

Volumen 24
Número 2

Julio-diciembre de 2022
e-ISSN 2027-7970

REVISTA

INVESTIGACIONES

EN SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD



Alcaldía de Bogotá

Contenido

Editorial 3

Artículo de investigación original

Diagnóstico de los servicios de transfusión
sanguínea de la red pública
de Bogotá, Colombia, año 2019 4

Artículo de revisión

Inclusión laboral de personas
con discapacidad física y las
acciones de terapia ocupacional
en Colombia. Una revisión
integradora de la literatura 18

Artículo de reflexión

Mujeres migrantes: sueños,
aventuras, realidades. Reflexiones
en primera persona 29

Investigaciones en Seguridad Social y Salud

Investig.seg.soc.salud
Volumen 24 (2)
Julio-diciembre de 2022
e- ISSN 2027-7970

Claudia Nayibe López Hernández
Alcaldesa Mayor de Bogotá

Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud de Bogotá

Juan Carlos Bolívar López
Subsecretario de Planeación Sectorial

Cristina de los Ángeles Losada
Directora de Planeación Sectorial

Solángel García-Ruiz TO. MSc
Editora

Rosa Nubia Malambo Martínez. OD MSc
Luisa Fernanda Beltrán Enciso. COM.
Jenniffer Sirley Palacio Mateus. Tnlg.
Coordinación Editorial

Comité Editorial

Alexandra Pava Cárdenas. Nutricionista PhD
(Universidad Javeriana Cali)
Luis Jorge Hernández. Médico PhD
(Universidad de los Andes)
Israel Cruz Velandia. Fisioterapeuta PhD
(Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario) †
Fátima Corrêa Oliver. Terapeuta Ocupacional PhD.
(Universidad de São Paulo - Brasil)

Comité Científico

Carlos Alberto Marín Correa. Médico PhD
(Instituto Nacional de Salud)
Sara Yaneth Fernández Moreno. Trabajadora Social Phd
(Universidad de Antioquía)
Yazmín Adriana Puerto Mojica. Terapeuta Ocupacional MSc.PhD en curso
(Secretaría Distrital de Salud de Bogotá)
Álvaro Valbuena Barrera. Médico. Anestesiólogo. Phd en curso
(Subred Integrada de Servicios de Salud Sur)
Luis Antonio Morales Muñoz. Médico. Ing de Sistemas. Msc. Phd en curso
(Universidad El Bosque)
Alejandro Guajardo Córdoba. Terapeuta Ocupacional Msc.
(Universidad Santiago de Chile)

Editores Asociados

Erwin Hernando Hernández-Rincón. Docente e investigador en salud pública.
Universidad de la Sabana.
Rodley Katherine Parada. Fga. Mag. en Bioética.
Hospital San Ignacio. Bogotá D.C.
Óscar Orlando Soler. Antr. Mag. en Salud Pública. UNAD.
Lina Rocío Venegas Páez. Mag. en Salud Pública. Docente MT. UNAD.
Jeadran N. Malagón-Rojas. Dr. Mag. PhD en Salud Pública.
Instituto Nacional de Salud de Colombia.

Corrección de estilo y diagramación: Biteca S.A.S

Diseño de cubierta: Biteca S.A.S.

Foto: imagen tomada del banco de imágenes Freepick.

Web máster: Jairo Quiroga Monroy

Sitio web: <https://revistas.saludcapital.gov.co/index.php/invsegsocial>

Secretaría Distrital de Salud

Carrera 32 # 12-81
Teléfono: 364 9090, ext. 9070 y 9796
Bogotá, Colombia
www.saludcapital.gov.co

Editorial

En el año 2022, a nivel institucional las reflexiones en ética de la investigación fueron el principal interés. Iniciamos el año con la creación del Comité de Ética de la Investigación CEI SDS, que surge de una propuesta de construcción colectiva y participativa. Fue así que contamos con expertos nacionales y distritales de ámbitos académicos e investigativos, quienes en diferentes debates aportaron sus conocimientos, sugerencias y apreciaciones, que fueron fundamentales para la consolidación del comité.

El Comité de Ética de la Investigación, como un grupo formal, deliberativo, multidisciplinario, plural, autónomo e independiente, con carácter asesor, resolutorio, de vigilancia y pedagogía del más alto nivel de decisión, cumple funciones desde el punto de vista técnico científico y ético, otorgando el concepto ético correspondiente a los proyectos de investigación presentados en materia de Ciencia, Tecnología e Innovación para la Salud.

Estas discusiones, y la posterior definición del lineamiento, se construyeron a partir de los Lineamientos de Minciencias del año 2021, para la conformación y funcionamiento de comités de ética de la investigación amparado en la Política de Ética de la Investigación, Bioética e Integridad Científica.

