

Artículo de Reflexión

# Contribuciones epistemológicas para disminuir la brecha teoría-práctica de enfermería en Colombia

Epistemological contributions to reduce the theory-practice nursing gap in Colombia

Contribuições epistemológicas para reduzir a distância teoriaprática da enfermagem na Colômbia.

*William Iván López-Cárdenas\**  
*Beatriz Helena Soto-Mora\*\**

## Autor de correspondencia

\* ✉ Enfermero, Magister en Salud Pública. Profesor de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Correo: wivan.lopez@udea.edu.co. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9369-562X>. Medellín, Colombia

\*\* Enfermera, Magister en Salud Pública. Asesora de investigación, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Correo: bhsotom@unal.edu.co. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8411-2602>. Bogotá, Colombia.

## Resumen

El desarrollo epistemológico de enfermería ha pasado por diferentes fases en las que se ha definido el núcleo disciplinar o metaparadigma de enfermería, a partir del cual se han desarrollado modelos conceptuales y grandes teorías que han definido la naturaleza, la misión y objetivos de la disciplina y han dado lineamientos generales para la orientación de la investigación y la práctica. Sin embargo, su nivel de abstracción conceptual limita su uso para el abordaje de fenómenos y cuestiones propias de la práctica de enfermería. Ante esta situación, se reflexiona sobre las contribuciones de las teorías de rango medio, de las teorías prácticas o de situación específica y de la práctica de enfermería basada en la evidencia, para la disminución de la brecha teoría-práctica-investigación de enfermería en el contexto colombiano. Finalmente, se propone una agenda de trabajo disciplinar y profesional que articule los desarrollos teóricos y el conocimiento práctico de enfermería con las prioridades de salud y de cuidado en la esfera nacional y global.

**Palabras clave:** Teoría de enfermería, modelos de enfermería, investigación en enfermería, enfermería basada en la evidencia.

## Abstract

The epistemological development of nursing has passed through different phases which have defined the disciplinary core or the metaparadigm of nursing, from which conceptual models and big theories have been developed and have defined the nature, mission and objectives of the discipline and also given general guidelines for its orientation towards research and practice. However, its level of conceptual abstraction limits its use for approaching phenomena and problems proper of the nursing practice. Facing this situation, a revision of the contributions of the theories of medium range, the practical theories for specific situations and the nursing practice based on evidence is made to reduce the theory-practice-research nursing gap in the Colombian context. Finally, a disciplinary and professional work agenda is proposed, which articulates the theoretical developments and the practical knowledge of nursing with the priorities of health and care in the national and global sphere.

**Keywords:** Nursing theory, nursing models, nursing research, evidence-based nursing.

## Resumo

O desenvolvimento epistemológico de enfermagem tem atravessado diferentes fases nas que se tem definido o núcleo disciplinar o metaparadigma de enfermagem, a partir do qual tem se desenvolvido modelos conceituais e grandes teorias que têm definido a natureza, a missão e objetivos da disciplina, direcionando a pesquisa e a prática. Entretanto, seu nível de abstração conceitual limita o seu uso para a abordagem de fenômenos e aspectos próprios da prática de enfermagem. Ante esta situação, reflete-se sob as contribuições das teorias de rango médio, das teorias práticas ou de situação específica e da prática da enfermagem baseada na evidência, para a redução do distanciamento teoria-prática-pesquisa de enfermagem no contexto colombiano. Finalmente, propõe-se uma agenda de trabalho disciplinar e profissional que articule os desenvolvimentos teóricos e o conhecimento prático de enfermagem com as prioridades de saúde e cuidado na esfera nacional e global.

**Palavras-chave:** Teoria de enfermagem, modelos de enfermagem, pesquisa, enfermagem baseada em evidências.

## Introducción

Todo conocimiento de enfermería debería estar orientado a solucionar los problemas que emergen en el acto de cuidado, atendiendo a su naturaleza de disciplina práctica (1). A partir de esta afirmación se deduce que la práctica de enfermería es el escenario donde deben surgir los cuestionamientos que deben ser resueltos por la investigación, y a partir de la teorización de estos hallazgos, avanzar en la producción disciplinar fundamentada en la práctica.

Sin embargo, existe una brecha- ampliamente documentada- entre la práctica profesional y los desarrollos teóricos e investigativos de la disciplina de enfermería, particularmente los modelos conceptuales y las grandes teorías producidas en las décadas del 70 y 80 del siglo XX, cuyo elevado nivel de abstracción ha limitado su aplicación a la práctica profesional.

Cabe destacar, que muchos fenómenos, problemas y cuestiones de interés que emergen en los ámbitos clínicos o comunitarios donde actúan las enfermeras son abordados sin utilizar el conocimiento disciplinar, y de manera similar, algunas de las preguntas de investigación planteadas por las teóricas e investigadoras de la enfermería han realizado limitados aportes a la innovación, fortalecimiento o solución de los problemas de la práctica profesional (2-6).

Esta situación no es ajena a la práctica de la enfermería colombiana, razón por la cual surgió el interés en reflexionar en torno al contexto de la práctica de la enfermería en Colombia y los desafíos disciplinares, para disminuir la brecha teoría-práctica existente.

Para ello, se hace necesario aproximarse a los contextos históricos y las preocupaciones particulares que orientaron el trabajo de las teóricas en enfermería a lo largo del siglo XX, para así poder comprender la estructura del conocimiento disciplinar de la enfermería, las tensiones y posibilidades de encuentro con las problemáticas y cuestiones de interés de la práctica profesional, con el propósito de identificar alternativas que contribuyan a disminuir la mencionada brecha.

