesgos ante enfermedades concretas como la Covid-19 y todas sus consecuencias colaterales para la humanidad.

Se reafirma entonces el hecho ya conocido de que las desigualdades de género son creadas por la sociedad y, por lo tanto, son modificables. En el pasado deben quedar los prejuicios, discriminaciones y sesgos. Sin lugar a dudas, los derechos de la mujer y las políticas públicas que como país seamos capaces de crear e implementar para protegerlas en medio de la pandemia, son la base para superar la crisis y edificar una mejor sociedad.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Hartigan P, Gómez E, de Schutter M, da Silva J. Taller sobre Género, Salud y Desarrollo: guía para facilitadores. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1997.

2 Emergencia humanitaria Compleja en Venezuela: derecho a la salud. [Internet] 2018 [Consultado 2021 Abr 20] Disponible en: https://cepaz.org/documentos_informes/emergencia-humanitaria-compleja-en-venezuela/

3 Alcántara G, Castillo V. Justificación sociopolítica del proyecto de ampliación del Instituto de Previsión Social del Profesorado de la Universidad de Los Andes, Mérida Venezuela. Revista Enfermería Historia e Investigación. [Internet] 2019 [Consultado 2021 May 20]; 6(1): 27-38. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/enfermeria/article/download/15203/21921926300>

4 Alcántara G. Una universidad para Venezuela más allá del Estado. Revista Enfermería Historia e Investigación. [Internet] 2020 [Consultado 2021 May 15]; 7(e): 46-57. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/enfermeria/article/view/16586/21921927730>

5 Huggins-Castañeda M. Género, políticas públicas y promoción de la calidad de vida. Caracas: Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales; 2005.

6 Mlambo-Ngcuka P. Violencia contra las mujeres: la pandemia en la sombra [Internet] ONU Mujeres. 2020 [Consultado 2021 Feb 10] Disponible en: https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/4/statement-ed-phumzile-violence-against-women-during-pandemic?gclid=EAIaIQobChMIxfKQ2YGj7wIVBk2GCh0E5wjIEAAYASAAEgKIWfD_BwE

7 Cousins S. 2.5 million more child marriages due to COVID-19 pandemic. The Lancet [Internet] 2020 [Consultado 2021 marzo 17]; 396(10257):1059. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932112-7> DOI [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32112-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32112-7)

8 Noticias ONU. Solo 22 mujeres en todo el mundo son jefes de Estado o presidentas de un Gobierno [Internet] Noticias ONU; 2021 [Consultado 2021 Abr 6] Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2021/03/1489352>

9 Noticias ONU. Las virtudes de las mujeres en el poder ante las crisis [Internet] Noticias ONU; 2021 [Consultado 2021 Abr 6] Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/05/1474002>

10 Marchionni M, Gasparini L, Edo M. Brechas de género en América Latina [Internet] CAF; 2019 [Consultado 2021 Abr 8] Disponible en: <https://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1401/Brechas%20de%20genero%20en%20America%20Latina.%20Un%20estado%20de%20situacion.pdf>

11 Carrazana C. America's first female recession [Internet] The 19th; 2020 [Consultado 2021 Abr 12] Disponible en: <https://19thnews.org/2020/08/americas-first-female-recession/>

12 Alcántara G. La globalización y sus implicaciones para el proceso salud-enfermedad. Una aproximación interdisciplinaria. Saarbrücken: Editorial Académica Española; 2011.

13 Giddens A, Sutton PH. Sociología. Madrid: Alianza Editorial; 2014.

14 Organización Mundial de la Salud (OMS). Situación de la Enfermería en el mundo 2020 [Internet] Ginebra: OMS; 2020 [Consultado 2021 May 12] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331675/9789240003392-spa.pdf>

15 Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Naciones Unidas (UN). La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad [Internet] 2021 [Consultado 2021 May 5] Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46633/S2000740_es.pdf

16 Barbar R. Las enfermeras venezolanas frente a la pandemia [Internet] Prodavinci. 2020 [Consultado 2021 May 20] Disponible en: <http://factor.prodavinci.com/enfermerasvenezolanas/index.html>

17 Rojas O. Sueldo de médicos en Venezuela cayó 98,15 % en 7 años [Internet] Cotejo.info. 2021 [Consultado 2021 May 21] Disponible en <https://cotejo.info/2021/04/sueldo-medicos-venezuela-cayo-en-7-anos/>

18 Encuesta Nacional de Hospitales. [Internet] 2019 [Consultado 2021 May 22]. Disponible en: https://2479be6a-2e67-48df-9858-103ea763ef46.filesusr.com/ugd/0f3ae5_6bf4b730d6ab43589a30c303dd01880b.pdf

19 Médicos y enfermeras protestan en Venezuela para exigir vacunas [Internet]. DW. 2021 [Consultado 2021 May 21]. Disponible en: <https://www.dw.com/es/m%C3%A9dicos-y-enfermeras-protestan-en-venezuela-para-exigir-vacunas/a-57242568>

20 Itriago A. Covid-19: la lenta vacunación que aqueja a Venezuela [Internet]. El Tiempo. 2021 [Consultado 2021 May 26]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/mundo/venezuela/covid-19-como-es-la-vacunacion-en-venezuela-589360>

21 López E, González M, Esparza J. Venezuela is collapsing without COVID-19 vaccines. The Lancet [Internet] 2021 [Consultado 2021 May 18]; 397(10287):1806. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2900924-7>
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00924-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00924-7)

22 El sector de enfermería de Venezuela exige equipamiento y vacunas anticovid [Internet] Agencia EFE. 2021 [Consultado 2021 May 22]. Disponible en: <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/el-sector-de-enfermeria-venezuela-exige-equipamiento-y-vacunas-anticovid/20000013-4534957>

23 Martínez F, Azkoul M, Rangel C, Sandia I, Pinto S. Efectos de la pandemia por COVID -19 en la salud mental de trabajadores sanitarios del estado Mérida, Venezuela. GICOS [Internet] 2020 [Consultado 2021 May 24]; 5(e2): 77-88. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/gicos/article/viewFile/16629/21921927773#page=78>

24 Espín-Arguello A. Análisis de la bioseguridad frente la pandemia covid-19 y el impacto psicológico en profesionales de enfermería. Polo del Conocimiento [Internet] 2020 [Consultado 2021 May 19]; 5(12): 29-38. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/download/2029/4047>

25 Dolan S, García S. Covid-19, Estrés, Auto-Estima, Valores y bienestar psicológico: ¿Cómo evaluar los riesgos de estar deprimido, ansioso o, incluso de suicidarse? [Internet] Disponible en: https://globalfutureofwork.com/wp-content/uploads/2020/05/POST_27_05_es_Covid-19-estres.pdf

26 Macionis J, Plummer K. Sociología. Madrid: Pearson Educación; 2011.

27 Weber M. Economía y sociedad. México: Fondo de Cultura Económica; 2014.

28 Cui R, Ding H, Zhu F. Gender inequality in research productivity during the COVID-19 pandemic. SSRN [Internet] 2020 [Consultado 2021 May 24]; Jun 09:1. Disponible en: https://papers.ssrn.com/sol3/Delivery.cfm/SSRN_ID3790119_code3116588.pdf?abstractid=3623492&mirid=1 <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3623492>

29 Ribarovska A, Hutchinson M, Pittman Q, Pariente C, Spencer S. Gender inequality in publishing during the COVID-19 pandemic. Brain Behav Immun. [Internet] 2021 [Consultado 2021 May 24]; 91:1-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7670232/pdf/main.pdf>
[doi:10.1016/j.bbi.2020.11.022](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.11.022)

30 Fondo de las Naciones Unidas para la Educación y la Ciencia (UNESCO). Women in Science [Internet] París: UNESCO; 2019 [Consultado 2021 Mar 8] Disponible en: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/fs55-women-in-science-2019-en.pdf>

31 Kolster N. Coronavirus en Venezuela: los médicos voluntarios que tratan la covid-19 por teléfono ante la saturación en los hospitales [Internet]. BBC Mundo. 2021 [Consultado 2021 May 26]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56765528>

32 Ospina-Valencia J. La pandemia en Venezuela: manipulación de la información, cementerios llenos y aún sin plan de vacunación [Internet]. DW. 2021 [Consultado 2021 May 26]. Disponible en: <https://www.dw.com/es/la-pandemia-en-venezuela-manipulaci%C3%B3n-de-la-informaci%C3%B3n-cementerios-llenos-y-a%C3%BA-sin-plan-de-vacunaci%C3%B3n/a-57258234>



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN

8

Número 2 (2021)

Recibido: 05/05/21 Aceptado: 24/05/21

REVISIÓN

Análisis iconográfico de sellos postales alegóricos a la Beata Venezolana “Madre María de San José”

Iconographic analysis of postcards allegoric to the Venezuelan Blessed "Madre Maria de San José"

Eduardo José Sánchez Uzcátegui (MSc)¹

¹Exprofesor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes, Mérida Venezuela. Magíster en Educación mención Docencia Universitaria, Universidad Fermín Toro (UFT). Doctorando en Estudios Interdisciplinarios de Género, Universidad Autónoma de Madrid-España.

Correo: eduardojose.sanchez@estudiante.uam.es

ORCID: 0000-0003-1379-6661

RESUMEN

Las fuentes históricas no escritas, tales como las iconográficas, brindan la oportunidad de analizar hechos y personajes de relevancia en el transcurso del tiempo. En este sentido, la filatelia o afición por coleccionar y estudiar los sellos postales, constituye una ventana abierta para el análisis y enriquecimiento del conocimiento sobre diversos aspectos de las actividades humanas, entre ellas, los cuidados de la salud en el contexto de la Enfermería. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio se fundamentó en describir mediante un análisis iconográfico, la presencia de valores relacionados con el cuidado de Enfermería, representados gráficamente en sellos postales alegóricos a la Beata "Madre María de San José". La metodología empleada fue iconográfica-iconológica, teniendo como referente a Erwin Panofsky. La unidad de análisis estuvo constituida por las ilustraciones de tres sellos postales. En el análisis, los elementos simbólicos y códigos presentes en las ilustraciones, fueron fáciles de interpretar en el contexto sociohistórico. También, se evidencia la presencia de cuidados y valores relacionados con la enfermería.

Palabras clave: Enfermería, filatelia, Beata María de San José, cuidados, valores.

ABSTRACT

Unwritten historical sources, such as iconographic sources, provide the opportunity to analyze relevant events and characters over time. In this sense, philately, or hobby for collecting and studying postage stamps, constitutes an open window for the analysis and enrichment of knowledge about various aspects of human activities, including health care in the context of Nursing. Therefore, the objective of this study was based on describing, through an iconographic analysis, the presence of values related to Nursing care, graphically represented on allegorical postage stamps to Blessed "Mother Maria de San José". The methodology used was iconographic - iconological, with Erwin Panofsky as a reference. The unit of analysis consisted of the illustrations of three postage stamps. In the analysis, the symbolic elements and codes present in the illustrations they were easy to interpret in the socio-historical context. Also, the presence of care and values related to nursing is evident.

Key words: Nursing, philately, Blessed Maria de San José, care, values.

— INTRODUCCIÓN

Al comienzo de la era cristiana, el Imperio Romano ejerció un dominio sobre casi todos los pueblos del mundo, este se prolongó desde la abolición de la República en el año 31 a.C. hasta el 476 d.C. El concepto de un Dios que ama a toda la humanidad, base de la enseñanza de Jesús, se convirtió desde entonces en uno de los principales dogmas del cristianismo¹. Los principios del idealismo cristiano de igualdad, altruismo, caridad y misericordia, tendrían un impacto profundo y relevante en la práctica de los cuidados. En consecuencia, el altruismo entendido como un servicio desinteresado a la humanidad y la dedicación a los demás, sin esperar ninguna recompensa material o espiritual, serán concepciones que condicionarán el desarrollo de la profesión de Enfermería durante mucho tiempo. En este sentido, el cuidado a las personas enfermas pobres o desvalidas, se elevó a un plano superior y lo que era tarea de las personas en esclavitud, se convirtió en tarea y vocación sagrada de las cuidadoras².

Con la organización de los cuidados, las instituciones religiosas iniciaron un proyecto que se desarrolló, evolucionó y culminó en el actual sistema de salud². Esta institucionalización, estuvo unida a una clara división de las funciones administrativas y asistenciales, en donde los proveedores de servicios serían las cofradías, los gremios y las hermandades, facilitando la atención a las personas enfermas, convalecientes y forasteros, realizando visitas a domicilio para cuidar a las mujeres recién paridas y a personas en etapa terminal³.

Cabe destacar que, el valor social que otorgó el cristianismo al cuidado, no se basó en el conocimiento de un saber, sino en el sentido de ayuda, caridad y vocación como instrumento de salvación, anteponiendo las necesidades humanas espirituales a las físicas, psíquicas y sociales; curar el alma y no el cuerpo y con ello, plasmando un concepto de salud ligado a la interpretación divina y asignando el rol vocacional a la Enfermería³. En el contexto histórico de la Venezuela independiente de finales del siglo XIX, como lo refieren algunos autores⁴, el gobierno autorizó congregaciones religiosas católicas femeninas, principalmente para la asistencia y cuidado de los enfermos. Aquí, el cuidado de enfermería fue llevado a cabo por mujeres con conocimiento empírico⁴ y énfasis en la ayuda y asistencia al enfermo.