Así mismo, adelantamos un proyecto de desarrollo tecnológico que contó con la implementación de tres plataformas que dan soporte a: la construcción del Repositorio Institucional en la plataforma DSpace; la Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud en el Open Journal System OJS y el catálogo en línea de la biblioteca en el sistema bibliográfico Koha.

Además, traemos en este número el *“Diagnóstico de los servicios de transfusión sanguínea de la Red Pública de Bogotá - Colombia, año 2019”* en el que se identificaron fortalezas y oportunidades de mejora en los servicios transfusionales de la red pública. Los resultados de este estudio buscan orientar la asesoría, asistencia técnica y capacitación que realiza la Coordinación de la Red Distrital de Sangre en las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS) de Bogotá y así resaltar la importancia de la Hemovigilancia

orientada a mejorar la seguridad, la eficacia y la eficiencia de la transfusión sanguínea, cubriendo todas las actividades de la cadena transfusional, desde el donante hasta el receptor, educando sobre los riesgos transfusionales a nivel institucional y priorizando las medidas de seguridad del paciente que recibe una transfusión.

También tenemos el artículo: *“Inclusión laboral de personas con discapacidad física y las acciones de terapia ocupacional en Colombia, una revisión integradora durante el segundo semestre de 2021”*, un estudio que describe el rol de la Terapia Ocupacional en el proceso de inclusión laboral de personas con discapacidad física en Colombia. Este modelo incluye al terapeuta ocupacional pero evidentemente no dimensiona su importancia a nivel empresarial.

Finalmente, el artículo: *“Mujeres migrantes: sueños, aventuras, realidades...”* refleja la vivencia de la autora de nacionalidad colombiana que vivió la experiencia de ser migrante en un país europeo. En este estudio se identificaron situaciones de injusticia en diferentes ámbitos que permiten reflexionar sobre la situación de otras mujeres de diferentes nacionalidades, sobre diversos sentimientos experimentados. Se trata de una experiencia participativa como parte del proceso de formación en la especialización de Epistemologías del Sur con el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO y del Centro de Estudios Sociales - CES de la Universidad de Coimbra, Portugal.

Esperamos que disfruten de los contenidos y hagan uso de esta publicación para compartir resultados de investigaciones que contribuyan a la divulgación del conocimiento.

Juan Carlos Bolívar-López
Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial
Secretaría Distrital de Salud, Bogotá (Colombia).

Diagnóstico de los servicios de transfusión sanguínea de la red pública de Bogotá, Colombia, año 2019

Diagnosis of the blood transfusion services in the public network of Bogotá, Colombia, 2019

Diagnóstico dos serviços de transfusão de sangue na rede pública de Bogotá, Colômbia, ano 2019

Sonia Esperanza Rebollo-Sastoque¹

Resumen

Objetivo: identificar fortalezas y oportunidades de mejora en los servicios transfusionales de la red pública, para orientar la asesoría, asistencia técnica y capacitación que realiza la Coordinación de la Red Distrital de Sangre en las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá. **Métodos:** se aplicó cuestionario con 81 preguntas relacionadas con disponibilidad, conservación, reserva, entrega, uso y descarte de hemocomponentes, Programa Hemovigilancia, Comité Transfusión Sanguínea, auditoría médica transfusional y capacitación en medicina transfusional. Se verificó *stock* de sangre, datos estadísticos y diligenciamiento de formatos utilizados durante el proceso transfusional. Se confirmó información del acto médico antes, durante y después de la transfusión a través de revisión de historias clínicas de pacientes transfundidos. **Resultados:** el 100% de los servicios transfusionales atienden 24 horas; disponen de equipos, reactivos e insumos necesarios y suficientes; tienen historia clínica automatizada y contrato con banco de sangre. Los procesos y procedimientos están establecidos por la Subred. El 31,3% están acreditados, calculan *stock* y disponen de plan de emergencia ante necesidades de sangre; el 39,7% de unidades incineradas fue por fecha de vencimiento; los servicios que atienden maternas disponen de paquete para código rojo; el 93,7% cumple criterios técnicos para conservación de hemocomponentes; el 56,2% asegura la cadena de frío hasta la cama del paciente. En las historias clínicas revisadas no se registró el motivo de transfusión; el 50% no tiene notas de enfermería sobre control de líquidos y seguimiento durante el proceso transfusional; el 81,2% no tiene registro de monitoreo médico los primeros 15 minutos de transfusión; el 100% de los servicios tienen implementado el Programa de Hemovigilancia, sin evidencia del total de análisis de reacciones adversas a la transfusión moderadas y severas. La Guía de Práctica Clínica Transfusional adoptada no tiene evidencias de implementación. **Conclusión:** la asistencia técnica y capacitación deben orientarse a trabajo en red, cálculo y manejo del *stock*, Programa de Hemovigilancia, Guías de Práctica Clínica Transfusional y auditoría médica transfusional.