En este sentido, la discusión estará orientada a abordar un importante desafío de cara al desarrollo disciplinar de la enfermería en el siglo XXI: el uso de teorías y enfoques más próximos al nivel empírico como las teorías de rango medio, las de situaciones específicas y la práctica basada en la evidencia.

En consecuencia, se reflexionará en un primer momento sobre la trayectoria y jerarquía del desarrollo disciplinar de la enfermería, las contribuciones y limitaciones de las teorías de rango medio, de las teorías basadas en la práctica y de la práctica de la enfermería basada en la evidencia, para fortalecer el vínculo entre teoría y práctica de la enfermería. Finalmente, los elementos discutidos se presentan como una agenda de desafíos y proyecciones futuras de la enfermería colombiana en dos frentes de trabajo denominados: i) liderazgo y proyección social; y ii) desarrollo disciplinar y generación de conocimiento.

## Desarrollo

**Trayectoria del desarrollo disciplinar en enfermería y contribución al fortalecimiento del vínculo investigación-teoría-práctica.**

Smith (1) refiere que la formación inicial de las enfermeras en el siglo XX se fundamentó en el paradigma de la ciencia biomédica, enfocándose en el desarrollo de habilidades para la aplicación del régimen terapéutico prescrito por el médico a los pacientes. Posteriormente, entre los años 30 y 50 se evidenció un interés en el desarrollo de habilidades pedagógicas y administrativas de las enfermeras, por lo que los desarrollos teóricos e investigativos de esta época se ocuparon de cuestiones relativas a los roles de la práctica enfermera y en menor medida del desarrollo del conocimiento disciplinar.

A partir de la década de 1950 emergieron cuestiones y problemas de investigación relacionados con la disciplina de la enfermería, cuando teóricos estadounidenses se preocuparon por la definición del núcleo disciplinar de la profesión, dando respuesta a preguntas relativas a la naturaleza, misión y objetivos de la enfermería, con el objeto de diferenciarla de otras ciencias de la salud. Fue así como se estructuró el metaparadigma que direcciona el núcleo disciplinar de la enfermería, conceptualizado como “el cuidado de la experiencia y la vivencia de la salud humana” (1,7).

La vigencia de este paradigma ha sido objeto de discusiones a finales de la segunda década de 2000, de cara a enfrentar los desafíos del contexto social, tecnológico, ambiental y de la atención en salud del siglo XXI, cuyo abordaje requiere de la redefinición del núcleo disciplinar de la enfermería, permitiendo la incorporación de fenómenos como: la humanización, los significados y la experiencia personal frente a los procesos vitales, la autodeterminación en las prácticas de salud, el bienestar, la relación entre las personas, el medio ambiente y la salud (8-9).

A partir del marco de referencia que determina la razón de ser de la enfermería se inició una etapa de identificación y conceptualización de los fenómenos de interés para la práctica profesional, mediante el desarrollo de modelos conceptuales, que de acuerdo con Roy (7), Fawcet y de Santo (10), constituyen el mayor nivel de abstracción en la jerarquía del conocimiento de la enfermería, dando una perspectiva u orientación general para la práctica. Por ejemplo, los modelos de Roy y de Orem desarrollan los conceptos metaparadigmáticos de cuidado, persona, entorno y enfermería en la perspectiva de la adaptación y del autocuidado (7,10).

Se debe señalar, que a partir de los modelos conceptuales se han desarrollado grandes teorías de la enfermería, que constituyen el siguiente eslabón en la jerarquía de

conocimiento propuesta por Fawcet (7). Las grandes teorías y los modelos conceptuales constituyen referentes fundamentales para la investigación y la práctica. Estos referentes se caracterizan por ser representaciones simbólicas y abstractas, cuyo propósito es la descripción, la explicación o la predicción de los fenómenos de interés para la enfermería; sin embargo, presentan dificultades para operacionalizar sus conceptos y para su comprobación empírica, por lo que su capacidad para dar lineamientos específicos que orienten la práctica de enfermería es limitada (1, 7).

Respecto a esta limitante, la década de 1990 se caracterizó por efectuar un importante esfuerzo en la generación de teorías de enfermería de menor nivel de abstracción conceptual, dirigidas a fenómenos específicos del cuidado, que fuesen comprobables y pudiesen orientar y prescribir la práctica enfermera. Fue así como surgieron teorías enfocadas en aspectos concretos como: el manejo de síntomas desagradables, el autocuidado, la transición hacia la maternidad, la autoeficacia, el autocuidado de la enfermedad crónica, la carga del cuidado y la incertidumbre; proposiciones que han permitido un mayor nivel de articulación entre la teoría y práctica de la enfermería y que se han denominado teorías de rango medio (11, 12).

Las teorías de enfermería de rango medio se caracterizan por tener un número limitado de conceptos claramente definidos, los cuales describen un fenómeno específico de la práctica de la enfermería como: el autocuidado, la adaptación, el sufrimiento, la percepción del dolor, etc. Estos fenómenos pueden ser abordados desde diferentes escenarios de cuidado como lo son el contexto hospitalario, el hogar o la comunidad. Si bien es cierto, que su nivel de abstracción no permite la prescripción de la práctica de la enfermería, sus conceptos son de fácil operacionalización, lo cual permite la orientación de la práctica y el desarrollo de herramientas de medición para la comprobación teórica (11-13).

Finalmente, en la jerarquía del conocimiento de la enfermería se encuentra un nivel de teoría de menor abstracción, capaz de prescribir su práctica y permitir la comprobación teórica, denominado como teorías de situación específica, microteorías o teorías prácticas, que representan el eslabón más próximo a la práctica profesional en la jerarquía del conocimiento disciplinar de la enfermería (14).