El presente artículo tiene como objetivo, describir mediante un análisis iconográfico, la presencia de valores relacionados con el cuidado de enfermería, representados gráficamente en sellos postales alegóricos a la Beata “Madre María de San José”, emitidos en 1995 por el Instituto Postal Telegráfico de Venezuela (IPOSTEL). En este ámbito de interés, el sello postal, además de constituir un signo representativo del pago del servicio de correos, establece también un medio representativo de divulgación que facilita el análisis de imágenes cargadas de valor simbólico e histórico interrelacionadas con los cuidados de la vida⁵.

— DESARROLLO

Laura Evangelista Alvarado Cardozo “Madre María de San José”

A finales del siglo XIX y principios del XX, el cuidado relacionado con la Enfermería en Venezuela estuvo en manos de religiosas que atendían a los enfermos y desvalidos en sus hogares, hospitales, conventos y hospicios. En este sentido, Laura Evangelista Alvarado Cardozo, reconocida por la Iglesia Católica como la “Madre María de San José” y primera Beata de Venezuela⁶, ha sido un referente nacional de dicha época.

Nació en Choroní, estado Aragua-Venezuela, el 25 de abril de 1875 en el seno de una familia humilde, siendo bautizada el 13 de octubre del mismo año por el presbítero José María Yépez en compañía de sus padres Clemente Alvarado y Margarita Cardozo⁷. Laura y su familia permanecieron 3 años en Choroní, pues sus padres decidieron trasladarse a Maracay en donde se establecieron. A los 13 años de edad, el 8 de diciembre de 1888, recibe su primera comunión, haciendo sus primeros votos religiosos⁷. Antes de cumplir 18 años “fundó una escuela gratuita para los niños pobres, a quienes también preparaba para la primera comunión”⁷ (p.38). En 1892 conoce al presbítero Justo Vicente López Aveledo, quién fue su orientador y director espiritual hasta su fallecimiento en 1917⁷. Desde entonces, algunos acontecimientos históricos contribuyeron a fortalecer su vida religiosa, de servicio y cuidado a los demás, entre ellos: la epidemia de viruela que propició el 3 de noviembre de 1893 la construcción del primer hospital de Maracay, llamado “San José”⁸. Como también, la fundación de la Sociedad Hijas de María el 8 diciembre de 1893 por parte del presbítero López Aveledo a donde ingresó y renovó su voto de virginidad⁷.

Asimismo, el 5 de abril de 1899, el sacerdote fundador del hospital, le entrega la administración y dirección de dicho centro de salud⁷. En este contexto, para 1901, el padre López funda la congregación religiosa de las Agustinas Recoletas en Venezuela, entrando a formar parte de ella Laura Evangelista, quien junto a sus compañeras y después de un año de formación como novicias, hacen los votos religiosos temporales el 22 de enero de 1902, desde ese momento y siguiendo la costumbre religiosa de cambiarse el nombre, pasa a llamarse María⁸. Los votos perpetuos los hace el 3 de septiembre de 1903⁸. La congregación fue identificada con el nombre de las “hermanas de la caridad o de los pobres”. “Todos se apellidarían “San José”, patrono de la parroquia”⁷ (p.66). Así obtuvo su nombre religioso, María de San José, y fue designada como superiora de la nueva comunidad hasta 1960. El 2 de abril de 1967 fallece a los 91 años a causa de una trombosis en el hogar “Inmaculada Concepción” en Maracay. Su proceso de beatificación inició en 1978 y finalmente se concretó el 7 de mayo de 1995, en la Ciudad del Vaticano por el Papa Juan Pablo II⁹.

Aproximación conceptual de los valores para el análisis de los sellos del estudio

La palabra “valor” proviene del latín *valere* que significa “estar bien”. Un valor es algo que se impone por sí mismo, expresa lo que es deseable, significativo o correcto para un individuo o sociedad como un todo. Los valores se conciben como guía o patrón de comportamiento, orientan los modos particulares de ser y vivir, humanizan y forman el criterio de juicio,

preferencia y elección para la acción¹⁰.

A tal efecto, entendiendo el cuidado, como el eje (foco) de atención de Enfermería, se hace necesario comprender todos los fenómenos sociohistóricos que implican y explican lo relacionado con esta profesión¹. Por lo tanto, abordar la definición de los valores, entendidos estos como, estructuras cognitivas por medio de las cuales las personas eligen y actúan de determinada manera, conllevará a comprender que son un tipo de creencias localizadas en el centro del sistema total del ser humano, acerca de cómo se debe o no comportar en referencia a algo objetivo en la existencia, que vale o no la pena conseguir¹¹.

Igualmente, los valores en la conducta humana, se configuran con las actitudes y actúan como marco preferencial de orientación al sujeto en el mundo en el cual vive. Los valores pueden tener un origen subjetivo (afectivo emocional) o social como los modos de comportamiento social y cultural¹⁰. También, pudiesen estar referidos a ideales de vida o principios morales. En este punto, se hace inminente diferenciar entre lo que se considera ética y moral. Al respecto, la ética se refiere al conjunto de normas o valores públicamente establecidos y formales, mientras que la moral está constituida por los valores o principios con los que la persona está comprometida¹. Por lo tanto, al considerar los valores en la representación de los cuidados por medio del análisis iconográfico, permitirá desde otra perspectiva, indagar sobre las personas cuidadoras o practicantes empíricos, que fueron representados (en este caso en sellos postales) por su trayectoria y el conjunto de valores que guiaron su actuación. El siguiente cuadro 1 de valores y actitudes, se tomó como marco de referencia para el análisis de los sellos postales del estudio.

Cuadro 1. Valores y actitudes

VALORES	ACTITUDES
AMOR	Afecto, ternura, entrega, generosidad.
PAZ	Tranquilidad, concordia, sosiego, acuerdo.
FELICIDAD	Satisfacción, gozo, alegría, dicha.
SERVIR	Ayuda, ser solícito, sensible, humilde.
SOLIDARIDAD	Amistad, unión, concordia, generosidad.
SALVACIÓN	Trascendencia, espiritualidad.
TOLERANCIA	Paciencia, respeto, soportar, aguantar.
CONVIVENCIA SOCIAL	Educación, modales, atención, detalles.
VIVIR	Salud, aseo, prevención, prudencia, templanza, seguridad.

SEXUALIDAD	Características masculinas-femeninas e identificación de valores específicos.
TRABAJO	Laboriosidad, innovación, espíritu de trabajo, búsqueda, solidaridad, creatividad.
AMISTAD	Apoyo, cariño, cooperación, comunicación de bienes, confianza, comunicación de vida, compañerismo.
COMUNIDAD	Participación en la vida social, tolerancia, solidaridad, colaboración.
VERDAD CIENCIA	Curiosidad, sentido crítico, espíritu de estudio, desarrollo de habilidades del pensamiento.
ORDEN	Aseo personal, limpieza del entorno, orden, mantenimiento.
BIENESTAR FÍSICO, PSÍQUICO, SALUD	Cuidado personal, saneamiento hacia el ambiente, higiene, prevención de enfermedades, fortaleza, descanso, ejercicio, orden.

Fuente: Sánchez EJ. Enfermería: aspectos históricos y fundamentales. 2013¹.

Análisis iconográfico de los sellos postales alegóricos a la Beata Venezolana “Madre María de San José”

Las imágenes siempre han estado presentes en las distintas civilizaciones a lo largo de la historia humana, desde las pinturas en las cavernas, pasando por las representaciones de culto mítico-religioso hasta las concebidas como consecuencia del poder político, económico, religioso, entre otras¹². Así, las imágenes en los sellos postales, conocidos por muchos como estampillas, representan ventanas a la historia cultural y social de los países que los emiten, pues en ellos, se personifica y honra la memoria de personas, grupos, instituciones y un sin fin de sucesos o actividades que guardan una estrecha relación con el quehacer humano. Al respecto, la filatelia ha jugado un papel de reconocimiento social y por lo tanto, no deja en cualquier caso de ser revelador de valores socioculturales¹³. Lo planteado, ha permitido ahondar y considerar las imágenes relacionadas con el cuidado en la comprensión social de la profesión; aspecto de gran relevancia para el análisis, reflexión e interpretación desde una perspectiva histórica e iconográfica, como una pieza clave para el conocimiento del desarrollo de la Enfermería¹⁴.

En este contexto, se aplicó el método iconográfico-iconológico teniendo como referente a Erwin Panofsky (1892-1968) quien describió tres niveles secuenciales de análisis, entre ellos: el primer nivel o nivel pre-iconográfico (significación primaria o natural de la obra de arte) que se da mediante la observación minuciosa y utilización de los sentidos de acuerdo a la experiencia práctica, sin relacionar las figuras o los objetos representados con otros temas. Un segundo nivel o nivel iconográfico (significación secundaria o convencional) en donde la forma pasa a ser una imagen que el intérprete explica y clasifica dentro de una cultura determinada y, un tercer nivel o nivel iconológico (significación intrínseca o contenido) en donde éste descubre significados

ANÁLISIS ICONOGRÁFICO DE SELLOS POSTALES ALEGÓRICOS A LA BEATA VENEZOLANA “MADRE MARÍA DE SAN JOSÉ”

ocultos, que están en lo más profundo del inconsciente individual o colectivo, considerando los valores, ideas o aspectos culturales que esconde la imagen¹⁵.

Por lo tanto, el diseño del estudio se basó en un estudio iconográfico, en donde la fuente estuvo constituida por una hoja bloque con 10 sellos postales emitidos por IPOSTEL bajo la resolución N^o 156 del 23 de mayo de 1995 alegóricos a la Beatificación de la “Madre María de San José” (Figura 1).

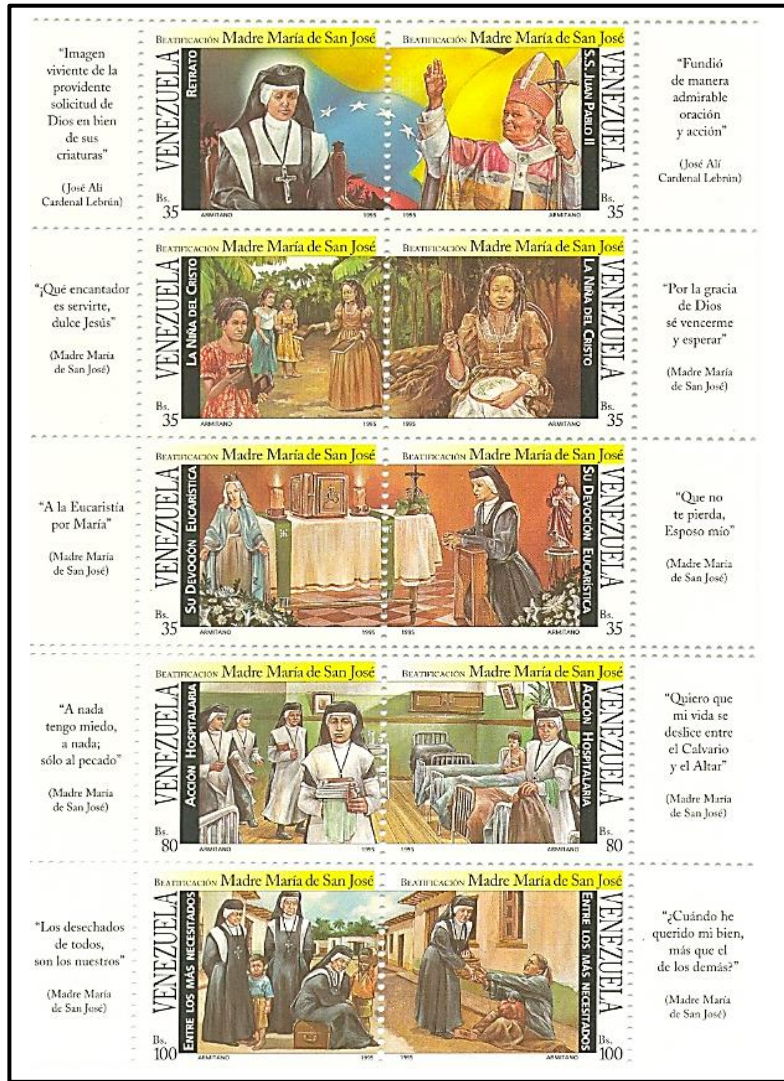


Figura 1. Hoja bloque de 10 estampillas. Beatificación “Madre María de San José”. IPOSTEL.

La unidad de análisis estuvo constituida por las ilustraciones de tres (3) sellos postales y no por otros elementos que son también objeto de estudio de la filatelia. En este último punto, se partió de la hipótesis que las representaciones iconográficas utilizadas de la “Madre María de San José”, muestran valores intrínsecos, mediante cuidados interrelacionados con la Enfermería. A continuación, el análisis y una interrelación textual de las palabras de la beata en cada uno de los

sellos seleccionados.

En este el primer sello (Figura 2), se representa a la “Madre María de San José” (de aspecto juvenil), visitando un hospital; en sus brazos sostiene una biblia, unas sábanas, un paño y un frasco de vidrio, seguida de otras hermanas que le acompañan. La imagen sugiere que es una visita para la unción de los enfermos en agonía.