Palabras clave: transfusión sanguínea; seguridad de la sangre; seguridad del paciente; hospitales públicos; hemovigilancia.

1. Bacterióloga, magíster en Epidemiología. Profesional especializada de la Dirección Provisión Servicios de Salud, Grupo Técnico, Coordinación Red Distrital de Sangre y Terapia Celular, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (Colombia).

Abstract

Objective: Identify strengths and opportunities for improvement in the public network transfusion services, in order to guide the counseling, technical assistance, and training carried out by the District Blood Network Coordination at the four Integrated Health Services Subnetworks of Bogotá. **Methods:** A questionnaire was applied with 81 questions related to availability, conservation, reserve, delivery, use, and discarding of blood components, the Blood Surveillance Program, the Blood Transfusion Committee, medical transfusion auditing, and training in transfusion medicine. Blood *stock* was verified along with statistical data and the completion of forms used during the transfusion process. Information on the medical act was confirmed before, during, and after the transfusion through the review of the medical records of patients receiving transfusions. **Results:** 100 % of the transfusion services have 24 hour care. They have necessary and sufficient equipment, reactive agents, and supplies. They have automated medical records and a contract with the blood bank. The processes and procedures are established by the Subnetwork. 31.3 % are accredited, they calculate stock and have an emergency plan regarding blood needs. 39.7 % of the units incinerated were due to expiry date. Maternal care services have a code red package. 93.7 % meet technical criteria for the conservation of blood components. 56.2 % ensure the cold chain up to the patient's bedside. The reviewed medical records did not show the reason for the transfusion. 50 % did not have nursing notes on the control of liquids and monitoring during the transfusion process. 81.2 % did not have records of medical monitoring in the first 15 minutes of the transfusion. 100 % of the services have implemented the Blood Surveillance Program with no evidence of the total analysis of moderate and severe adverse transfusion reactions. The adopted Transfusion Clinical Practice Guideline has no evidence of implementation. **Conclusion:** Technical assistance and training must be aimed at network work, calculation, and *stock* handling, the Blood Surveillance Program, Transfusion Clinical Practical Guideline, and medical transfusion auditing.

Keywords: Blood transfusion, blood safety, patient safety, public hospitals, blood surveillance.

Resumo

Objetivo: identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria nos serviços de transfusão da rede pública, para orientar a assessoria, assistência técnica e treinamento realizado pela Coordenação da Rede Distrital de Sangue nas quatro Sub-redes Integradas de Serviços de Saúde de Bogotá. **Métodos:** foi aplicado um questionário com 81 questões relacionadas à disponibilidade, conservação, reserva, entrega, uso e descarte de hemocomponentes, Programa de Hemovigilância, Comitê de Transfusão de Sangue, auditoria médica transfusional e treinamento em medicina transfusional. Foram verificados estoque de sangue, dados estatísticos e preenchimento dos formatos utilizados durante o processo transfusional. As informações sobre o ato médico antes, durante e após a transfusão foram confirmadas pela revisão dos prontuários dos pacientes transfundidos. **Resultados:** 100 % dos serviços de transfusão atendem 24 horas; possuem equipamentos, reagentes e suprimentos necessários e suficientes; têm histórico clínico automatizado e contrato com banco de sangue. Os processos e procedimentos são estabelecidos pela Sub-rede. 31,3 % são credenciados, calculam estoque e têm um plano de emergência para necessidades de sangue; 39,7 % das unidades queimadas estavam fora do prazo de validade; os serviços que atendem a maternidade têm pacote de código vermelho; 93,7 % atendem a critérios técnicos para preservação de hemocomponentes; 56,2 % asseguram a cadeia

de frio até o Diagnóstico de los servicios de transfusión sanguínea de la red pública de Bogotá, Colombia, año 2019 | 7 leito do paciente. Nos prontuários revisados, o motivo da transfusão não foi registrado; 50 % não têm anotações de enfermagem sobre controle de fluidos e acompanhamento durante o processo transfusional; 81,2 % não têm registro de acompanhamento médico nos primeiros 15 minutos da transfusão; 100% dos serviços implementaram o Programa de Hemovigilância, sem qualquer evidência da análise total das reações adversas à transfusão, moderadas e graves. A Guia de Prática Clínica Transfusional adotada não tem evidências de implementação. **Conclusão:** a assistência técnica e o treinamento devem ser orientados para networking, cálculo e gerenciamento de estoque, Programa de Hemovigilância, Guias de Prática Clínica Transfusional e auditoria médica transfusional.

Palavras chave: transfusão de sangue, segurança do sangue, segurança do paciente, hospitais públicos, hemovigilância.

Introducción

A través de las Redes Integradas de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS), públicas y privadas, del ámbitoterritorial se pone en operación la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud en Colombia, bajo los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, a fin de garantizar a la población el acceso y la atención oportuna, integral, continua y resolutive, disponiendo para ello de recursos humanos, técnicos, financieros y físicos que aseguren los mejores resultados en salud. Por lo anterior, el trabajo en red con los diferentes actores del sistema de salud debe estar incurso en la planeación territorial, desde el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el Plan Territorial de Salud y el Plan de Desarrollo (1-3).