Cabe resaltar, que estas teorías emergen e incorporan elementos del contexto donde se da el acto de cuidado de la enfermería, por lo que tienen un número limitado de

conceptos y un alcance específico; de esta manera son capaces de prescribir acciones específicas de cuidado fácilmente medibles, permitiendo la comprobación teórica (14). Como ejemplos pueden citarse teorías sobre: los comportamientos en salud de estadounidenses de origen coreano con hepatitis B, autocuidado en pacientes con falla cardíaca, aporte de los cuidadores al autocuidado en falla cardíaca, la adaptación de mujeres con embarazo de alto riesgo y el abordaje de crisis de emergencias en personas con enfermedades mentales graves y persistentes, entre muchas otras (15-19).

Entre las ventajas de las teorías de rango medio se encuentra su capacidad de abordaje del mismo fenómeno en diferentes escenarios donde se desarrolla la práctica de enfermería; mientras que la principal ventaja de las teorías de situaciones específicas es su capacidad de prescripción de la práctica y la comprobación teórica, aunque no sea posible su utilización en otros contextos. La principal crítica de los opositores hacia las teorías prácticas radica en considerarlas como procedimientos que no están basados en un adecuado cuerpo de conocimientos de la ciencia de la enfermería (12, 14).

Al respecto, Im (11) ha discutido las posibilidades de construcción de teorías de rango medio y de situación específica, estableciendo caminos metodológicos de carácter inductivo o deductivo (11). En concordancia, existe una tendencia actual en desarrollar teorías de situaciones específicas ancladas a teorías de rango medio, lo que permite una mayor interrelación entre los diferentes niveles de jerarquía de teorías de la enfermería y un fuerte vínculo entre la teoría y su práctica. Así, por ejemplo, de la teoría de Transiciones de Meleis (20), han surgido múltiples teorías de situaciones específicas que se enfocan en: las transiciones hacia la maternidad en neonatos hospitalizados en unidades de cuidado intensivo, el climaterio en mujeres inmigrantes coreanas, el cuidado transicional de adultos hospitalizados con falla cardíaca o la sexualidad en la vejez, entre otras (20).

#### **Aportes y limitantes de la práctica de enfermería basada en la evidencia para la disminución de la brecha existente.**

Cochrane (1972) utilizó por primer vez el término Práctica Basada en la Evidencia (PBE) para referirse a la necesidad de fundamentar las decisiones médicas a partir de estudios clínicos aleatorizados. Posteriormente, Sackett (1996) introdujo el concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) para referirse a la integración de la

experticia clínica, la evidencia disponible, los valores y las preferencias del paciente para la toma de decisiones clínicas. No obstante, sus orígenes se remontan a la disciplina enfermera con la publicación de las notas de enfermería de Florence Nigthingale (1859), en donde hacía referencia a la necesidad de mejorar los resultados de los pacientes a partir de evidencias sólidas. En este sentido, Nigthingale demostró diferencias en la limpieza de las manos con el uso exclusivo del agua en comparación con el uso del jabón (21-22).

El concepto de enfermería basada en la evidencia (EBE) se introdujo a finales de la década de 1990 como adaptación del concepto de la disciplina médica. Se define como un enfoque de resolución de problemas sobre la toma de decisiones clínicas, en un contexto de cuidado, a partir de la integración de la mejor evidencia disponible, la experticia clínica, las necesidades y preferencias del paciente, con el propósito de brindar una asistencia de calidad, segura y de costo efectiva (22-23).

Cabe destacar, que el mayor aporte de la EBE para la disminución de la brecha teoría-práctica de la enfermería radica en su potencial para transferir y aplicar a la práctica conocimientos desarrollados a partir de investigaciones. Sin embargo, dentro de sus principales limitaciones se evidencian dos aspectos que resultan problemáticos: la naturaleza ontológica del concepto de evidencia y las posibilidades de integración de ésta con la experticia de la enfermera y las preferencias del paciente.

Con relación al primer aspecto, la práctica basada en la evidencia se fundamenta en el principio de racionalidad técnica, concepto que emergió de la teoría de la administración científica de Taylor, que proponía la fragmentación y distribución de los procesos productivos con el fin de administrar la fuerza de trabajo y aumentar la productividad en la industria. En el contexto hospitalario, la racionalidad técnica se expresa en el principio de costo-efectividad de las intervenciones y en la necesidad de predecir y controlar la práctica clínica mediante la estandarización (24). Este enfoque lógico-positivista privilegia la evidencia proveniente de diseños empírico analíticos y considera la atención sanitaria como un proceso estable, regular, independiente del contexto, predecible, cuantificable y objetivable; al mismo tiempo desconoce la naturaleza ontológica de los saberes de la disciplina de enfermería relacionados con la interacción humana, que configuran el acto de cuidado, proceso subjetivo, singular, inestable, ambiguo y no predecible (24-25).

Desde la perspectiva de la racionalidad técnica, el cuidado de enfermería es reducido a la aplicación de una receta de intervenciones estandarizadas que eliminan el juicio clínico de la enfermera, que está fundamentado en el conocimiento del paciente, en múltiples teorías sobre enfermería y en su conocimiento práctico. Autoras como Norlyk et al. (24) han denominado esta situación como la “macdonalización de la enfermería”, término que pretende resaltar la excesiva estandarización y consecuente tecnificación y deshumanización del cuidado de enfermería (24).