“...rostros marchitos y desolados que se van llenando de esperanza, al recibir no solo atención y cuidados para sus cuerpos, sino especialmente para sus almas en vísperas de la eternidad”⁷ (p.76).

Figura 2. Sello Postal. Beatificación “Madre María de San José”. Acción hospitalaria (1).

Dentro de los valores identificados en la imagen, según Sánchez¹, se encuentran:

- Paz: tranquilidad, concordia, sosiego.
- Salvación: trascendencia, espiritualidad.
- Servir: ayuda, ser solícito, sensible, humilde.
- Solidaridad: unión, concordia, generosidad.
- Comunidad: participación en la vida social, tolerancia, solidaridad, colaboración.
- Orden: Aseo personal, limpieza del entorno.
- Tolerancia: paciencia.

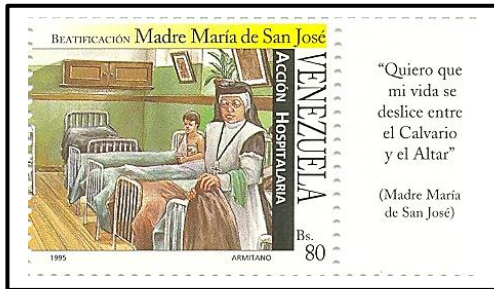
En el segundo sello (Figura 3), la “Madre María de San José” (en edad más avanzada) se encuentra en una sala de hospitalización de niños. En un brazo sostiene una toalla y en sus manos una cobija. La imagen sugiere que está realizando tendido de las camas y aseo personal a los enfermos (funciones de cuidados de Enfermería en áreas de hospitalización).

Dentro de los valores identificados en la imagen, según el autor citado¹, se encuentran:

- Servir: ayuda, ser solícito, sensible, humilde.
- Trabajo: laboriosidad, espíritu de trabajo, solidaridad, búsqueda, creatividad.
- Orden: aseo personal, limpieza del entorno.
- Bienestar físico, psíquico, salud: cuidado personal, saneamiento hacia el ambiente, higiene, prevención de enfermedades, descanso, ejercicio, orden.

ANÁLISIS ICONOGRÁFICO DE SELLOS POSTALES ALEGÓRICOS A LA BEATA VENEZOLANA “MADRE MARÍA DE SAN JOSÉ”

- Solidaridad: unión, concordia, generosidad.
- Paz: tranquilidad, concordia, sosiego.
- Tolerancia: paciencia.



“...estábamos instaladas con nuestros pobres enfermos; los asistíamos, les dábamos sus alimentos y medicinas y rezábamos el rosario con ellos...”⁷ (p.78).

Figura 3. Sello Postal. Beatificación “Madre María de San José”. Acción hospitalaria (2).

En el tercer sello analizado (Figura 4), la “Madre María de San José”, en edad más avanzada y ubicada en el centro de la imagen, se encuentra acompañada de otras dos religiosas en un poblado. En la escena, se hallan dos niños, uno de ellos se observa descalzo y abrazando a una de las religiosas y el otro habla gustosamente con la joven religiosa que está sentada sobre un baúl. Ambos niños son de aspecto humilde.



“...En aquellos labios infantiles el nombre de “mamaíta” suena a música que se confunde con sus risas y juegos. “Mamaíta” los enseña a jugar, jugando con ellos; son niños y para ellos el juego es tan necesario como el alimento”⁷ (p.79).

Figura 4. Sello Postal. Beatificación “Madre María de San José”. Entre los más necesitados.

Este sello postal, guarda relación con lo señalado por Farías “la meta de la Madre María de San José era fundar un orfanato donde ofrecer un hogar y cuidado personal maternal a niños (as) huérfanos (as) y desvalidos...”¹⁶ (p.51). De esta manera, el 24 de mayo de 1905 “después de muchas angustias y desvelos se pudo llevar a cabo la fundación del asilo “Inmaculada Concepción, la cual se hizo con nueve huerfanitos que se hallaban aislados en el hospital “San José” de esta ciudad”⁷ (p.78).

Dentro de los valores identificados en la imagen, según el mismo autor¹, se encuentran:

- Amor: afecto, ternura, entrega, generosidad.
- Vivir: salud, aseo, prevención, prudencia, templanza, seguridad.
- Servir: ayuda, ser solícito, sensible, humilde.
- Trabajo: laboriosidad, espíritu de trabajo, solidaridad, búsqueda, creatividad.
- Bienestar físico, psíquico, salud: cuidado personal, saneamiento hacia el ambiente, higiene, prevención de enfermedades, descanso, ejercicio, orden.
- Solidaridad: unión, concordia, generosidad.
- Tolerancia: paciencia.
- Comunidad: participación en la vida social, tolerancia, solidaridad, colaboración.

Finalmente, los elementos simbólicos y códigos presentes en las ilustraciones de los sellos analizados, son fáciles de interpretar en el contexto socio-histórico, dando un claro sentido al sello y a su relación con el motivo de la emisión. También, existe una representación del cuidado y los valores.

— NOTA FINAL

En la actualidad, la mayoría de las fuentes usadas en la investigación histórica son fuentes escritas, olvidándose que existen manifestaciones humanas que no se han materializado mediante la escritura, pero que igualmente poseen gran valor histórico. Las fuentes históricas no escritas, en este caso las iconográficas, como los sellos postales, permiten el estudio y análisis de las imágenes plasmadas en ellos, pues conllevan al investigador a profundizar en todo tipo de acontecimientos de orden histórico, escenas, detalles y personajes relacionados con el tema de estudio.

Para el autor del presente estudio, fue gratificante ahondar en la vida y obra de un personaje religioso. También, resultó interesante e inédito, abordar desde una perspectiva filatélica e iconográfica, la práctica de los cuidados y su relación con los valores en el contexto histórico venezolano de la Enfermería.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez EJ. Enfermería: aspectos históricos y fundamentales. Mérida-Venezuela: Consejo de Publicaciones de la Universidad de Los Andes; 2013.
2. García Martín C, Martínez M. Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid: Harcourt; 2001.
3. Hernández J. Historia de la Enfermería. Alicante - España: Agua Clara; 1995.
4. Sánchez EJ, Vega de P. MG, Fernández AR, Velasco AA, Noguera JG. La Enfermería en Venezuela. Historia, organización y lucha colectiva. Mérida-Venezuela: Consejo de Publicaciones de la Universidad de Los Andes; 2011.
5. Uliarte T, Campos L. El sello postal como fuente de información de los cuidados de las enfermeras en las grandes pandemias. En: González C, Martínez F, editores. La transformación de la enfermería. Nuevas miradas para la historia. España: Comares, S.L.; 2010.
6. Catholic.net. María de San José (Laura Alvarado Cardozo). Primera Beata Venezolana. Fundadora de las Agustinas Recoletas del Sagrado Corazón. [Internet]. 2021 [citado 4 mayo 2021]. Disponible en: <https://es.catholic.net/op/articulos/35376/mara-de-san-jos-laura-alvarado-cardozo-beata.html#modal>
7. Barrios DE. Madre María de San José. Maracay-Venezuela: Miranda; 1995.
8. Setién A. Beata María de San José. Caracas-Venezuela: San Pablo; 1995.
9. Conferencia Episcopal Venezolana. Madre María de San José: 25 años de la Primera Beata Venezolana. [Internet]. 2020 [citado 5 mayo 2021]. Disponible en: <https://conferenciaepiscopalvenezolana.com/madre-maria-de-san-jose-25-anos-de-la-primera-beata-venezolana>
10. Díaz M, Castro DM, Cuevas BL. Valores profesionales de enfermería: Una mirada hacia la formación en la Educación Superior. Rev Hum Med [Internet]. 2012 [citado 10 abril 2021]; 12(2): 289-299. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v12n2/hmc11212.pdf>
11. Martín A. Introducción a la ética y a la crítica de la moral. Venezuela: Vadel Hermanos; 2006.
12. Sánchez EJ, Fernández AR, Vega M, Velasco AA. Filatelia y enfermería venezolana del siglo XX. Enfermería, Historia e Investigación [Internet]. 2016 [citado 14 marzo 2021]; 3 (1-2):92-101. Disponible en: <http://revistas.saber.ula.ve/index.php/enfermeria/article/view/9913/9843>

13. Bushnell D. Feminismo filatélico: imágenes de la mujer en sellos de la Argentina, Colombia, Cuba y Estados Unidos (1893-1994). Boletín americanista, 47:77-90; 1997.

14. Miralles MT. La imagen enfermera a través de los documentos filatélicos y su correspondencia ideológico-educativa. Murcia: Diego Marín; 2012.

15. Panofsky E. Estudios sobre iconología. Madrid: Alianza; 1992.

16. Farías A. Historia y Evolución de la Enfermería en el estado Aragua. Venezuela: IPAPEDI; 2016.

*Blanco A. Venezuela, catálogo especializado de Estampillas. 3era Edición, Caracas- Venezuela; 2009.

DATOS DE LA EMISIÓN DE LOS SELLOS POSTALES*

Colección filatélica: privada de Eduardo Sánchez

Presentación: Hoja bloque de 10 estampillas: Beatificación Madre María de San José. IPOSTEL

País: Venezuela

Tema: Santos

Resolución: N° 156 del 23 de mayo de 1995

Año: 1995

Día de circulación: 02-07-1995

Colores: Multicolor

Formato: Minipliego

Emisión: Conmemorativo

Perforación: Peine 12¼ x 12

Sistema de impresión: Litografía offset

Cantidad de estampillas distintas: 10



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN
8

Número 2 (2021)

Recibido: 17/06/21 Aceptado: 26/06/21

REVISIÓN

Determinantes que han propiciado el fenómeno migratorio venezolano hacia España

Determinants that have led to the Venezuelan migration phenomenon to Spain

Eduardo José Sánchez Uzcátegui (MSc.)¹
Esperanza Bosch Fiol (Dra.)²

¹Exprofesor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes, Mérida- Venezuela. Magíster en Educación mención Docencia Universitaria, Universidad Fermín Toro (UFT). Doctorando en Estudios Interdisciplinarios de Género, Universidad Autónoma de Madrid-España.

Correo: eduardojose.sanchez@estudiante.uam.es ORCID: 0000-0003-1379-6661

²Psicólogo, investigadora y profesora titular de la Universidad de las Islas Baleares, España. Especialista en violencia contra las mujeres, estudios de género y estudios feministas.

Correo: esperanza.bosch@uib.es ORCID: 0000-0002-0635-6847

RESUMEN

El presente artículo de revisión, forma parte de la primera etapa de una investigación que se encuentra actualmente en proceso. El objetivo se fundamentó en examinar los determinantes que han propiciado el fenómeno migratorio venezolano hacia España. Se realizó una recopilación y análisis de fuentes documentales e institucionales, destacándose que para el año 2020, más del 50% de las personas procedentes de Venezuela en España, están representados por mujeres con una edad promedio de 37,3 años y que existen determinantes políticos, económicos, gubernamentales y sociales que contribuyen con el proceso migratorio. Este fenómeno es complejo, variado y está relacionado por la implementación del proyecto político "Socialismo del siglo XXI", la crisis económica y el incremento de la violencia generalizada. Los determinantes del proceso migratorio venezolano, se constituyen en un nicho de conocimiento importante para el estudio de la mujer que emigra, desde una perspectiva de género.

Palabras clave: Venezuela, España migración, género, determinantes.

ABSTRACT

This review article is part of the first stage of an investigation that is currently in progress. The objective was based on examining the determinants that have led the Venezuelan migratory phenomenon to Spain. A compilation and analysis of documentary and institutional sources was carried out, highlighting that by 2020 more than 50% of Venezuelans in Spain are represented by women with an average age of 37.3 years and that there are political, economic and social determinants to use with the migration process. This phenomenon is complex, varied and is related to the implementation of the political project "Socialism of the XXI century", the economic crisis and the increase in generalized violence. The determinants of the Venezuelan migration process constitute an important knowledge niche for the study of women who emigrate, from a gender perspective.

Keywords: Venezuela, Spain, migration, gender, determinants.

— INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente artículo se fundamentó en examinar algunos determinantes que han propiciado la migración venezolana hacia España. Su construcción se basó en la recopilación y análisis de fuentes documentales secundarias, tales como, libros, artículos indizados, informes y registros de organismos e instituciones nacionales e internacionales, entre otros, relacionadas con el tema de la migración, a fin de construir un marco conceptual relacionado con el tema objeto de estudio.

En este sentido, los procesos migratorios no constituyen una situación reciente del mundo contemporáneo. De hecho, las civilizaciones actuales son el resultado de dichos procesos, por lo que podría decirse que la migración se remonta a movimientos poblacionales relacionados con la historia de la humanidad. Sin embargo, el flujo migratorio se ha convertido durante las últimas décadas en un aspecto relevante y controvertido para muchos países. Además, es un tema de debate actual que ha despertado el interés en el campo científico, por el impacto y los desafíos implícitos que se están generando dentro del ámbito internacional. De acuerdo con el informe sobre migraciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)¹, el número de migrantes alcanzó la cifra de 272 millones en todo el mundo para el 2019, lo que equivale al 3,5% de la población mundial.