Tabla 1. Ubicación de Servicios de Transfusión Sanguínea en las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá D.C., año 2019.

Sub Red Integrada de Servicios de Salud – ESE	Servicio de Transfusión Sanguínea STS
Centro Oriente	USS Hospital Santa Clara
	USS Hospital San Blas
	USS Hospital Jorge Eliecer Gaitán
	USS Hospital Materno Infantil
	USS Hospital La Victoria
Norte	USS Hospital Simón Bolívar
	USS Hospital Engativá
	USS Hospital Suba
	USS Hospital Chapinero
Sur	USS Hospital El Tunal
	USS Hospital Meissen
	USS Hospital Tunjuelito
Sur occidente	USS Hospital Occidente De Kennedy
	USS Hospital Patio Bonito Tintal
	USS Hospital Bosa
	USS Hospital Fontibón

Fuente: elaboración propia.

Bajo este contexto, se reorganizó la red pública prestadora de servicios de salud en Bogotá D.C., realizando la fusión de las 22 Empresas Sociales del Estado (ESE) adscritas a la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y la creación de la Red Integrada de Servicios de Salud que quedó conformada por cuatro ESE,

reconocidas como Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS) Centro Oriente, Norte, Sur y Sur Occidente, dando inicio a la operación administrativa unificada de las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (USS) de baja, mediana y alta complejidad (4). Lo anterior implicó cambios administrativos estructurales, redistribución, traslado o fusión de servicios hospitalarios habilitados en las anteriores 22 ESE u hospitales públicos de Bogotá. Caso específico fue la fusión de los Servicios de Transfusión Sanguínea² (STS), que pasaron de 22 a 16, distribuidos en las cuatro SISS (tabla 1).

En la estructura organizacional unificada y establecida para las cuatro Subredes, los STS quedaron bajo la coordinación de la Dirección de Servicios Complementarios, desde donde se lidera el Programa de Hemovigilancia que hace parte de las líneas de trabajo del Programa de Seguridad del Paciente, coordinado por la Oficina de Calidad de cada ESE (figura 1).

Considerando las competencias de la Coordinación de la Red Distrital de Bancos de Sangre, Servicios de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular de la Secretaría de Salud de Bogotá (Red Distrital de Sangre) (6), y la responsabilidad del Estado ante la acción y omisión de las autoridades públicas (5,7,8), se identificó la necesidad de conocer el estado del arte de la dinámica de la cadena transfusional en los 16 STS que quedaron distribuidos en las cuatro SISS, acorde con lo establecido en normativas y lineamientos técnicos relacionados con la calidad y seguridad en la prestación de los servicios de salud para prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y el uso de sangre en STS (9-20). No se contemplaron requisitos ni estándares exigidos en la normatividad del Sistema Único de Habilitación de Servicios de Salud.

Así, el objetivo de este diagnóstico fue identificar fortalezas y oportunidades de mejora en STS de las Subredes Integrales de Servicios de Salud - ESE Sur, Sur Occidente, Norte y Centro Oriente, como insumo técnico para planificar y orientar actividades de asesoría, asistencia técnica y capacitación que realizan profesionales de la Coordinación de la Red Distrital de Sangre, orientadas a garantizar el suministro suficiente, oportuno y seguro de cerca de 48.000 componentes

2. “Servicio de Transfusión Sanguínea: es la organización técnico-científica y administrativa de una institución médica o asistencial destinada a la transfusión de sangre total o de sus componentes provenientes de un banco de sangre” (5).