Al respecto, mediante un estudio cualitativo-narrativo para evaluar la implementación de un programa de Enfermería Basada en la Evidencia sobre alta temprana en cirugía de reemplazo de cadera, Norlyk et al. (24) demostraron que la principal preocupación de la enfermera fue implementar la guía de práctica clínica para promover la autonomía de la paciente, lograr su movilidad precoz y alta antes del tercer día. En la narrativa no se evidenció un esfuerzo de la enfermera por comprender la situación particular de la paciente, por lo que necesidades fundamentales de cuidado como el dolor, las náuseas, la incertidumbre para realizar actividades de la vida diaria y la preocupación con la transición a la recuperación en el hogar, no fueron consideradas como parte del plan de cuidados. Desde la perspectiva de la estandarización, la paciente consiguió el alta temprana al tercer día del pos operatorio; sin embargo, desde la óptica del cuidado, la paciente experimentó distanciamiento e incompreensión por parte de la enfermera, quien no tuvo la sensibilidad para identificar sus necesidades de cuidado (24).

Se debe resaltar, que las críticas hacia la EBE apuntan a que la evidencia generada, en la mayoría de casos circunscrita a procedimientos del ámbito clínico, hace pocas contribuciones al desarrollo del cuerpo de conocimientos de la enfermería (24). Resolver esta tensión requiere de un análisis crítico y de la redefinición del concepto de evidencia en la disciplina de la enfermería, proponiendo un enfoque holístico que incluya los diversos patrones y manifestaciones del conocimiento teórico y práctico de la enfermería, de manera que se transite hacia una práctica basada en el conocimiento y el saber enfermero. De igual forma, requiere del fortalecimiento de la ética del cuidado, procurando una relación empática y un esfuerzo constante para comprender la situación del paciente, de manera que el acto de cuidado se realice en un contexto singular, evitando la cosificación del ser humano como patología o conjunto de tareas y actividades a ser implementadas (24).

Respecto al segundo aspecto problemático de la EBE, la integración ha sido un concepto poco desarrollado y del que se tiene poca comprensión, puesto que la mayoría de investigaciones y de programas de entrenamiento se han enfocado en el desarrollo de habilidades para el planteamiento de preguntas clínicas, la búsqueda y utilización de evidencia científica y en menor medida, en comprender cómo debería darse la integración entre evidencia, experiencia y las preferencias del paciente (23-24). En algunos casos predomina el uso de la evidencia científica y en otros, la participación del paciente se limita a su opinión respecto a estándares previamente establecidos. Frente a esta situación, la emergencia de conceptos como participación del paciente, atención centrada en el paciente y la toma de decisiones compartidas, ha contribuido a colocar al paciente como sujeto activo y protagonista del acto de cuidado (24).

Promover la integración entre los componentes de la EBE requiere de transformaciones curriculares en la formación profesional, que problematicen el impacto de la racionalidad técnica sobre el proceso formativo, el cual tiende a la fragmentación del conocimiento y a privilegiar el entrenamiento en habilidades y destrezas que deben dominarse para el ejercicio profesional, concibiendo la práctica de la enfermería como una actividad instrumental, tal como lo afirma José Luis Medina (25). Autoras como Benner y Schön han realizado contribuciones para superar esta limitación, mediante el desarrollo de la noción de conocimiento práctico reflexivo, el cual se construye a partir de los significados que emergen en la interacción sujeto-sujeto durante el acto de cuidado. Desde esta perspectiva, se concibe que la práctica profesional se debe desarrollar en contextos dinámicos que presentan problemas ambiguos y no predecibles, cuyo abordaje y solución requieren de un ejercicio reflexivo paralelo a la acción, que permita la generación, la puesta en práctica y la validación de hipótesis de comprensión aplicadas a situaciones de cuidado únicas y singulares; es decir, el juicio clínico y la toma de decisiones deben ser el producto de la articulación entre el saber disciplinar, el contexto de cuidado y la comunicación con el paciente, que en conjunto constituyen el saber práctico de la enfermera (25).

A pesar de las limitaciones y problemáticas mencionadas anteriormente, debe considerarse que la EBE abre la posibilidad de generar evidencia sobre el cuidado de la enfermería en la práctica, de responder a preguntas de investigación específicas del ámbito clínico, así como a evaluar y promover una práctica de enfermería socialmente responsable (4). En este sentido, resulta importan-

te trabajar en la transformación de los aspectos que limitan los aportes de la EBE al desarrollo disciplinar de la enfermería. Una puerta de salida a esta situación es la incorporación de la EBE en la formación de pregrado, bajo una perspectiva crítica fundamentada en el conocimiento de la enfermería (26) o en el desarrollo de teorías sobre enfermería que incorporen ésta tecnología de gestión del cuidado, como la teoría de rango medio de Cheng et al. (27), denominada como “ *echar raíces* ” ( *taking root* ) que se enfoca en el proceso de implementación de la enfermería basada en la evidencia en China (26-27).

### Contexto y desafíos para fortalecer el vínculo entre el desarrollo teórico y la práctica de enfermería en Colombia

La práctica de la enfermería en Colombia se desarrolla en un contexto complejo que contribuye a la ampliación de la brecha teoría-práctica existente. En primer lugar, la prestación de servicios de salud en Colombia se estructura en base a un modelo de mercado orientado por valores como el lucro, la eficiencia económica y el costo-efectividad, que han contribuido a la deshumanización del cuidado de la salud de las personas (28).

En segundo lugar, las instituciones hospitalarias privilegian el régimen de tratamiento médico, razón por la cual las actividades de otros miembros del equipo de salud deben orientarse en función del cumplimiento del régimen terapéutico instaurado por el médico.

Esto se traduce en la asignación de un excesivo volumen de pacientes a los profesionales de la enfermería, obligándoles a delegar la mayoría de acciones de cuidado a técnicos de enfermería. La práctica ambulatoria muestra un patrón similar, con tiempos para consulta de enfermería de 20 minutos, que en su mayoría se dedican al diligenciamiento de formatos y registros exigidos para la facturación, el cobro y el registro de las atenciones en salud.