En el contexto del presente artículo, la República Bolivariana de Venezuela, es un país situado en la parte septentrional de América del Sur con una extensión de 916.445 Km². Limita por el norte con el mar Caribe y el Océano Atlántico, al oeste con Colombia, al sur con Brasil y por el este con Guayana. Cuenta con una población de 28.515.829 personas². Sus principales recursos naturales son petróleo, gas natural, hierro, oro, bauxita, carbón, entre otros minerales. Entre 1958 y la década de los 90, las diversas crisis políticas y económicas terminaron por generar conflictos sociales, como el caracazo de 1989, dos intentos de golpe de estado en 1992, un juicio político al presidente de ese momento, Carlos Andrés Pérez, por malversación de fondos en 1993 y un colapso en la confianza de los partidos políticos existentes. Situación que conllevó a la elección del ex oficial de carrera Hugo Chávez (implicado en el golpe de estado de 1992) en 1998. Chávez, comenzó su gobierno convocando una asamblea constituyente que cambió el nombre del país y sentó las bases de la llamada Revolución Bolivariana³.

En relación al fenómeno migratorio, emigrar para los venezolanos “era un fenómeno que se presentaba de manera muy esporádica, pues consideraban que su nivel de vida a futuro no estaba en riesgo”⁴ (p. 90). Esta última afirmación ha cambiado completamente, como resultado de la conflictividad política y social actual. Asimismo, “...el hecho de no visualizar oportunidades de desarrollo individual y de seguridad personal se han convertido en las razones más frecuentes de la emigración venezolana”⁵ (p. 28).

Según la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)⁶ existen 5.4 millones de personas refugiadas y migrantes de Venezuela en todo el mundo. Aquí, la violencia, la inseguridad, las amenazas, así como de la falta de medicinas y servicios esenciales han propiciado el desplazamiento de personas vulnerables más numeroso y más rápido del mundo después de la crisis Siria⁷. Al respecto, cabe destacar que España se ha constituido como el mayor destino elegido en el continente europeo. De acuerdo con los datos emanados por el Instituto Nacional de Estadística de España (INE)⁸ en el 2020, relacionados con la población extranjera venezolana, existe un registro de 189.110 personas.

Por su parte, el Ministerio del Interior de España⁹ contabilizó 40.886 solicitudes de protección internacional de venezolanos. Para el 2020 y pese a la pandemia del Covid-19, esta tendencia se mantuvo situada en 27.351 solicitudes. Considerando lo expuesto, ahondar en los determinantes que han causado la crisis migratoria y de refugiados, cobran relevancia al momento de estudiar los fenómenos que tienen que ver con el ser humano, en especial con el género femenino como un grupo vulnerable frente a los procesos migratorios.

DESARROLLO

La migración

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM)¹⁰ señala que la migración, es el movimiento de personas, ya sea de forma colectiva o individual que sucede en forma secuencial y que tienen ciertas características psicosociales. Esta misma organización, agrega que, este proceso es una consecuencia de movimientos de población hacia el territorio de otro estado o dentro del mismo y abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas. También precisa la movilidad humana como “la movilización de personas de un lugar a otro en ejercicio de su derecho a la libre circulación (...) es un proceso complejo y motivado por diversas razones (voluntarias o forzadas)”¹⁰ (p. 17). Como fenómeno social, la migración internacional va más allá del movimiento de personas a través de una frontera internacional hacia otro país e incluye múltiples dimensiones o causas, entre ellas: económicas, políticas, jurídicas, demográficas, etnológicas, geográficas, históricas, sociológicas, psicológicas, médicas, culturales, por misiones, entre otras¹¹.

En sí, los procesos migratorios tienen una explicación multicausal que involucra diversos aspectos o dimensiones, cuya mezcla impulsan a las personas a salir de su país de origen por varias razones y seleccionar un país de destino. Son un fenómeno complejo de explicar de forma unidimensional¹¹. Sin embargo, algunas teorías de referencia obligatoria destacan que las diferencias económicas impulsan el proceso migratorio, entre ellas, la Teoría Neoclásica, la Teoría de la Nueva Economía de la Migración Laboral y la Teoría de los Mercados Laborales

Segmentados¹¹. Algunos autores señalan que “...los flujos migratorios se relacionan a un sistema globalizado asociado básicamente a necesidades de mejora y satisfacción económica”¹² (p. 29).

En este contexto, múltiples hipótesis han intentado explicar las causas, etapas y consecuencias del fenómeno mencionado, aunque no existe conciliación en una teoría única y consistente. Existen algunas teorías y enfoques de interés para el presente artículo, al respecto, las concepciones de los autores clásicos hacen alusión a la movilidad relacionada con aspectos como el nexo que debe existir para el desarrollo de la producción a través de la libre movilidad de factores y la elección de las personas en el ejercicio de sus libertades individuales¹², las diferencias salariales^{13,14,15}, el crecimiento poblacional, entendido como superpoblación¹⁴ y la sustitución de actividades económicas¹⁴ como búsqueda de bienestar^{13,14}.

Algunos enfoques de referencia obligatoria sustentan la teoría neoclásica. Al respecto, la teoría del desarrollo económico, establece que los trabajadores emigran debido a las diferencias salariales en el marco de las llamadas economías duales¹⁶. Aquí, existen dos sectores, el tradicional, basado en una economía de subsistencia y otro avanzado, industrial y en expansión que está conectado a las relaciones internacionales de mercado. Así mismo, el enfoque de la decisión individual establece que emigrar conlleva a una elección de “racionalidad económica” en busca de un bienestar individual que supone un balance entre ingresos y egresos, basado en las diferencias estructurales entre regiones o de un país a otro¹⁷. A su vez, la familia (enfoque de la estrategia familiar), así como los vínculos que se establecen alrededor de ella, son factores determinantes de las decisiones al momento de emigrar. Desde esta perspectiva, la emigración es una estrategia en la obtención de ingresos para cubrir los gastos y mejorar la calidad de vida¹¹.

Otra perspectiva es la nueva economía de la migración de la mano de obra, en donde las economías menos desarrolladas, no hacen uso eficiente de los recursos humanos por diversos problemas (mercados de capital, de bienes, tecnológicos, de información, entre otros) que repercuten en salarios e ingresos bajos, generando la migración como un medio de apoyo económico para los familiares que aún se encuentran en el país de origen. La aplicación de esta teoría incluye varios postulados¹⁸: a) La optimización individual del inmigrante es sobrepasada mediante la vinculación familiar y los beneficios que este generará por concepto de remesas. b) La migración sobrepasa la respuesta a las diferencias salariales. Se genera una compensación por parte de los hijos emigrantes en los cuales hay una inversión en capital humano. Asimismo, el emigrante y la familia comparten riesgos comunes. La carencia relativa, es el opuesto a la utilidad, pero con respecto a un grupo de referencia y se va modificando en el tiempo. c) Son causales de emigración las imperfecciones del mercado y asimetrías relacionadas con la información y la tecnología.

En relación a este último punto “[...] los fenómenos migratorios no hubieren tenido lugar si el conjunto de los mercados e instituciones financieras fuese perfecto y completo. Además, normalmente los mercados distan mucho de estar exentos de asimetrías, externalidades, interacciones y discontinuidades tecnológicas”¹⁸ (p. 14). Según esta teoría del mercado de la mano de obra, la migración internacional es consecuencia de una permanente demanda de

trabajadores u obreros de los países desarrollados económicamente¹⁸. Esto se debe a la falta de motivación y a las pocas o nulas posibilidades de ascenso en ciertas actividades consideradas no cualificadas, mal remuneradas, inestables, peligrosas, degradantes o que denoten una posición social baja¹⁹.

En relación con la teoría de los factores *push-pull*, por ejemplo, Massey²⁰ sostiene que es un modelo que se basa en una serie de elementos asociados tanto al lugar de origen como al lugar de destino. Además, que cuando se comparan las condiciones de un lugar con los ambientes más ventajosos que existen en otros lugares, es decir, las que ejercen una fuerza de atracción (*pull*), se genera una dinámica de expulsión (*push*) y atracción (*pull*)²⁰. Bajo esta premisa, los estudios migratorios contemporáneos buscan analizar el fenómeno, destacando las motivaciones y las condiciones del país o región receptora.

A fin de comprender las afectaciones y/o las oportunidades para los países involucrados, como también, las tendencias del fenómeno migratorio, es necesario vislumbrar que las mismas están orientadas por una tendencia mundial de carácter restrictivo en los países destinos²¹. Además, producen una serie de consecuencias relacionadas con el país de origen y el país receptor. En cuanto al país receptor, este pudiese aparecer imaginariamente como un espacio de grandes oportunidades e ingresos, pero también de rechazo, ya que la búsqueda de mejores condiciones de vida motoriza los movimientos migratorios. Empero, las consecuencias políticas, económicas y sociales, en muchos casos, pueden generar situaciones de conflicto en el país receptor, ya sea incrementando la competencia laboral, el surgimiento de nuevos bolsones de pobreza, el aumento de la discriminación, la xenofobia, implicaciones psicológicas, entre otras.

La migración venezolana en España: algunos estudios recientes

En relación con el caso específico del proceso migratorio ocurrido en diferentes momentos de la historia de Venezuela, algunos autores coinciden que el mismo se ha dado en menor cuantía respecto a la ola migratoria generada desde finales de los 90 hasta la actualidad²². Durante los siglos XIX y parte del XX, Venezuela fue un país receptor de inmigrantes provenientes de España, Portugal, Italia y América Latina. Sin embargo, este patrón cambió drásticamente en las tres últimas décadas, como consecuencia de la implementación de un modelo político y económico denominado Socialismo del Siglo XXI.

Un aspecto que le otorga cierta peculiaridad al contexto migratorio en estudio, es el predominio del género femenino. De los 189.110 venezolanos en España, 81.165 son de género masculino, equivalente al 42,9% y 107.945 de género femenino, lo que constituye el 57,1%. La edad promedio de la mayoría señalada es de 37,3 años y, además, es el grupo migratorio más numeroso en Madrid, Barcelona, Islas Canarias y Galicia⁸.

Decocker¹² sobre la emigración venezolana como estrategia de reproducción social y su concreción en España entre 1998 y 2015, demuestra que el colectivo que emigró en el periodo señalado mantiene su posición social y económica en el país destino y establece que existe una

relación directa entre la reproducción social obtenida y la percepción de éxito del proyecto migratorio. Asimismo, señala que:

[...] Mayoritariamente es el venezolano de clase media y clase media-alta con una formación altamente calificada, el que emigra. Se combinan aquí una especie de fuga de cerebros y fuga de capital. Sin embargo, atípicamente, no es la búsqueda de mejores ingresos económicos o de desarrollo profesional la que mueve a este colectivo a emigrar. Tras esta investigación, quedaba por tanto claro que muchos venezolanos emigrantes se sienten desplazados por la inseguridad del país y por no comulgar con la ideología política (p. 28).

En relación a este estudio y su correlación con el creciente número de solicitudes de asilo y refugio de los venezolanos en España entre 2018 y 2020, el contexto podría estar cambiando a una reproducción social en el marco de una feminización migratoria que en el ámbito de empleo esté conllevando a engrosar la mano de obra en algunos servicios de trabajos domésticos, cuidados personales, venta callejera, personal de hostelería, entre otros.

Coincidiendo con el autor señalado, Castillo y Reguant²² refieren que la principal causa de motivación de los venezolanos para emigrar a España, es la inseguridad personal y jurídica. Lo anterior, seguido de la situación económica que incluye el proceso inflacionario, la escasez de medicamentos y el acceso a servicios como la electricidad y el agua, como consecuencia del modelo político implementado desde 1999. Igualmente, señalan que algunos factores influyentes han determinado este proceso, entre ellos: la proximidad idiomática, la cercanía cultural y la posibilidad de tener residencia o nacionalidad. A continuación, se describen algunos determinantes relacionados con el objeto de estudio.

Determinantes que han contribuido a la migración del venezolano hacia España

1. Determinantes políticos: Venezuela y la evolución del Socialismo del Siglo XXI

Examinar el contexto político, económico y social de Venezuela entre 1998 y el 2020, conlleva a comprender de una manera más amplia los posibles factores que han contribuido al incremento de la migración de sus ciudadanos. Este país posee una de las más grandes reservas petroleras del mundo y durante el siglo XX y parte del siglo XXI, fue uno de los principales países exportadores de petróleo. El gobierno de Hugo Chávez introdujo un cambio geopolítico, basado en la búsqueda de nuevos mercados y la implementación de una ideología denominada Socialismo del Siglo XXI¹².

Esta corriente de pensamiento, inicialmente fue ideada por el profesor de la Universidad Estatal de Moscú, Alexander Buzgalin, como una práctica sociopolítica económica que posteriormente fue desarrollada por Heinz Dieterich en su libro “Socialismo del Siglo XXI”²³. De acuerdo con este autor, el modelo de Estado se fundamenta en una filosofía marxista, sustentada en cuatro ejes: el desarrollismo democrático regional, la economía de equivalencias, la democracia participativa y protagónica, así como las organizaciones de base. Además, sugiere

que para superar lo que menciona como democracia burguesa formal, es necesario que la mayoría ciudadana decida sobre los principales asuntos públicos de la nación, es decir una democracia directa y participativa²³.

En Venezuela, el escritor citado, se refirió -en diversas conferencias, asesorías y publicaciones- al sistema económico y político actual, como inestable, asimétrico, mercantilista, nacionalista, excluyente y ecológicamente imposible²³. En este sentido, presentó al Socialismo del Siglo XXI como una solución basada en una economía de equivalencias y democráticamente planificada; luego ese concepto se hizo eco a nivel mundial a partir de su mención por el fallecido presidente Hugo Chávez, en el año 2005²⁴, el cual lo denominó “Socialismo Bolivariano”²⁵.