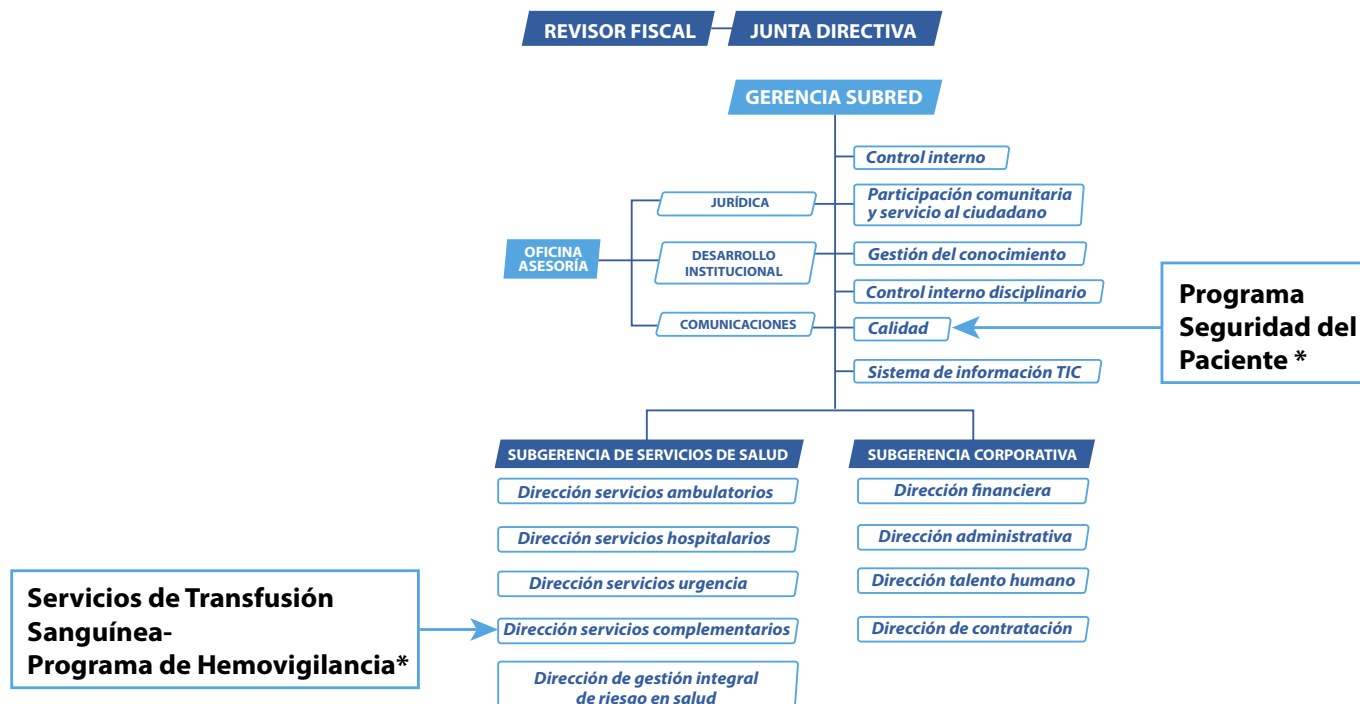


Figura 1. Ubicación Servicios de Transfusión Sanguínea, Programas de Hemovigilancia y Seguridad del Paciente dentro de la estructura organizacional de las Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE.

Fuente: Acta del Comité Directivo de Redes - SDS, aprobada en sesión 14/02/2017. Elaboración propia, adicionada a la estructura organizacional de las SISS.

sanguíneos (CS) transfundidos anualmente a más de 12.000 pacientes atendidos en las 16 USS de las cuatro Subredes y que representan el 21% de los STS de Bogotá (21).

Materiales y métodos

El levantamiento y análisis de la información se realizó durante el primer semestre del año 2019, por tres profesionales del equipo de calidad de la Red Distrital de Sangre, aplicando tres metodologías:

1. Diligenciamiento de un cuestionario diseñado y estructurado en diez módulos con 81 ítems que exploran información cualitativa y cuantitativa relacionada con puntos críticos de la cadena transfusional en los STS. Este instrumento fue validado a través de una prueba piloto (tabla 2).
2. Verificación de datos el momento de la visita, para complementar respuestas a preguntas de los módulos 3, 4 y 5 del cuestionario aplicado, relacionadas con: *stock* de CS disponibles, datos estadísticos de solicitud y reserva de sangre, y formatos diligenciados durante el proceso transfusional.

3. Revisión de dos historias clínicas, seleccionadas al azar en cada STS, de pacientes que recibieron transfusión sanguínea uno o dos días antes de la visita. Lo anterior, para complementar respuestas a preguntas relacionadas con el actuar médico antes, durante y después de la transfusión, correspondientes al módulo 6 del cuestionario aplicado.

Tabla 2. Estructura cuestionario para levantamiento información de Servicios de Transfusión Sanguínea de la Red Pública de Bogotá – 2019.

Módulo	Total Ítem	
1	Información general del STS	12
2	Disponibilidad de CS	14
3	Manejo de stock y conservación de los CS en el STS	4
4	Reserva, entrega y reintegro de los CS en el STS	9
5	Descarte de CS	2
6	Uso de CS	8
7	Hemovigilancia y capacitación	8
8	Comité de Transfusión Sanguínea-CTS	8
9	Auditoría Médica Transfusional	6
10	Inmuno hematología	10
Total		81

Fuente: elaboración propia.

Como preámbulo a la fase de recolección de la información en cada STS, se realizó una reunión en cada una de las cuatro Subredes, en donde se convocó al director de Servicios Complementarios, el jefe de la Oficina de Calidad, el referente del Programa de Seguridad del Paciente, el referente del Programa de Hemovigilancia y el referente de los STS de la Subred. En cada reunión se socializó el objetivo del diagnóstico, la metodología por utilizar y el compromiso de presentar los resultados una vez concluido el estudio.