Además, el gerencialismo que caracteriza el rol hospitalario del profesional de la enfermería, lo obliga a que la mayor parte de su tiempo sea dedicado a actividades administrativas como solicitud de camas, tramites de ingreso-salida de pacientes, pedidos de alimentación, medicamentos e insumos. En todos los casos, el tiempo para establecer una relación de cuidado con los pacientes es limitado.

Otro aspecto contextual fundamental hace referencia a que la mayoría de las instituciones hospitalarias de Colombia no desarrollan procesos sistemáticos y continuos

de investigación en enfermería, por lo que la producción de conocimientos queda relegada a la academia. Por todo lo anterior, el contexto de la práctica se configura como un terreno infértil para la generación de evidencia de enfermería que oriente la práctica y la producción teórica.

Por otra parte, la trayectoria del desarrollo disciplinar de la enfermería en Colombia muestra es un campo joven y en construcción. Los primeros cursos de maestría en enfermería de América Latina surgieron en Colombia y Venezuela en 1969 y los primeros cursos de doctorado se dieron en Brasil (1981), Venezuela (1999), México (2003) y finalmente en Colombia en 2004 y 2009 en la Universidad Nacional de Colombia y en la Universidad de Antioquia (29). Lo anterior permite concluir que la enfermería en Colombia ha estado orientada la mayor parte del tiempo por las propuestas teóricas de enfermeras norteamericanas.

Sin lugar a duda, uno de los principales desafíos disciplinares de la enfermería colombiana es producir conocimiento localmente situado, que dé cuenta de la experiencias y vivencias de la salud en la población colombiana y que responda a las necesidades particulares del contexto donde se desarrolla la práctica. Lo anterior no significa apartarse de los desarrollos teóricos de enfermeras norteamericanas, de hecho, su mayor contribución ha sido la definición de los conceptos que conforman el metaparadigma de la enfermería y otros que constituyen fenómenos de interés para la práctica como adaptación, confort, bienestar, afrontamiento, angustia, sufrimiento, etc. (30).

Los desafíos actuales de la enfermería en Colombia pueden describirse a modo de una agenda, que desde nuestra perspectiva deberá atender a dos frentes que hemos denominado: i) liderazgo y proyección social; y, ii) desarrollo disciplinar y generación de conocimiento.

Con relación al liderazgo y proyección social, la enfermería colombiana enfrenta retos de gran envergadura como: contribuir a la construcción de una sociedad justa, equitativa y en paz; la creación de teorías y modelos de cuidado para dar respuesta a las prioridades de salud a nivel nacional, regional y local, con un alto nivel de soporte clínico y empírico; y, fomentar el trabajo colaborativo con otras profesiones para el desarrollo de teorías de cuidado de la salud (31).

En este sentido, Marlaine (1), Roy (7) y Willis (8) señalan que el aumento en la esperanza de vida exigirá respuestas de la enfermería frente a la necesidad de cuidados durante el envejecimiento, la atención de enfermedades

crónicas y cuidados de larga duración, que privilegiarán a las comunidades y los hogares como escenarios ideales para la práctica.

Deberá considerarse además, que la urbanización y los fenómenos migratorios configurarán nuevos escenarios de cuidado urbano, caracterizados por cambios en las condiciones de vida, del medio ambiente, la seguridad, los estilos de vida y las necesidades en salud. De igual forma, las transformaciones tecnológicas para la atención en salud han permitido el desarrollo de nuevas modalidades de atención como la telesalud, que exigirá un replanteamiento sobre los conceptos y las formas de relación con los pacientes (1,7,8).

Para dar respuesta a estos retos proponemos acciones en materia de promoción de la salud mental como: recuperación de la memoria del conflicto, acompañamiento en la transición a la vida social de excombatientes, desarrollo de proyectos comunitarios que fortalezcan el tejido social, la resiliencia, la reconciliación, la reducción de daños del consumo problemático de sustancias psicoactivas, la promoción de la salud mental en contextos de conflicto armado urbano y el desarrollo de capacidades para la identificación e intervención de problemas de salud mental como el suicidio y la depresión.

Otra línea de trabajo hace referencia a la incorporación de aspectos subjetivos, culturales y del contexto socio-histórico, para lograr la comprensión de las prácticas de autocuidado y de riesgo alrededor del proceso salud-enfermedad-cuidado-atención-muerte; citando como ejemplos la mutilación genital en comunidades indígenas, la prevención de infecciones de transmisión sexual en sociedades machistas que viven en poliginia, o la adopción de conductas sexuales de riesgo en poblaciones de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres-HSH.

De igual forma, se debe privilegiar la articulación interdisciplinar con las ciencias sociales, el arte y el saber popular, para la construcción de nuevos lenguajes del cuidado. Como condición para esta construcción dialéctica, surge la necesidad del desaprendizaje de la enfermería para abrir campo a la emergencia de “otras” posibilidades de ser, pensar, relacionarse, cuidarse y cuidar a los otros.

Igualmente, se debe propiciar la promoción y consolidación de las redes sociales para el cuidado de la salud con base en la comunidad y el desarrollo de modelos de cuidado para personas en situación de vulnerabilidad tales como: personas con discapacidad, habitantes de calle,

personas en situación de cárcel, mujeres transgénero en el ejercicio de la prostitución, etc.

Del mismo modo, requiere fomentarse la construcción colectiva de programas de salud pública con perspectiva cultural, el desarrollo de políticas públicas para la promoción de la salud; así como la apropiación de saberes interdisciplinarios para la gestión territorial de la salud, la evaluación y la gerencia de planes, programas y servicios de salud y de enfermería.