En base a lo señalado y partiendo del análisis del marco ideológico de Hugo Chávez, se configuró una noción de elementos que incluyeron las luchas históricas del pueblo venezolano, las enseñanzas de los libertadores, los saberes de los pueblos originarios, las experiencias del socialismo durante el siglo XX en el mundo, el cristianismo, el protagonismo y la participación del pueblo venezolano, al igual que una vía institucional de construcción socialista, una patria grande, una integración regional y una economía social²⁴.

Considerando lo expuesto, es de referencia obligatoria mencionar la aprobación del Proyecto Nacional Simón Bolívar (2007-2013), también conocido como el primer Plan Socialista de la Nación o Plan de la Patria^{26,27}. En este plan, Hugo Chávez plasmó una serie de lineamientos estratégicos, entre ellos: la nueva ética socialista, la democracia protagónica, la suprema felicidad social, el modelo productivo socialista, la nueva geopolítica nacional, Venezuela como potencia energética mundial y la nueva geopolítica internacional²⁷.

El segundo Plan de la Patria (2013-2019)²⁸, inicialmente elaborado por Hugo Chávez el 12 de junio de 2012, fue presentado por Nicolás Maduro Moros y aceptado por la Asamblea Nacional posterior a la muerte de Chávez²⁹. No obstante, el aumento de la escasez de alimentos y productos básicos, como también, la pérdida de la calidad de vida de los venezolanos, generaron una serie de protestas en todo el país durante el 2014, causando un descenso de la popularidad del presidente y una victoria de la oposición en las elecciones parlamentarias del 2015³⁰.

Durante el año 2016, la oposición venezolana convocó un proceso revocatorio presidencial que no prosperó frente a órganos del Estado como el Tribunal Supremo de Justicia y el Poder Electoral. Aunado a lo anterior, se desató una crisis institucional en donde la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia declaró en desacato a la Asamblea Nacional de mayoría opositora y asumió sus facultades³¹. La decisión fue considerada tanto por la Asamblea como por la Fiscalía General de la República, como una “ruptura del hilo constitucional” o un autogolpe³² que generó nuevas protestas con más de 100 personas muertas, heridos y detenidos³³.

Ante esta situación y como estrategia política, Maduro convocó y estableció las bases comiciales para una Asamblea Nacional Constituyente, mediante decreto presidencial 2.830 de fecha 1 de mayo de 2017³⁴, cuya vigencia abarcó más de 3 años (desde el 4 de agosto de 2017

hasta el 18 de diciembre de 2020). El proceso se consideró irregular, incluso la Fiscal General de la República Luisa Ortega, desconoció dicha constituyente y denunció los delitos de lesa humanidad cometidos durante las protestas³⁵. La oposición no participó y todos los miembros electos fueron pro gobierno. Desde entonces, la Asamblea Constituyente asumió facultades plenipotenciarias por encima de los demás poderes públicos del Estado, en especial el de la Asamblea Nacional de mayoría opositora.

Otro hecho que acentuó la diáspora política, fue la decisión por parte de la Asamblea Nacional Constituyente de convocar elecciones presidenciales adelantadas, celebrándolas el 20 de mayo de 2018. Para el momento, líderes opositores fueron encarcelados, exiliados o inhabilitados y Nicolás Maduro fue reelecto por un periodo adicional de 6 años³⁶. La elección no fue reconocida ni por la oposición venezolana, ni por más de 50 países y organismos internacionales como la Organización de Estados Americanos (OEA), la Unión Europea (UE), el Grupo de Lima y el Grupo de los 7 (G7), coincidiendo en la ilegalidad de dichos comicios y a la falta de garantías a las normas internacionales de los procesos electorales³⁷. Incluso, la Oficina de Alto Comisionado de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, cuestionó la legitimidad de las elecciones, al señalar que las mismas no tenían ninguna garantía ante un escenario con múltiples violaciones de los derechos humanos³⁸.

El 10 de enero de 2019, Nicolás Maduro se juramentó ante el Tribunal Supremo de Justicia para el periodo 2019-2025 y el 2 de abril de 2019 presentó ante la Asamblea Nacional Constituyente el Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social 2019-2025 (tercer plan socialista)³⁹. En este nuevo plan, el actual presidente propuso el desarrollo de políticas, programas y proyectos destinados a la profundización de la denominada Revolución Bolivariana. En otras palabras, da continuidad al desarrollo del socialismo del siglo XXI.

Es significativo señalar, algunos acontecimientos políticos después de esta elección, entre ellos, la declaración de ilegitimidad del Gobierno de Nicolás Maduro por parte de la OEA, instando que se convoquen nuevas elecciones⁴⁰. La profundización de la diáspora política, marcada por el ejercicio de la Asamblea Nacional en su mayoría opositora como un poder del Estado que fue declarado en desacato desde el 2017. A principios del 2019, Juan Guaidó asumió la Vicepresidencia de la Asamblea, se juramentó como presidente de la República en cabildo abierto y convocó a las elecciones presidenciales, basándose en los artículos 233, 333 y 350 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela⁴¹. Fue reconocido por Luis Almagro, Secretario de la OEA, el parlamento europeo y más de 50 naciones como presidente encargado. Actualmente, su liderazgo ante la asamblea y los parlamentarios elegidos en el 2015 se encuentran en disputa como consecuencia de la elección de la nueva asamblea nacional celebrada en diciembre de 2020. Elecciones consideradas poco transparentes y no reconocidas ni por la oposición ni por diversos países y organizaciones internacionales entre ellos, la OEA⁴².

2. Determinantes económicos: crisis económica e hiperinflación

El aumento de los precios del petróleo (principal producto de exportación de Venezuela)

como también, el cuantioso ingreso en divisas a las arcas del Estado en el mandato del Presidente Hugo Chávez desde 1999, no estuvo sopesado por una verdadera reestructuración macroeconómica alterna a la renta petrolera. Lo anterior, como producto del alto precio del barril de petróleo (que llegó a pasar de 9,64\$ en 1998 a 146\$ en su punto más alto en 2008)⁴³. Así, la caída tanto de los precios como de la producción de petróleo y las decisiones políticas en términos económicos y de administración pública, generó una crisis económica sin precedentes. De acuerdo con las estimaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)⁴⁴, en el 2019, la actividad económica venezolana cayó por sexto año consecutivo y, durante el 2020 tuvo una contracción económica de un 28%. A lo anterior, se suman la pandemia de la enfermedad por Coronavirus (COVID 19) y el endurecimiento de las sanciones impuestas por los Estados Unidos al sector público venezolano⁴⁵.

Por su parte, el Fondo Monetario Internacional (FMI)⁴⁶ refirió que la crisis económica y humanitaria de Venezuela se ha exacerbado desde el año 2013 con una caída del Producto Interno Bruto en más de un 60% descenso de la producción de petróleo, la hiperinflación, el colapso de los servicios públicos y el desplome del poder adquisitivo. Del mismo modo, este organismo en su informe “Perspectivas de la Economía Mundial, octubre 2020”⁴⁷ estimó que la economía de este país se contraerá para el año 2021 en -10%. Lo señalado, como consecuencia de los bajos precios del petróleo y la disminución de su producción, las regulaciones y el control de precios en bienes y servicios de las empresas, las expropiaciones y la pérdida de seguridad jurídica para el capital privado, al igual que la restricción o poco acceso a monedas extranjeras (principalmente el dólar estadounidense). Situación que explica la escasez de alimentos, medicinas y bienes básicos que han dejado de ser producidos, tanto por el progresivo cierre de empresas, como por la escasez de divisas para las importaciones⁴⁸.

Ante el déficit monetario y la ausencia de fuentes de ingresos y financiamiento externo, la política monetaria se ha basado desde entonces, en una expansión monetaria de la moneda nacional (el Bolívar) para cubrir el déficit fiscal. Esto generó un proceso inflacionario e hiperinflacionario desde finales de 2017, traduciéndose en un aumento desmedido de los precios de productos y servicios y un desplome del valor de la moneda, al igual que una disminución del poder adquisitivo de los venezolanos. En cuanto a este punto, las estimaciones del proceso hiperinflacionario para el 2017 fueron de 2.583,7 %; 2018 de 1.698 488,2 %, 2019 de 7.374,4 % y para el 2020 de 3,713% ⁴⁹.

El contexto de la crisis económica y su impacto social, actualmente van acompañados de una crisis humanitaria que, de acuerdo con la encuesta nacional realizada sobre condiciones de vida en 2018⁵⁰, se estima que la pobreza en Venezuela pasó de un 48,4% en 2014 a un 87% en 2017. Para el 2019-2020 el 96% de la población es pobre, incluso el 79,3% no tuvo cómo cubrir la canasta básica de alimentos⁵¹. En cuanto al desempleo, la tasa se ubicó en 58,3% tanto en el 2020 como en el primer trimestre de 2021⁵². Este escenario sigue generando una serie de medidas por parte de la población para contener los efectos de la crisis, entre ellas, emigrar a otros países.

3. Determinantes gubernamentales: represión, protestas y detenciones

La persecución sistematizada en Venezuela a través de diferentes métodos, es otro factor importante que explica la migración masiva⁴⁸. Según el informe de la Organización no Gubernamental Foro Penal⁵³, el número de “detenidos políticos” tanto en protestas como en lugares públicos y domicilios, desde el 2014 hasta finales del 2020, suma un total de 15.668. También, como consecuencia de la Pandemia del COVID-19 la represión paso de ser masiva a selectiva. Aquí, las participaciones de los cuerpos de seguridad del Estado han jugado un papel importante en control y represión social, entre ellos, la Guardia Nacional Bolivariana (GNB), la Dirección de Contrainteligencia Militar (DGCIM) y las Fuerzas de Acciones Especiales (FAES)⁵³.

Asimismo, un informe de la ONU⁵⁴ del 2020, reportó que tanto el gobierno, como los agentes estatales y los grupos que trabajaban con ellos, cometieron violaciones flagrantes de los derechos humanos. El informe indica que el Presidente Maduro y los ministros del Interior y de Defensa tenían conocimiento de tales crímenes. Más allá de encarcelamientos (o exilio forzoso), existen importantes ataques y abusos generalizados y sistemáticos contra la población civil por parte de militares, tal como lo documenta un panel de expertos independientes convocados por la Organización de Estados Americanos.

Entretanto, la Fiscalía de la Corte Penal Internacional⁵⁴ señaló que existen fundamentos razonables para creer que funcionarios o agentes del régimen venezolano han cometido crímenes de lesa humanidad, constituidos por diversos asesinatos, torturas, desapariciones forzosas y detenciones arbitrarias con fines políticos. De allí, se puede deducir que existe una posible persecución política sistemática y selectiva por parte del Estado, hacia quienes se manifiesten en contra el Presidente Maduro.

4. Determinantes sociales: violencia, inseguridad y control social

Como se señaló anteriormente, Venezuela está viviendo un proceso de profundos cambios estructurales de índole político, gubernamental, económico, sanitario, educativo, familiar, así como el surgimiento de nuevos patrones de desigualdad social, que ha venido afectando la calidad de vida de sus ciudadanos, quienes se han visto obligados a la búsqueda de alternativas, tales como, la emigración forzada.

Quienes emigran consideran entre sus razones el derecho a la vida, libertad, seguridad, alimentación, salud, calidad vida y tranquilidad. Se debate entre la vida, el hambre, la enfermedad y la salud mental. Las estadísticas reportan que el 83,6% emigró buscando ambientes más seguros y el 31,2% se vio forzado a moverse de su sitio original⁵⁵. De lo anterior, se desprende que la emigración, se ha convertido en una necesidad para la mayoría de los/as venezolanos/as, pero el logro de condiciones de vida óptimas (en el destino elegido) puede ser considerado un sueño. Adicionalmente a las razones psicosociales, también existen razones económicas, pues un empleo con sueldo mínimo o sueldo profesional es insuficiente para cubrir las necesidades básicas⁵⁵.

Otro factor o determinante social que influye en la migración venezolana, guarda relación con la seguridad y la violencia generalizada durante los últimos años. Progresivamente, se ha dado un incremento en las tasas de homicidios, de crímenes y de la impunidad en general. Tomando como referencia los informes del Observatorio Venezolano de Violencia⁵⁶, la cifra total de homicidios en Venezuela para el año 1999, se estimó en 5000, mientras que, en el 2018, fue de 23.047, lo que corresponde a una tasa de homicidios de 81,4 personas por cada 100 mil habitantes. En total, desde 1999, se han contabilizado 333.039 asesinatos, de los cuales 130.997, se registraron entre el 2014 y el 2018⁵⁶. Ante tal lamentable y alarmante situación, Amnistía Internacional⁵⁶ señaló que la actividad criminal convive con una alta tasa de impunidad, en donde el 90% de los crímenes no son procesados. Al mismo tiempo, enfatizó que el Estado es responsable de la violación del derecho a la vida y a la integridad personal de cientos de víctimas.