Las variables analizadas correspondieron a lo abordado en los 81 ítems que conformaron el cuestionario. Se realizó análisis estadístico de variables cualitativas y cuantitativas, presentando los resultados en frecuencias, porcentajes, por categorías y en textos descriptivos.

Aspectos éticos: esta investigación cumple con la normatividad nacional e internacional suscrita por Colombia, de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 porque se trata de una investigación con riesgo mínimo.

Resultados

Los 16 STS prestan servicios las 24 horas y 7 días a la semana, disponen de equipos, reactivos y demás insumos necesarios para realizar las pruebas de compatibilidad sanguínea y el proceso transfusional. El 50% de los STS presentaron acta de visita de habilitación realizada por la SDS en los últimos cinco años.

Catorce de los 16 STS presentaron las hojas de vida de los equipos de laboratorio que soportan el mantenimiento preventivo; en los dos STS restantes no se pudieron revisar las hojas de vida de los equipos porque estas se encontraban en la Dirección Administrativa de la Subred, ubicada en otra sede de la institución.

El 75% de los profesionales que realizan las pruebas pretransfusionales, en días hábiles (tres turnos), fines de semana y festivos (dos turnos), comparten actividades en el laboratorio clínico de la USS; el 50% de este recurso refirió no conocer a los líderes de los procesos de la Subred. Al respecto, cuando se realizaron preguntas del cuestionario a estos líderes, se percibió la dificultad que tuvieron para dar detalles de la dinámica técnico-administrativa de sus STS, la justificación fue

la gran carga laboral que manejan y limitaciones para desplazarse periódicamente a cada USS.

Los manuales y documentos técnicos de los procedimientos realizados en los STS son diferentes para cada una de las cuatro Subredes y su grado de implementación y socialización al personal asistencial presenta alta variabilidad entre estas.

En 15 de los 16 STS se cumplen criterios técnicos de bioseguridad para la conservación adecuada de CS. Se encontró riesgo de contaminación cruzada en un STS porque tenía reactivos y muestras de pacientes en la nevera donde estaban las unidades de componentes sanguíneos.

Al indagar sobre la metodología utilizada para el cálculo de *stock* de CS, solo una de las cuatro Subredes, que representa el 31,2% de los STS, tiene el proceso documentado; sin embargo, al verificar las solicitudes realizadas al banco de sangre (BS) para surtir su *stock*, el valor calculado no coincidía con el solicitado. En los 11 STS restantes la solicitud de CS al BS se basa en el histórico del último mes. En el 25% de los STS el BS proveedor surte el *stock* a diario. En ninguno de los cuatro contratos que tienen las Subredes con el BS proveedor se maneja cláusula relacionada con oportunidad y suficiencia en la entrega de CS.

La demanda satisfecha de CS en el año 2018 para los 16 STS fue de 93,5%, presentando valores críticos en enero y febrero de 2019 para los STS de dos Subredes; la demanda insatisfecha es cubierta a través de canje y préstamo de unidades de sangre entre STS de la misma Subred, de otras Subredes, con otros STS de la red privada o a través de compra directa a otros BS (tabla 3).

Tabla 3. Demanda Satisfecha* de Componentes Sanguíneos en Servicios de Transfusión Sanguínea de la Red Pública de Bogotá, año 2018 – enero y febrero 2019.

SISS	Año 2018	Enero 2019	Febrero 2019
Centro Oriente	95,1%	94,5%	92,4%
Norte	92,6%	75,2%	90,4%
Sur	94,0%	63,0%	73,5%
Sur Occidente	91,5%	76,8%	76,1%
Red Pública	93,5%	75,4%	81,1%

*Número de unidades entregadas por el BS / número de unidades solicitadas por el STS x 100
Fuente: aplicativo informático Red Sangre-SDS

En el 100% de los STS la vida útil de los glóbulos rojos (GR) que se encontraban en el *stock* fluctuó entre 33 y 39 días; GR frescos entre 1 y 7 días y 24 horas para unidades de plaquetas.

El 56,2% de los STS, que corresponde a dos de las cuatro Subredes, aseguran cadena de frío durante el transporte de los CS a los servicios hospitalarios.

Al indagar sobre las necesidades de sangre en situación de emergencia en la ciudad, tres de las Subredes no presentaron plan de emergencia, refiriendo que en el último año no han recibido capacitación ni asistencia técnica al respecto.

Con relación a reserva, entrega y reintegro de CS, el 37% de los STS calcula el índice de reserva/transfusión, 44% el índice de pruebas cruzadas y el

50% la participación de reintegro o devolución de unidades de sangre desde los servicios hospitalarios; el rango de reserva/transfusión fluctúa entre 64,8 y 85,4%, el índice de pruebas cruzadas entre 1,0 y 1,6, el reintegro entre 0,9 y 4,6%, siendo los servicios de Urgencias, Cirugía y Gineco-Obstetricia los que más devuelven CS, por cambio de criterio médico.