También, es necesario implementar estudios orientados a la economía y carga de cuidado de personas con enfermedades crónicas; así como el desarrollo de modelos para el cuidado en el hogar, que permitan generar capacidades para brindar cuidados de larga duración.

De la misma manera, se pueden desarrollar nuevos programas de formación como residencias en enfermería, que permitan mediante la formación en servicio la profundización y especialización en la práctica avanzada en campos como: atención primaria, atención del parto, cuidado familiar y de personas con padecimientos crónicos; los mismos generarían un mayor nivel de competencias para desarrollar actividades como la prescripción de medicamentos en la atención primaria ambulatorial, por ejemplo.

Por otra parte, hay que darle visibilización a la enfermería en la estructura administrativa de las instituciones de salud, mediante la creación de direcciones de enfermería. Por tanto, en el nivel hospitalario debe retomarse el cuidado directo profesional con apoyo de personal técnico a fin de facilitar acciones de confort. Lo anterior debe ser sustentado en la actualización de la Ley 266/1996 y el código deontológico de la enfermería, con el objetivo de instaurar la regulación del perfil del auxiliar de enfermería, así como establecer diferencias en las competencias con el nivel de formación profesional.

De modo similar, conviene fomentar experiencias vivenciales que promuevan la construcción de lazos de colegaje y colaboración entre estudiantes, docentes y profesionales.

Como acción de visibilización se propone la participación en la campaña mundial “Nursing Now”, liderada por el Consejo Internacional de Enfermeras y por la Organización Mundial de la Salud para reconocer y fortalecer el papel de la enfermería dentro de los sistemas de salud.

En este sentido, el capítulo “Nursing Now Antioquia” pretende realizar aportes mediante el desarrollo de investigaciones colaborativas entre hospitales e instituciones universitarias, con el fin de validar las prácticas que generen insumos para la toma de decisiones en materia de salud.

Finalmente, se señala el trabajo gremial como campo de consolidación de la disciplina y la profesión. Al respecto, se debe señalar que el Consejo Técnico Nacional de Enfermería liderará la construcción gremial y participativa del Plan Nacional de Enfermería 2020-2030, documento marco que servirá para la toma de decisiones en política pública respecto a condiciones laborales, formación y reconocimiento social de la profesión.

Con relación al segundo frente de trabajo: desarrollo disciplinar y generación de conocimiento, la enfermería requiere del desarrollo de evidencias que justifiquen cambios en el gerencialismo y delegación del acto de cuidado, con el fin de disminuir las consecuencias asociadas a la baja calidad del cuidado como: mortalidad, caídas e infecciones intrahospitalarias, entre otros eventos adversos.

Para ello, se requiere del desarrollo de nuevos roles de la enfermería en la atención clínica, los cuales se concretan en la creación de unidades de investigación lideradas por doctores en enfermería (32); igualmente, se debe promover la investigación sobre: el cuidado directo profesional, la definición de estándares para determinar el número de pacientes asignados por enfermera en diferentes servicios, el costeo de las diferentes intervenciones de la enfermería; así como el desarrollo y validación de modelos de cuidado que incorporen la taxonomía de la enfermería en la atención clínica y comunitaria.

También es necesaria la incorporación de la epistemología del cuidado de la enfermería en las políticas actuales del sistema de salud, como ejemplo se propone el aprovechamiento de las oportunidades de consulta familiar, del adolescente y la asesoría en lactancia materna que emergen en las Rutas Integrales de Atención en Salud. En este sentido, se podrían aplicar enfoques teóricos orientadores del cuidado, como la teoría de mediano rango de las transiciones de Afaf Meleis, que sirven para situaciones vitales y sociales relacionadas con el envejecimiento, la crianza de los hijos o la adopción del rol materno y paterno.

También es importante tener presente que el conocimiento emergente es fundamental para la creación de teorías

de rango medio, dirigidas a la comprensión de fenómenos locales y situaciones como: la promoción de la salud mental en contextos de violencia urbana; el cuidado a la población migrante; la ablación femenina; el cuidado en comunidades negras, indígenas y campesinas en contextos de aislamiento geográfico.

Por tanto, se debe impulsar la creación de una red de innovación social para el cuidado de la salud, que permita el desarrollo de proyectos multicéntricos en todo el país para el abordaje de prioridades de cuidado que tengan que ver con: la salud materna, la infantil, el envejecimiento y las enfermedades crónicas. De forma paralela, hay que implementar la generación de alianzas entre Universidades, el sector público y el privado para el desarrollo de proyectos spin off, que permitan la aplicación del conocimiento de la enfermería en la solución de problemas prácticos relacionados con la atención en salud de individuos y colectivos.

También conviene incentivar la creación de un banco de investigaciones sobre enfermería (repositorio) de acceso abierto, con sistematización de experiencias exitosas en enfermería para replicar el aprendizaje obtenido en contextos similares.

Proponemos también la creación del observatorio de práctica de la enfermería, en donde se podrían realizar acciones como la monitorización constante de condiciones educativas y laborales del talento humano en enfermería; la aplicación de una encuesta quinquenal de caracterización del talento humano a nivel de país, como insumo para la construcción de una línea base para el desarrollo de políticas públicas en enfermería en aspectos como condiciones laborales, formación, legislación, etc.