Aunado a lo anterior, surgió un aspecto que cobra interés, es la implementación del carnet de la patria por parte del Presidente Nicolás Maduro, como un nuevo sistema de control social, característico de regímenes autoritarios. Según refiere la OEA⁴⁸, las herramientas de control social se caracterizan por lograr que necesidades básicas de los individuos dependan exclusivamente de la voluntad de las autoridades y no de su esfuerzo particular. Así la dependencia social y control ejercido por militares y afectos al gobierno respecto al acceso de servicios básicos y programas sociales generó una estructura de incentivos perversos, donde los beneficiarios deben expresar apoyo incondicional, para asegurar su propio sustento.

Dicho carnet, como sistema, almacena información referida a fechas de cumpleaños, información de familiares, *estatus* de empleo e ingreso, propiedades, historia médica, beneficios sociales recibidos, presencia en redes sociales, membresía a partidos políticos y la historia de participación en procesos electorales. Toda esta información, como también su uso, supone un control social con el fin de generar acceso a programas y servicios del Estado basado en afiliación política e incluso puede conllevar a la exclusión de ciudadanos que se opongan al sistema.

NOTA FINAL

El proceso migratorio venezolano de las últimas décadas es complejo y variado. En este contexto, algunos determinantes identificados como políticos, económicos, gubernamentales y sociales, han marcado hito en una de las mayores migraciones del continente americano hacia diversos países del orbe mundial, entre ellos, España. Ahondar en la temática expuesta, en primer lugar, permitió comprender desde diversas perspectivas, las causas que motivan a millones de venezolanos a salir de su país. En segundo lugar, esperando que, a medida que se vayan logrando los avances en esta investigación, se espera reconocer las percepciones y la capacidad de resiliencia o afrontamiento ante el proceso migratorio del venezolano, resultados que motivarían, la realización de otro artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Migraciones. [Internet]. 2020 [citado 06 enero 2021]. Disponible en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf
2. Banco Mundial. Población total de la República Bolivariana de Venezuela. [Internet]. 2019 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL?locations=VE>
3. García J. Estudios de política exterior. España: Biblioteca nueva SL; 2004.
4. Guardia I. Fuga de venezolanos durante la revolución bolivariana. Revista de Investigaciones Geográficas. 2007; 44:141-157.
5. Freitez A. La última década. Temas de Coyuntura. Revista de Investigaciones Geográficas. 2011; 63:11-18.
6. Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Situación en Venezuela. [Internet]. 2021 [citado 25 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.acnur.org/situacion-en-venezuela.html>
7. Banco Mundial (BM). Una mirada al éxodo venezolano. [Internet]. 2019 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: <http://documents1.worldbank.org/curated/es/539171556250072529/pdf/Beyond-Borders-A-Look-at-the-Venezuelan-Exodus.pdf>
8. Instituto Nacional de Estadística de España (INE). Demografía y Población. Población extranjera por nacionalidad, sexo y año. [Internet]. 2020 [citado 8 marzo 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984
9. Gobierno de España. Ministerio del Interior. Servicios al ciudadano. Datos e información estadística. [Internet]. 2020 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: <http://www.interior.gob.es/web/servicios-al-ciudadano/oficina-de-asilo-y-refugio/datos-e-informacion-estadistica>
10. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Glosario sobre migraciones. [Internet]. 2019 [citado 8 marzo 2021]. Disponible en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf
11. Gómez J. La migración internacional: teorías y enfoques, una mirada actual. Semestre Económico. [Internet]. 2010 [citado 13 marzo 2021]; 26(13):81-99. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1650/165014341004.pdf>

12. Dekocker K. La emigración venezolana como estrategia de reproducción social y su concreción en España entre 1998-2015: factores determinantes [Tesis doctoral en Internet]. España: Universidad Pontificia Comillas; 2017 [citado 06 enero 2021]. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/17985>
13. Smith A. La investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones. México: Fondo de Cultura Económica; 1958.
14. Malthus T. Ensayo sobre el principio de población. México: Fondo de Cultura Económica; 1951.
15. Marx C. El Capital. Volumen I. Madrid: Ediciones-Distribuciones S. A; 1972.
16. Lewis W. Economic Development with Unlimited Supplies of Labour. The Manchester School. [Internet]. 1954 [citado 17 febrero 2021]; 22(2):139-191. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9957.1954.tb00021.x>
17. Torado M. A Model of Labor Migration and Urban Unemployment in Less Devenloped Countries. The American Economic Review. [Internet]. 1969 [citado 20 febrero 2021]; 59(1):138-148. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/1811100?refreqid=excelsior%3Ad919a4fe0fb9904a2562257239642f22&seq=1>
18. Stark O. La migración del trabajo. Madrid. España: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1993.
19. Piore M. Birds of passage: migrant labor in industrial societies. United Kingdom: Cambridge University Press; 1979.
20. Massey D. Worlds in motion. Understanding International Migration at the End of the Millennium. United Kingdom: Clarendon Press; 1998.
21. Aruj R. Causas, consecuencias, efectos e impacto de las migraciones en Latinoamérica. Papeles de la población. [Internet]. 2008 [citado 10 marzo 2021]; 14(55). Disponible en: <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/8598>
22. Castillo T, Reguant M. Percepciones sobre la migración venezolana: causas, España como destino, expectativas de retorno. Migraciones. [Internet]. 2017 [citado 6 febrero 2021]; 41:133-163. Disponible en: <https://revistas.comillas.edu/index.php/revistamigraciones/article/view/7898>
23. Dieterich H. El Socialismo del Siglo XXI. [Internet]. s.f. [citado 19 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.rebellion.org/docs/121968.pdf>
24. Chávez H. Año del Salto Adelante. Hacia la construcción del Socialismo del siglo XXI, Selección de discursos del Presidente de la República Bolivariana de Venezuela Hugo Chávez

Frías. Caracas: Ediciones de la Presidencia; 2005.

25. Chávez H. El Libro Azul. Caracas: Ediciones Correo del Orinoco; 2013.

26. República Bolivariana de Venezuela. Ministerio del Poder Popular de Planificación de la Evolución de la Revolución. Venezuela: Imprenta Instituto Geográfico de Venezuela Simón Bolívar; 2020.

27. República Bolivariana de Venezuela. Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2007-2013. [Internet]. 2007 [citado 11 marzo 2021]. Disponible en: <http://www.mppp.gob.ve/wp-content/uploads/2018/05/Plan-de-la-Naci%C3%B3n-2007-2013.pdf>

28. República Bolivariana de Venezuela. Segundo Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2013-2019. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 6.118. Caracas: Presidencia de la República; 2013.

29. Noticias Caracol. Así se anunció la muerte de Hugo Chávez. [Internet]. 2013 [citado 4 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=jhqFHW-zUtA>

30. Washington R. 'Maduro approach' to Venezuelan crisis is not fixing the problem. [Internet]. 2016 [citado 9 abril 2021]. Disponible en: <https://www.cnbc.com/2016/06/22/analysts-deem-venezuelas-situation-unsustainable.html>

31. BBC News/Mundo. Tribunal Supremo de Venezuela declara "en desacato" a la Asamblea Nacional de mayoría opositora. [Internet]. 2016 [citado 11 abril 2021]. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/01/160111_venezuela_tsj_descato_asamblea_dp

32. El Nacional Web. Asamblea Nacional se pronunciará este domingo contra ruptura del hilo constitucional. [Internet]. 2017 [citado 16 abril 2021]. Disponible en: https://web.archive.org/web/20170612005944/http://www.el-nacional.com/noticias/asamblea-nacional/pronunciara-este-domingo-contraruptura-del-hilo-constitucional_88518

33. Observatorio de Conflictividad Social. Venezuela: 6.729 protestas y 163 fallecidos desde el 1 de abril de 2017. [Internet]. 2017 [citado 27 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.observatoriodeconflictos.org.ve/sin-categoria/venezuela-6-729-protestas-y-157-fallecidos-desde-el-1-de-abril-de-2017>

34. Presidencia de la República Bolivariana de Venezuela. Convocatoria de Asamblea Nacional Constituyente. Gaceta Oficial 6.295. Caracas: Imprenta Nacional; 2017.

35. García D. BBC News/Mundo. La Fiscal General Luisa Ortega desconoce la Constituyente de Venezuela y acusa al gobierno: "Estamos ante un delito de lesa humanidad". BBC News/Mundo. [Internet]. 2017 [citado 29 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-40784445>

36. República Bolivariana de Venezuela. Consejo Nacional Electoral. Noticias. Presidenta del

CNE anunció cómputo oficial de Elecciones 2018. [Internet]. 2018 [citado 16 abril 2021]. Disponible en: http://www.cne.gob.ve/web/sala_prensa/noticia_detallada.php?id=3715

37. Diario El Mundo. ¿Por qué es considerado ilegítimo Nicolás Maduro? [Internet]. 2019 [citado 14 febrero 2021]. Disponible en: <https://diario.elmundo.sv/por-que-es-considerado-ilegitimo-nicolas-maduro/>

38. Noticias ONU. Venezuela no reúne las “condiciones mínimas” para unas elecciones libres y creíbles. [Internet]. 2018 [citado 17 enero 2021]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2018/03/1428522>

39. República Bolivariana de Venezuela. Tercer Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2019-2025. Gaceta Oficial N° 6.442. Caracas: Imprenta Nacional; 2019.

40. Organización de los Estados Americanos (OEA). Consejo Permanente. Resolución sobre la situación de Venezuela. [Internet]. 2019 [citado 26 abril 2021]. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/pdfid/5c38dfb74.pdf>

41. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. 1999. Gaceta Oficial N° 5.908 Extraordinario. Caracas: Imprenta Nacional; 2009.

42. Organización de Estados Americanos (OEA). Resolución la carencia de condiciones democráticas mínimas, para garantizar elecciones libres, justas y transparentes en la República Bolivariana de Venezuela. [Internet]. 2020 [citado 17 mayo 2021]. Disponible en: https://www.oas.org/es/centro_noticias/comunicado_prensa.asp?sCodigo=D-018/20

43. Olivo V. Venezuela 2015: economía, política y sociedad. Venezuela: Fundación Konrad Adenauer. Universidad Católica Andrés Bello; 2015.

44. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Estudio Económico de América Latina y el Caribe: República Bolivariana de Venezuela. [Internet]. 2019 [citado 13 mayo 2021]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44674/179/EEE2019_Venezuela_es.pdf

45. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Estudio Económico de América Latina y el Caribe: República Bolivariana de Venezuela. [Internet]. 2020 [citado 13 mayo 2021]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46501/92/BP2020_Venezuela_es.pdf

46. Werner A. Fondo Monetario Internacional (FMI). Perspectivas para América Latina y el Caribe: Nuevos retos al crecimiento. Diálogo a Fondo. El blog del FMI sobre temas económicos de América Latina. [Internet]. 2020 [citado 16 mayo 2021]. Disponible en: <https://blog-dialogoafondo.imf.org/?p=12795>

47. Fondo Monetario Internacional (FMI). Informes de perspectivas de la economía mundial. [Internet]. 2020 [citado 16 mayo 2021]. Disponible en:

<https://www.imf.org/es/Publications/WEO/Issues/2020/09/30/world-economic-outlook-october-2020>

48. Organización de Estados Americanos (OEA). Informe Preliminar sobre la crisis de migrantes y refugiados venezolanos en la región. [Internet]. 2019 [citado 17 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.oas.org/docs/grupo-trabajo-venezuela/informe-preliminar-mar-2019/es/Informe%20preliminar%20sobre%20las%20crisis%20de%20migrantes%20y%20refugiados%20venezolanos%20en%20las%20regi%C3%B3n.html>

49. Soteldo C. Tabla Histórica de la Inflación del IPC-INPC en Venezuela. [Internet]. 2020 [citado 17 mayo 2021]. Disponible en: <https://tsmconsultores.com/tabla-historica-del-ipc-en-venezuela-2/>

50. Encuesta Nacional Sobre Condiciones de Vida (ENCOVI). [Internet]. 2018 [citado 27 diciembre 2020]. Disponible en: <https://elucabista.com/wp-content/uploads/2018/11/RESULTADOS-PRELIMINARES-ENCOVI-2018-30-nov.pdf>

51. Rojas Y. ABC Internacional. El 96% de los venezolanos está en la pobreza y llega a niveles de África. [Internet]. 2020 [citado 23 marzo 2021]. Disponible en: https://www.abc.es/internacional/abci-96-por-ciento-venezolanos-esta-pobreza-y-llega-niveles-africa-202007081748_noticia.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F

52. Círculo de Estudios Latinoamericanos. Venezuela registra la tasa de desempleo más alta del mundo. [Internet]. 2021 [citado 29 abril 2021]. Disponible en: <https://www.cesla.com/detalle-noticias-de-venezuela.php?Id=2163349>

53. Foro Penal. Reportes de represión. [Internet]. 2020 [citado 16 abril 2021]. Disponible en: <https://foropenal.com/category/publicaciones/foro-penal/reportes-de-represion/>

54. Naciones Unidas. Noticias ONU. Venezuela: Misión de la ONU indica que las autoridades cometieron violaciones graves de los derechos humanos. [Internet]. 2020 [citado 27 marzo 2021]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/09/1480562>

55. Bermúdez Y, Mazuera R, Alborno N, Morffe M. Informe sobre la movilidad humana venezolana. Realidades y perspectivas de quienes emigran. Venezuela: Servicio Jesuita a Refugiados (SJR); 2108.