De 50.156 unidades de sangre entregadas por el BS a los 16 STS durante el año 2018, se incineró el 1,36% (n=684), de las cuales 272 (39,7%) fueron incineradas por fecha de vencimiento, 31,9% por conservación inadecuada y 28,4% por otras causas, siendo el plasma y las plaquetas los CS con mayor proporción de incineración (figura 2). El valor económico de estas unidades de sangre incineradas fue de \$42.628.700, que equivalen a USD12.300.

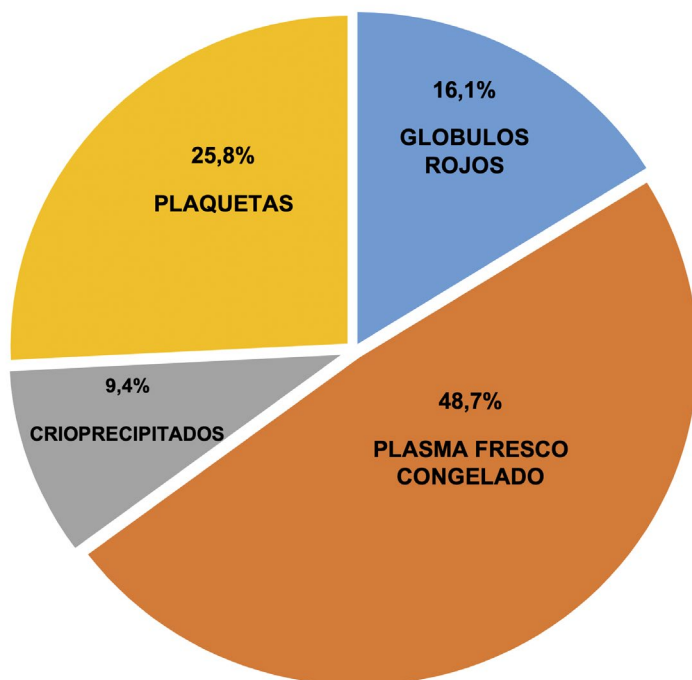


Figura 2. Incineración Componentes Sanguíneos en Servicios Transfusionales de la Red Pública Bogotá, año 2018 (684 unidades).

Fuente: Acta de fecha 14-02-2017 Comité Directivo de Redes. Elaboración propia, adicionada a la estructura organizacional de las SISS.

La revisión de información en historias clínicas seleccionadas al azar, correspondientes a pacientes transfundidos uno o dos días antes de la visita al STS, arrojó los siguientes resultados:

- *Fase pretransfusional:* en 100% de STS la orden médica transfusional se realiza a través de la historia clínica digitalizada; sin embargo,

en 50% de los casos es necesario imprimirla porque en dos Subredes no hay conectividad con el sistema de información de pruebas de laboratorio pretransfusionales, lo que implica volver a digitar la identificación del paciente y realizar manualmente el marcaje de bolsas de CS reservados, a diferencia de los otros servicios donde el marcaje se realiza con código de barras.

En el 75% de los STS la solicitud médica de CS no tenía diligenciado el motivo de la transfusión y en una de las Subredes esta variable no se contempla en la historia clínica. En dos USS el consentimiento informado no estaba firmado por el paciente. El 100% de los STS entregan la unidad de sangre que se va a transfundir con un formato para el control del proceso transfusional y en el 75% de estos va acompañado de lista de chequeo de “los cuatro correctos”.

- *Fase transfusional:* el 50% de las historias clínicas revisadas no tenían notas de enfermería sobre seguimiento de la transfusión ni soporte de control de líquidos del paciente durante el proceso transfusional. En el 20% de las notas médicas no se registra si el paciente tenía antecedentes de reacciones adversas a la transfusión (RAT), y en el 81,2% no había evidencia del monitoreo médico durante los primeros 15 minutos de la transfusión, a pesar de que los referentes de calidad y de seguridad del paciente de las cuatro Subredes refirieron que este procedimiento está establecido en todas las USS. El 75% de los STS transfunden plaquetas por aféresis ante necesidades del paciente, el 25% restante refiere no solicitarlas por el alto costo de estos CS.
- *Fase postransfusional:* el 100% de los STS entregan al laboratorio el formato de control de la transfusión, junto con la bolsa del CS transfundido, lo cual permite cerrar el ciclo de la trazabilidad del producto sanguíneo.

Con relación a la adopción de Guías de Práctica Clínica (GPC) para el uso de CS, dos USS participaron en el pilotaje y ajuste de la “Guía de práctica clínica para el uso de componentes sanguíneos”, editada por el Ministerio de Salud y Protección Social (10), sin encontrar evidencia de su implementación en ninguno de los 16 STS, aparte de un acto administrativo que establecía su adopción en la SISS.