Por último, se debe señalar que la globalización y la revolución tecnológica plantean retos relacionados con: la conformación de redes de conocimiento en enfermería que permitan el intercambio de conocimientos y experiencias, la movilidad de estudiantes de enfermería de distintos niveles de formación, la investigación colaborativa y multicéntrica y la identificación de competencias genéricas de los profesionales que favorezcan su migración con fines laborales. Todos estos aspectos estarán orientados hacia la construcción de un marco de referencia global para la investigación, la teoría y la práctica de enfermería (7,31,33).

## Conclusiones

- La enfermería es una disciplina práctica con de-



sarrollos teóricos recientes, que en principio se orientaron a la definición de los conceptos que configuran el núcleo disciplinar, así como de los lineamientos generales para orientar la investigación y la práctica de la enfermería. A partir de la década del 1990 se ha evidenciado un mayor interés por cuestiones relativas a fenómenos específicos de la práctica de la enfermería como la vivencia de las experiencias de salud, la enfermedad y la muerte de las personas, lo que ha permitido una mayor aproximación entre los aspectos teóricos y la práctica de la enfermería, mediante el desarrollo de teorías de rango medio y teorías de situación específica, caracterizadas por su limitado número de conceptos y la posibilidad de operacionalizarlos en la práctica. Sin embargo, el desarrollo de teorías prescriptivas es reciente, por lo que aún se mantiene la brecha teoría-práctica existente.

- La práctica de la enfermería basada en la evidencia tiene el potencial de generar conocimiento en enfermería orientado a resolver cuestiones relativas a la práctica, siempre y cuando se redefina el concepto de evidencia a partir de la filosofía de

enfermería y se implementen estrategias que permitan el desarrollo del pensamiento reflexivo que oriente la práctica de la enfermería, de manera que en el juicio clínico de la enfermera se integre su conocimiento disciplinar, así como las necesidades del paciente y del contexto de la situación de cuidado (26).

- El cierre de la brecha teoría-práctica de la enfermería en el contexto colombiano representa un desafío para el desarrollo de esta disciplina en el siglo XXI, ya que es una condición indispensable para responder a los retos disciplinares y profesionales que imponen fenómenos como: la transición demográfica, la epidemiológica, la urbanización, las inequidades y la interculturalidad, la proyección social de la profesión, el desarrollo disciplinar, la transformación del contexto para la práctica y la conformación de comunidades de conocimiento.

## Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Referencias Bibliográficas

1. Smith M. Regenerating Nursing's Disciplinary Perspective. *Advances in Nursing Science*. [Internet]. 2019 [consultado 20 de septiembre de 2019]; 42(1):3–16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6848120>
2. Gomes BM, Santos de Andrade MJ, Pinto PM, Pitta LR, Caniçali PC. Reflexões teóricas e metodológicas para a construção de teorias de médio alcance de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [consultado 03 de septiembre de 2018]; 26(4):1-8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e1420017.pdf>
3. Mccrae N. Whither Nursing Models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *J Adv Nurs*. 2012; 68(1): 222–229.
4. Ellis P. What is evidence-based nursing?. En: Ellis Peter and Standing Mooi. *Evidence-base practice in nursing*. 4 Ed. London: Learning Matters; 2019.
5. Leach M, Tucker B. Current understandings of the research-practice gap in nursing: A mixed-methods study. *Collegian* [Internet]. 2018 [consultado 20 de septiembre de 2019]; 25(2):171-179. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1322769617300938>
6. Bond AE, Eshah NF, Khaled MB, Hammad AO, Habashneh S, et al. Who uses nursing theory? A univariate descriptive analysis of five years' research articles. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2011 [consultado 10 de septiembre de 2018]; 25(2):404–409. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20950408>
7. Roy C. Nursing Knowledge in the 21st Century Domain-Derived and Basic Science Practice-Shaped. *Advances in Nursing Science* [Internet]. 2019 [consultado 29 de septiembre de 2019]; 42(1):28-42. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00012272-201901000-00005>