56. Observatorio Venezolano de Violencia. 2018-La violencia presenta nuevos rostros en el país: el empobrecimiento y la letalidad policial. [Internet]. 2018 [citado 29 abril 2021]. Disponible en: <https://observatoriodeviolencia.org.ve/news/ovv-lacso-informe-anual-de-violencia-2018/>



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN

8

Número 2 (2021)

Recibido: 25/05/21 Aceptado: 08/06/21

RESEÑA

María Carrasquel de Vásquez (1903-1996): enfermera emprendedora

**María Carrasquel de Vásquez
(1903-1996): enterprising nurse**

María Álvarez (Lcda.)

¹Profesora de la Escuela de Enfermería, Universidad Central de Venezuela (UCV), Caracas-Venezuela. Coordinadora del Museo Histórico de la Enfermería Venezolana. Estudiante de la Especialización Gestión del Desarrollo Social, Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez (UNESR), Caracas.
Correo electrónico: mariahuconf@gmail.com
ORCID: 0000-0002-0695-2892

RESUMEN

La presente reseña biográfica, corresponde a una destacada enfermera venezolana del siglo XX que marcó hito por su trayectoria profesional, emprendimiento y aporte al desarrollo de la enfermería a nivel educativo y gremial. Su legado ha quedado plasmado en diversas fuentes documentales e informativas donadas por su familia en el año 2015 al Museo Histórico de la Enfermería Venezolana; entre ellas, su resumen curricular, revistas, encartados de publicaciones propias y fotografías, entre otros. Su aporte a la profesión, ha trascendido por medio del valor social que esta le impregnó a través de actividades profesionales, extracurriculares, artísticas y humanas que merecen un reconocimiento y divulgación.

Palabras clave: Enfermería, Venezuela, biografía, reseña.

ABSTRACT

This biographical review corresponds to an outstanding twentieth century Venezuelan nurse who marked a milestone for her professional career, entrepreneurship and contribution to the development of nursing at an educational and union level. His legacy has been reflected in various documentary and informative sources donated by his family in 2015 to the Historical Museum of Venezuelan Nursing; among them, their curriculum summary, magazines, inserts of their own publications and photographs, among others. His contribution to the profession has transcended through the social value that is impregnated through professional, extracurricular, artistic and human activities that deserve recognition and dissemination.

Keywords: Nursing, Venezuela, biography, review.

— DESARROLLO

Orígenes y educación

María Carrasquel de Vásquez nació en Caracas-Venezuela, el 21 de noviembre de 1903, su infancia y juventud transcurrieron en los barrios El Manicomio y La Pastora. Refiere en su currículum vitae de 1963: “realicé estudios de primaria como se acostumbraba en esa época, cumpliendo labores del hogar, pilar maíz antes de ir a la escuela, ayudar a mi mamá a hacer las arepas para nuestro desayuno, llevarme arepas rellenas con papelón para la merienda de la escuela, tomar el agua de maíz endulzada para aplacar la sed, me impregné de todo lo que estaba a mi alrededor, puedo decir que tuve una infancia feliz”¹. “Contraí matrimonio con el Señor Nicolás Vásquez Marcano, dejando como descendencia una hija, Edilia Vásquez, dos nietas y dos bisnietos” (p.2)¹.

En este contexto, la figura de su abuelo paterno, Cirilo Carrasquel Acosta, la llevó a indagar de manera exhaustiva los orígenes de la familia, investigación que publica en 1995, con la cual, rinde homenaje a la memoria de sus antepasados y escribe: “lo dedico a mis ausentes que llevan el apellido que con gran orgullo llevo, a mi hermana Helena y a mis hijos” (p.3)² (Figura 1).



Figura 1. Publicación escrita por María Carrasquel de Vásquez sobre el origen de su familia.1995.

Sus estudios de primaria los realizó en la Escuela Normal de Mujeres, bajo la dirección de la Profesora Lola Gandelles y su formación secundaria se desarrolló en el Liceo Juan Vicente

González en el turno nocturno¹. Estudió Enfermería en la Escuela de Enfermería del Hospital Vargas (1936-1937). En la entrevista que le hiciera la estudiante Elena Guillén para la revista Azulejos de la Escuela Florencia Nightingale en 1967, señaló que su curso se inició con treinta y seis participantes, de las cuales, fue una de las trece que logró graduarse. Describió que la mayor parte de sus profesores eran médicos y, solo dos, no lo eran, las enfermeras Paulita Sanoja y Lola Bertorelli. De esta última, guardó el mejor de los recuerdos y un gran cariño, “pues como mujeres luchadoras que eran, sabían orientar y mejor, eran nuestro apoyo moral” (p.4)³ (Figura 2).

Para graduarse, presentó y aprobó un examen integral que se realizó en la Universidad Central de Venezuela (UCV), otorgándole el título de Enfermera Graduada, quedando registrada en la Facultad de Ciencias Médicas, bajo el Folio N° 51 del libro respectivo de 1937; perteneciendo así, a la primera promoción de enfermeras graduadas en el país¹.

En la entrevista que le realizó la estudiante citada³ (Figura 2), ésta le preguntó: ¿Por qué decidió ser enfermera? María Carrasquel, respondió:

Creo que desde pequeña sentí la inclinación de acercarme a los enfermos, pero fue hacia los 14 años que este sentimiento se hizo más fuerte. Cerca de mi casa había una viejecita que estaba muy enferma y sufría una crisis de disnea, ella debía tomar en estos momentos una medicina y yo estaba siempre pendiente de la hora de dársela y esto me producía una gran satisfacción. Pero fue al ser madre, que esta vocación se hizo más patente, posiblemente por ayudar a mi hija a su bienestar físico (p.4).

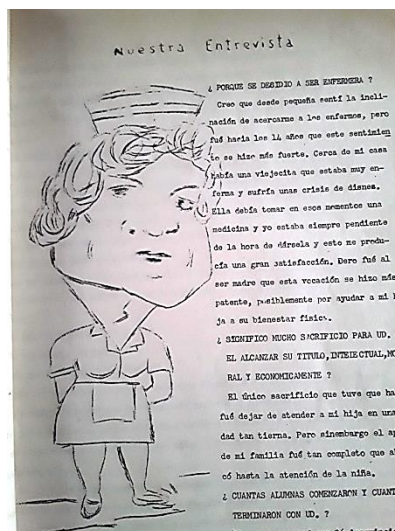


Figura 2. Revista Azulejos de la Escuela Florencia Nightingale. Entrevista a María Carrasquel de Vázquez.1967.

Servicio profesional

Desarrolló su práctica profesional desempeñándose en diferentes centros de salud según la exigencia de la época, pues el país carecía de personal preparado para la asistencia de enfermería. Manifestó que al graduarse, le fue fácil conseguir trabajo, ya que en ese momento la figura de enfermera graduada era algo nuevo. Consideró que el trato con los pacientes era magnífico, era la primera vez que los enfermos se veían en manos de expertas y técnicas. Relató que sintió satisfacción en los cargos desempeñados en el interior del país, laborando como enfermera y educadora¹. Al respecto señaló: “Fui de las primeras enfermeras venezolanas en sustituir a la noble misión de las monjas de la congregación del San José de Tarbes, traídas al país por el Dr. Juan Pablo Rojas Paul el 13 de junio de 1889”¹.

En el Instituto Oncológico Luis Razzeti en 1937, fue una de las primeras enfermeras que se desempeñó en las consultas de Oftalmología y Otorrinolaringología. Paralelamente, trabajó en el Pabellón de Cirugía en el Leprocomio de Cabo Blanco, ubicado en el Departamento Vargas, denominación territorial para la época, desde 1938 a 1939, bajo la dirección del Dr. Carlos Gil Yépez Blanco¹.

A partir de 1939, fue asignada al Hospital Psiquiátrico de Caracas en los servicios 1 y 2, bajo la dirección del Dr. Guillermo Aranda, a quien consideró su orientador vocacional. También, entre 1939 y 1940, formó parte del equipo sanitario que se trasladó al Estado Zulia, con motivo del incendio de Lagunillas, siendo en esa época Ministro de Sanidad el Dr. Julio García Álvarez y el Director de Salubridad, Carlos Diez del Ciervo. Para 1940, habiéndose fundado la Unidad Sanitaria de Caracas y teniendo ya el curso de sanitarista, obtuvo el nombramiento de Jefe de la Unidad Sanitaria en la Ciudad de la Victoria, Estado Aragua¹.

Durante cinco años trabajó como Enfermera Jefe en varios centros asistenciales de la región capital, entre ellos el puesto de emergencia, anexo al Hospital Vargas de Caracas y el Pabellón de Cirugía del Hospital Psiquiátrico de Caracas¹ (Figura 3).



Figura 3. Sentados, de derecha a izquierda: Director Alfredo Rojas, Sra. Paulita Santiago de Sanoja y el Dr. Pedro González. De pie, de derecha a izquierda: Sra. María Carrasquel de Vásquez, Srta. María Cristina Morales y María de Lourdes Rodríguez. Hospital Vargas de Caracas. 1942.

En 1945, creó el Centro Venezolano de Enfermeras Graduadas de Atención Domiciliaria, y desde allí ejerció de manera privada hasta 1951. Este centro –reportó en la entrevista– fue un lugar para prestar servicio de enfermería a domicilio, contaba con un grupo de enfermeras graduadas y auxiliares de enfermería a disponibilidad de los médicos que las necesitasen, porque era ellos, quienes las enviaban a los diferentes casos. Había enfermeras especializadas en niños, parturientas, casos quirúrgicos, casos clínicos y otros³. Era una época en que comenzaba a conocerse la Penicilina y por el sistema de aplicación de aquel momento, se administraba cada tres (3) o cuatro (4) horas; los médicos exigían que fuese una enfermera que la aplicara. Este centro de enfermeras duró 6 años bajo su dirección³.

Para 1953, por asuntos familiares viajó a España (Figura 4), en donde aprovechó la oportunidad para visitar el Hospital San Juan de Dios y San Carlos y en Bologna-Italia, el Instituto Riziolli⁴. A su regreso a Venezuela, ejerció nuevamente como Jefe de Enfermeras en la Clínica Luis Razzeti en Caracas (1955 y 1957). A la vez, se desempeñó como Enfermera Jefe desde 1954 a 1964 en los centros asistenciales públicos: Hospital Miguel Oraá de Guanare, Estado Portuguesa (Figura 5) y el Hospital Luis Razzeti de Barcelona, Estado Anzoátegui¹. También se considera, una de las enfermeras fundadoras del Hospital Universitario de Caracas, quien fue asignada al servicio de Oftalmología hasta el año 1964, cuando se jubiló por el Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSAS)¹.



Figura 4. María Carrasquel al lado de la Giralda en Granada-España. 1953.



Figura 5. María Carrasquel con su grupo de compañeras. Sentadas, a la derecha, María Carrasquel de Vásquez y Enfermera Graduada. De pie, la auxiliar de enfermería. Hospital Miguel Oraá, Guanare-Portuguesa. 1954.

Gestión gremial

Pionera junto a las enfermeras Paulita Sanoja, Isabel Yáñez de Giamo y María Dávila de Bravo en las actividades de defensa de los derechos laborales de las enfermeras, con la creación de la Asociación de Enfermeras Graduadas (AEG). Esta asociación gremial se inició con una reunión convocada por Paulita Sanoja el 25 de abril de 1941, a la cual le sucedieron otras reuniones. Quedó constituida jurídicamente el 17 de junio de 1941 y registrada bajo el número 164, tomo 6 del Segundo Circuito del Registro Civil. Su objetivo constitutivo fue velar por los intereses profesionales, educativos y sociales de las enfermeras⁵.

Cabe destacar que, entre 1958-1960, se modificaron los estatutos de la AEG y cambió de nombre por Asociación Venezolana de Enfermeras Profesionales (AVEP)⁵, cuyo propósito se fundamentó en luchar por las reivindicaciones laborales, sociales y económicas del gremio. Aquí, María Carrasquel de Vásquez hizo un llamado a las agremiadas, alertando sobre la necesidad de la unidad, para preservar el propósito de la institucionalidad de la AVEP⁵: “Nuestra profesión ha forjado mujeres que han llevado una vida noble, de ardiente devoción, incansables en su esfuerzo, tan enérgicas en pensamiento como proféticas en su visión. Se hace necesario que este esfuerzo, mantenido a través de nuestra actitud profesional, se canalice hacia una sola acción, escogencia de un método, que permita desarrollar algo, muy profundo y extenso, para mejorar nuestras condiciones socioeconómicas” (p.17).

Es de resaltar que, desde la actividad en la AEG, con motivo del terremoto acaecido en Ecuador, en el año 1947, María Carrasquel, organizó el comité de pro-fondos para los damnificados, así como también, para las personas que habían sufrido por la creciente del río Guaire en Caracas, durante el mismo año. Gestionó también, el reconocimiento a las tres enfermeras que fueron enviadas en misión de ayuda a Ecuador, entre ellas, Berta Naranjo, a quién se le otorgó la medalla al mérito por la asociación¹ (Figura 6).



Figura 6. Enfermera Berta Naranjo en comisión de ayuda. Terremoto en Ecuador. 1947.