8. Willis D, Grace P, Roy C. A Central Unifying Focus for the Discipline Facilitating Humanization, Meaning, Choice, Quality of Life, and Healing in Living and Dying. *Advances in Nursing Science*. [Internet]. 2018 [consultado 20 de septiembre de 2019]; 31(1):28–40. Disponible en: <https://insights.ovid.com/article/00012272-200801000-00012>
9. Roy C. Key Issues in Nursing Theory Developments, Challenges, and Future Directions, *Nursing Research*. [Internet]. 2018 [consultado 17 de septiembre de 2019]; 67(2):81–92. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00006199-201803000-00005>
10. Fawcett J, DeSanto MS. The structure of contemporary nursing knowledge. En: Fawcett J, De Santo MS. *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. 3 ed. Philadelphia: FA Davis Company; 2013. Pp 3-25.
11. Im E. Theory Development Strategies for Middle-Range Theories. *Advances in Nursing Science*. [Internet]. 2018 [consultado 20 de septiembre de 2019]; 41(3):275–292. Disponible en: [https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2018/07000/Theory\\_Development\\_Strategies\\_for\\_Middle\\_Range.8.aspx](https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2018/07000/Theory_Development_Strategies_for_Middle_Range.8.aspx)
12. Liehr P, Smith MJ. Middle Range Theory A Perspective on Development and Use. *Advances in Nursing Science*. [Internet]. 2017 [consultado 20 de septiembre de 2019]; 40(1):51-63. Disponible: [https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2017/01000/Middle\\_Range\\_Theory\\_\\_A\\_Perspective\\_on\\_Development.6.aspx](https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2017/01000/Middle_Range_Theory__A_Perspective_on_Development.6.aspx)
13. Smith MJ, Liehr P. *Middle Range Theory for Nursing*. 4 ed. New York: Springer Publishing Company; 2018.
14. Im E. Situation-Specific Theories From the Middle-Range Transitions Theory. *Advances in Nursing Science*. [Internet]. 2018 [consultado 20 de septiembre de 2019]; 37(1):19-31. Disponible en: [https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2014/01000/Situation\\_\\_Specific\\_Theories\\_From\\_the\\_Middle\\_Range.5.aspx](https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2014/01000/Situation__Specific_Theories_From_the_Middle_Range.5.aspx)
15. Lee H, Fawcett J, Hyang Yang JH, Hann HW. Correlates of Hepatitis B Virus HealthRelated Behaviors of Korean Americans: A Situation Specific Nursing Theory. *J Nurs Scholarsh*. [Internet]. 2012 [consultado 13 de septiembre de 2018]; 44(4): 315-22. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1547-5069.2012.01468.x>
16. Herber O, Kastaun S, Wilm S, Barroso J. From Qualitative Meta-Summary to Qualitative Meta-Synthesis: Introducing a New Situation-Specific Theory of Barriers and Facilitators for Self-Care in Patients With Heart Failure. *Qualitative Health Research* [Internet]. 2018 [consultado 20 de septiembre de 2019]; 29(1):96-106. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732318800290>
17. Fawcett J, Tulman L. Adaptation to High-Risk Childbearing: A Preliminary Situation-Specific Theory. *Aquichán* [Internet]. 2018 [consultado 18 de septiembre de 2019]; 18(4):407-414. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v18n4/1657-5997-aqui-18-04-00407.pdf>
18. Vellone E, Riegel B, Rosaria A. A Situation-Specific Theory of Caregiver Contributions to Heart Failure Self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*. [Internet]. 2019 [consultado 18 de septiembre de 2019]; 34(2):166-173. Disponible en: [https://journals.lww.com/jcnjournal/Abstract/2019/03000/A\\_Situation\\_Specific\\_Theory\\_of\\_Caregiver.12.aspx](https://journals.lww.com/jcnjournal/Abstract/2019/03000/A_Situation_Specific_Theory_of_Caregiver.12.aspx)
19. Brennaman L. Crisis Emergencies for Individuals with Severe, Persistent Mental Illnesses: A Situation-Specific Theory. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2012 [consultado 21 de septiembre de 2018]; 26(4):251-60. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941711001579>.
20. Meleis, Afaf I. Transitions Theory. En: *Nursing Theories & Nursing Practice*. 4 ed. Philadelphia: Davis Company; 2015. Pp 361-380
21. Williams B, Perillo S, Brown T. What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice?. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2015 [consultado 21 de septiembre de 2018]; 35(2): e34–e41. Disponible en: <https://www.sciencedi>

- rect.com/science/article/pii/S0260691714003815
22. Mackey A, Bassendowski S. The history of evidence-based practice in nursing education and practice. *J Prof Nurs* [Internet]. 2017 [consultado 02 octubre de 2018]; 33(1):51–55. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/303358913\\_The\\_History\\_of\\_Evidence\\_Based\\_Practice\\_in\\_Nursing\\_Education\\_and\\_Practice](https://www.researchgate.net/publication/303358913_The_History_of_Evidence_Based_Practice_in_Nursing_Education_and_Practice)
  23. Taylor M, Priefer BA, Alt White AC. Evidence-based practice: Embracing integration. *Nurs Outlook*. [Internet]. 2017 [consultado 30 de septiembre de 2018]; 64(6): 575-582. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029655416300513>
  24. Norlyk A, Haahr A, Dreyer P, Martinsen B. Lost in transformation? Reviving ethics of care in hospital cultures of evidence-based healthcare. *Nurs Inq*. 2017; 24(3): 1-7.
  25. Medina JL. La enseñanza reflexiva de profesionales de la enfermería. De los reduccionismos pedagógicos a los enfoques reflexivos de la complejidad. En: Dossier presentado al taller de capacitación para docentes en transformación curricular de la Facultad de Enfermería-Universidad de Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2018.
  26. Cui C, Li Y, Geng D, Zhang H, Jin C. The effectiveness of evidence-based nursing on development of nursing students' critical thinking: A meta-analysis. *Nurse Education Today*. 2018; 65:46-53.
  27. Cheng L, Broome ME, Feng S, Hu Y. Taking Root: a grounded theory on evidence-based nursing implementation in China. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2018 [consultado 29 de septiembre de 2018]; 65(2):270-278. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12396>
  28. López WI, Pereira MA, Machado CV. Trajetória das relações público-privadas no Sistema de Saúde da Colômbia de 1991 a 2015. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [consultado 16 de septiembre de 2018]; 33(2):1-16. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001405003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405003)
  29. Da Silva R. Pós-graduação e a pesquisa em enfermagem na América Latina: avanços e desafios. *Rev Cuid* [Internet]. 2015 [consultado 16 de septiembre de 2018]; 6(2):1019-21. Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/307>
  30. Fawcett J. Tendencias de investigación en enfermería. *Aquichán* [Internet]. 2014 [consultado 26 de septiembre de 2018]; 14(3):289-293. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4695>
  31. Meleis A. Mi deseo para una Agenda de Investigación Global en Enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 [consultado 30 de septiembre de 2018]; 23(4):569-70. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/es\\_0104-1169-rlae-23-04-00569.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/es_0104-1169-rlae-23-04-00569.pdf)
  32. Brant J. Bridging the Research-to-Practice Gap: The Role of the Nurse Scientist. *Semin Oncol Nurs* [Internet]. 2015 [consultado 24 de septiembre de 2018]; 31(4):298-305. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749208115000662>
  33. Holland S, Magama M. Evidence based practice translated through global nurse partnerships. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2017 [consultado 23 de septiembre de 2018]; 22:80-82. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595316302670>