Desde su cargo directivo, como Bibliotecaria en la AVEP y gracias a la entusiasta y dinámica colaboración de la Junta Directiva, fundó bibliotecas para las profesionales de Enfermería, como fuente de cultura para sus agremiados en varios estados del país, entre ellas, la Biblioteca Rodríguez Luiggi, fundada en la sede de la AVEP, en 1962⁵. Seguidora de la vida y obra de Florencia Nightingale, obsequió en la V Convención Nacional de Enfermeras, de la AVEP, su publicación sobre la biografía de esta figura de la enfermería moderna (Figura 7), expresando que: “He elegido este tema de la vida de Florencia Nightingale por considerar que es más apasionante y siempre de actualidad latente en nuestros espíritus, y que sea ella la que ilumine el camino para resolver los problemas que nos agobian para exigir soluciones definitivas en pro de la preparación de la enfermera”⁶.

Igualmente, consideró en su discurso, que: “La trayectoria del profesional de la enfermería gremialista y docente ha sido llevada a cabo con esfuerzo en todos los ámbitos donde han tenido que desenvolverse ante una colectividad de enfermería heterogénea, lo que le imprime a este trabajo el sello de una inconfundible sinceridad en pro de las reivindicaciones de todas las colegas presentes y futuras”⁶.



Figura 7. Publicación sobre La Vida de Florencia Nightingale, obsequiada por María Carrasquel. V Convención Nacional de Enfermeras, AVEP. Caracas. 1967.

Aportes investigativos

Desde su actividad en la mencionada asociación, demostró inquietud e interés por el estudio e investigación de temas referidos a la profesión, entre los cuales se destacan, además de los reportados en apartados anteriores, cuidados de enfermería en el infarto al miocardio y en el embarazo gravídico; mujeres bíblicas; origen del velo, cofia y capa; la vida de Florencia Nightingale, entre otros¹. La parte investigativa de estos temas la llevarían a presentar conferencias en espacios académicos y asistenciales de la época (convenciones, hospitales públicos y privados), dirigidos a los profesionales de enfermería. Algunos de sus trabajos fueron

publicados con las normas de la época, por ejemplo, en 1960, se bautizó el folleto “Apuntes para una Historia de la Enfermería”, impreso y ampliamente divulgado por la AVEP⁵ (Figura 8).



Figura 8. Homenaje por motivo del bautizo de la publicación “Apuntes para una Historia de la Enfermería”. De derecha a izquierda: Alicia Pavón, René Laya, María Carrasquel de Vásquez, Lila Carrillo, Carmen Pérez Gómez y Felicitas Cristofini. 1960.

Docente y enfermera emprendedora

En relación a este apartado, Carrasquel hizo alusión a: “Con las gozosas esperanzas de las grandes aventuras, seremos juzgadas por nuestra firme resolución de seguir el camino que nos conducirá al progreso” (p.18)⁵. Con esta frase, llena de determinación y firmeza a sus 60 años, emprendió con gran audacia y asumiendo riesgos, lo que fue su mayor contribución al desarrollo y avance de la profesión de Enfermería, crea la Escuela Privada Florencia Nightingale el 27 de agosto de 1963, inscrita en el Ministerio de Educación con el número T-051-D¹.

Como propietaria y directora se adaptó de manera dinámica a los cambios educativos de la época. El plan de estudio de esta escuela se inició con una duración de 4 años y el alumno ingresaba con sexto grado aprobado¹. Este pensum duró hasta 1973, cuando el Ministerio de Educación modificó el plan de estudio que contempló una reforma importante de la educación secundaria y técnica bajo el marco legal del Decreto 120 del 13 de agosto de 1969 y la resolución N° 30.125, según Gaceta Oficial del 11 de junio de 1973⁷.

Con esta modalidad educativa, los estudiantes debían tener tercer año aprobado, cursar cuarto y quinto año y egresar como Bachiller Asistencial Mención Enfermería. La Escuela cerró sus puertas en 1983 por el nuevo cambio que se diera a nivel educativo, de Bachillerato Asistencial a Técnico Superior en Enfermería¹. Desde su gestión como Directora de la Escuela,

organizó importantes eventos de carácter académico, social y cultural, motivado a celebraciones de actos de grado, semana de la enfermera, exposiciones de artes plásticas (cerámica, pintura), entre otros (Figuras 9 y 10).



Figura 9. Desfile de estudiantes. Escuela Privada de Enfermería Florencia Nightingale. 1963.



Figura 10. Acto de bendición de cofias. Iglesia de la Chiquinquirá. Caracas. 1969.

En este periodo, trabajó arduamente para otorgarle un carácter público, comunicacional y distinguido a estas actividades y a otras como la celebración del Acto de Grado de la Primera Promoción de Egresadas de la Escuela Florencia Nightingale “Dra. Luisa Teresa Silva”, en 1967, en el Auditorio del Colegio de Médicos del Distrito Federal¹ (Figura 11).



Figura 11. Primera Promoción de Egresadas de la Escuela Florencia Nightingale "Dra. Luisa Teresa Silva". Auditorio del Colegio de Médicos del Distrito Federal, Caracas. 1967.

Con motivo de la Semana de la Enfermera, en 1970, realizó una exposición de trabajos artísticos y artesanales en el Colegio de Médicos del Distrito Federal y una exposición artesanal colectiva en el Ateneo de Caracas. En esta exposición exhibió un grupo de muñecas Barbie, vestidas con los distintos uniformes utilizados por el personal de enfermería para el momento: enfermera asistencial, enfermera de salud pública y la estudiante de enfermería¹ (Figura 12).



Figura 12. Colección de muñecas Barbie con el vestuario de enfermería. Escuela de Enfermería Florencia Nightingale. Ateneo de Caracas. 1970.

Desde la Escuela Florencia Nightingale como espacio de intercambio y alianzas con otras instituciones, preocupada por los problemas de la colectividad, se involucró en actividades de interés social, como se demuestra con la fundación, en 1971, de la Galería de Arte Vincent

Van Gogh, con una exhibición permanente de pinturas, integrada a los espacios de la Quinta Dante, donde funcionaba la citada escuela, en San Bernardino, Caracas¹ (Figura 13).



Figura 13. Inauguración de la Galería de Arte Vincent Van Gogh. Escuela de Enfermería Florencia Nightingale. Caracas. 1971.

En 1980, se realizó el acto de la Fundación de la Biblioteca de la Escuela Florencia Nightingale, que llevaría su nombre y que posterior al cierre de la escuela, fue donada a la comunidad de Sarria en 1984¹. Posteriormente, en 1983, fundó la Biblioteca de la Coral Infantil “Flor Roffe”, un periódico mensual infantil del mismo coro, siendo nombrada coordinadora de esta coral por la Fundación Orfeón Universitario de Caracas¹ (Figura14). Asimismo, formó parte de la Asociación de Jubiladas Sanitaristas y de la Fundación Orfeón Universitario como voluntaria¹.



Figura 14. Homenaje a María Carrasquel de Vásquez por la Coral Infantil “Flor Roffe”. 1983.

En el año 1985, fue convocada por el comité de la Asociación de Jubiladas Sanitaristas para formar parte de una fundación creada por la Dra. Verónica Lepage¹, que tuvo como propósito, el adiestramiento de mujeres de escasos recursos. Con el tiempo, pasó a formar parte del comité consultivo de dicha organización, habiendo contribuido para un proyecto de camareras de clínicas y hospitales y para el hogar.

Reconocimientos

Recibió innumerables reconocimientos por su destacada trayectoria profesional y labor social, entre otras, se mencionan, el premio Presidente de la República, Día de la Enfermera, otorgado en 1962. En 1970, el Patronato Nacional de Ancianos le otorgó Medalla de Honor al Mérito por su participación en la Exposición de Artes Plásticas. En 1974, recibió la Orden al Mérito en el Trabajo en Segunda Clase, otorgada por el Ministerio del Trabajo en el Salón Ayacucho del Palacio de Miraflores, a cargo del Presidente de la República Carlos Andrés Pérez¹ (Figura 15).

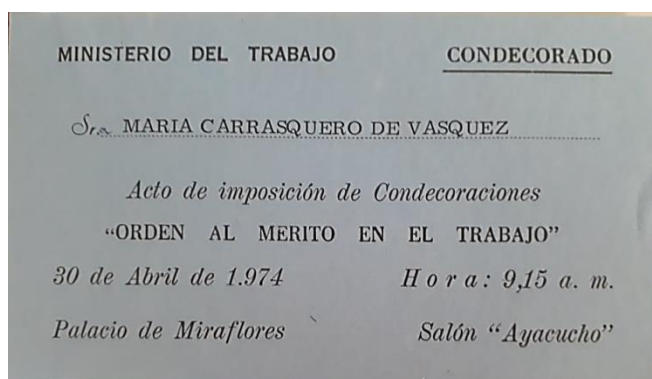


Figura 15. Invitación personal a María Carrasquel de Vásquez para recibir Condecoración “Orden al Mérito en el Trabajo”. Palacio de Miraflores. Caracas. 1974.

En 1984, recibió la Medalla de Honor al Mérito por la Fundación Orfeón Universitario por su incansable labor como Coordinadora de la Coral Infantil “Flor Roffe”¹. Se mantuvo activa, apoyando y asesorando proyectos sociales hasta sus últimos años de vida. Falleció el 6 de noviembre de 1996 a la edad de 93 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrasquel M. Auto-reseña: Currículo Vitae. Caracas: Fundación Florence Nightingale; 1963.
2. Carrasquel M. Orígenes de la familia Carrasquel. Caracas; 1995.
3. Guillén E. Nuestra entrevista. Órgano de las Escuelas de Enfermeras. Revista Azulejos de la Escuela Florencia Nightingale. 1967; 1:5-6.
4. La Enfermería una profesión en la cual la ciencia y la bondad compiten. Revista Tradición. 1976; I(2):27.
5. Sanoja P, Bravo M, Giamo I, Carrasquel M. Veinticinco años y una misma voz. Apuntes para la historia de la Asociación Venezolana de Enfermeras Profesionales 1941-1966. Caracas: AVEP; 1966.
6. Carrasquel de V. M. La Vida de Florencia Nightingale. Caracas; 1967.
7. Gaceta Oficial de la República de Venezuela. N° 30.125. Caracas, Venezuela: Imprenta Venezuela; 1973.

AGRADECIMIENTO

A Edilia González Vásquez y Alejandra González Vásquez, hija y nieta de María Carrasquel de Vásquez por el importante aporte de documentos, publicaciones, entrevistas y fotografías que permitieron documentar la presente reseña.

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

El prodigio de la filatelia Razón histórica de la Enfermería



Publicado por: Fundación “María Teresa Miralles Sangro para el Estudio de la Evolución de los Cuidados y el Desarrollo de la Enfermería”

Lugar y fecha de edición: Madrid-España, 2020

Contacto para la adquisición del libro:

www.fundacionmariateresamiralles.com

fundacionmariateresamiralles@gmail.com

La autora

María Teresa Miralles Sangro, posee una trayectoria de más de 30 años de ejercicio profesional. Es Doctora por la Universidad Complutense de Madrid, Master en Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de Alcalá y profesora jubilada. Miembro del Grupo de Investigación Educación Historia y Ciencia en el Arte de la Sanación de la Universidad de Murcia. Presidenta de la Fundación María Teresa Miralles Sangro para el Estudio de la Evolución de los Cuidados. Directora del Museo de Historia de la Enfermería, instalado en el Colegio de Enfermería de Madrid. Autora de numerosos artículos y de los siguientes libros: *La enfermería a través de los sellos* (2008), *El pistero* (2012), *La imagen enfermera a través de los documentos filatélicos y su correspondencia ideológica-educativa* (2012), *La pequeña historia del biberón* (2012), *Las primeras enfermeras laicas* (2020).



Su interés por la historia y la investigación, la han llevado a coleccionar sellos relacionados con el ámbito sanitario y de la enfermería, creando la colección filatélica “La enfermera: cuidar, enseñar y confortar”, con la que ha obtenido numerosos premios y reconocimientos. Es académica de número de la Real Academia Hispánica de Filatelia e Historia Postal.

El libro

El libro, es una exquisita obra de divulgación sobre la historia de la Enfermería, su relevancia social y la puesta en escena de la condición de ser enfermera. La pericia de la autora, conlleva al desarrollo del contenido, en un contexto de saberes que se estructura en ocho capítulos:

Capítulo I. De el atlas de los orígenes enfermeros

Capítulo II. De el argumento del cuidado al otro

Capítulo III. De la *Leyenda negra* de la Enfermería

Capítulo IV. De las enfermeras en el campo de batalla

Capítulo V. De las enfermeras en el periodo de entreguerras

Capítulo VI. Del cuidado de las enfermeras a la población civil

Capítulo VII. De la invasión del modelo *protestante nightingaleano*

Capítulo VIII. De la razón histórica de la Enfermería

Coincidiendo con la autora, el contenido del libro pretende ser un intento explicativo de la íntima relación entre las imágenes filatélicas y la historia del estereotipo de la enfermera.

Texto y fotografías: Eduardo Sánchez. Madrid, 2021.

*Esta versión digital de la revista **Enfermería, Historia e Investigación (EHI)**, se realizó cumpliendo con los criterios y lineamientos establecidos para la edición electrónica en el **Volumen 8, Número 2 (2021)**, publicada en el repositorio institucional SaberULA. Universidad de Los Andes – Venezuela*

*www.saber.ula.ve
info@saber.ula.ve*