En 14 de los 16 STS la solicitud y entrega de hemocomponentes es Isogrupo. El uso de glóbulos rojos irradiados, filtrados y frescos para neonatos solo se encuentra en el manual de procedimientos técnicos de dos de las Subredes, al igual que el uso de plaquetas por aféresis; el uso de plasma procedente de donantes masculinos para mujeres en edad fértil solo es considera en una de las Subredes.

Con respecto al Programa de Hemovigilancia, el 100% de los STS refieren tenerlo implementado, siendo una de las líneas del Programa de Seguridad del Paciente; sin embargo, ninguna de las cuatro Subredes presentó plan de gestión de actividades para desarrollar durante el año, en tres de ellas no hay referente médico del programa, y en donde existe es de medio tiempo y refiere que ocasionalmente se desplaza a todos sus STS. La búsqueda y el reporte de RAT en el 100% de los STS es pasiva, no existe cultura del reporte de otros incidentes asociados al uso de la sangre, y no se presentaron evidencias del análisis de todos los casos moderados y severos de RAT reportados. En estos análisis no siempre participa el médico tratante ni el referente del Programa de Seguridad del Paciente.

Dentro de la reorganización de las cuatro Subredes se consideró pertinente desmontar el Comité de Transfusión Sanguínea (CTS) para cada USS, estableciendo un único comité por Subred, el cual sesiona cada tres meses en tres de las Subredes, y en la restante sesiona mensualmente. Al CTS asisten profesionales de las USS con mayor índice transfusional, el referente del Programa de Seguridad del Paciente, el referente de Gestión de Calidad e invitados según el tema por desarrollar; la dinámica del comité es más administrativa, en donde se presentan indicadores de demanda satisfecha, oportunidad de respuesta del BS proveedor, porcentaje de incineración y casuística de RAT. No se aborda la dinámica de la cadena transfusional y, ocasionalmente, se presentan resultados del análisis de incidentes asociados al uso de la sangre; las RAT severas se discuten en mesas de análisis coordinadas desde el Programa de Seguridad del Paciente.

La auditoría médica transfusional sobre pertinencia de la prescripción, evaluación riesgo-beneficio de la transfusión, adherencia a la GPC y uso de alternativas transfusionales no se realiza en ninguno de los 16 STS. En las cuatro Subredes refirieron realizar prevención y control ante puntos críticos, encontrando evidencias de acciones de mejora puntuales.

El proceso de capacitación al personal de salud en medicina transfusional en las cuatro Subredes es ocasional, con asistencia de médicos inferior al 20%. El “Curso básico de medicina transfusional” (virtual) que ofrece la Secretaría Distrital de Salud de manera gratuita, no se encuentra establecido como obligatorio para los profesionales de los servicios hospitalarios con mayor índice transfusional en cada Subred.

En el área de Inmunohematología, 15 de los 16 STS efectúan las pruebas básicas de compatibilidad sanguínea, 14 (87,5%) realizan controles de calidad y semaforización de reactivos, rechequeo de grupo sanguíneo y factor Rh a las unidades de glóbulos rojos provenientes del BS distribuidor. El 100% contrata con el BS proveedor la identificación de anticuerpos irregulares y demás discrepancias serológicas. Una de las subredes tiene estructurado un programa de gestión de calidad interno y sus cinco STS están acreditados (periodo enero 2019 - diciembre 2020) por la norma internacional de calidad de la Asociación Americana de Bancos de Sangre (AABB).

Discusión

Asegurar el recurso humano, los equipos adecuados y los reactivos suficientes y necesarios para el funcionamiento de los STS de la red pública de Bogotá es un gran logro. Sin embargo, velar por la seguridad del paciente que requiere una transfusión sanguínea implica otros aspectos fundamentales que buscan minimizar los riesgos y maximizar la buena práctica de la medicina transfusional en nuestras instituciones hospitalarias, entre los que se resaltan el asegurar la adecuada provisión de sangre, intervenir en las decisiones frente a las necesidades transfusionales del paciente, el desarrollo de pruebas pretransfusionales y la implementación y el fortalecimiento de programas y estrategias que den cuenta del acto transfusional.

En los países con ingresos altos, la provisión de CS y tejidos seguros se basa en servicios nacionales de sangre con BS que procesan anualmente miles de unidades y aseguran uniformidad en suficiencia y calidad en las instituciones hospitalarias en donde se practica la medicina transfusional. En Inglaterra, el 100% de la demanda de todos los CS se suple con 38 donaciones anuales por mil habitantes. Sin embargo, la tasa de donación no es la adecuada en la mayoría de los países de Latinoamérica (22). Al respecto, durante el año 2018 el promedio mensual de la demanda satisfecha de CS por parte del BS proveedor de las cuatro Subredes estuvo por debajo del 93%, y entre enero y febrero del año siguiente estuvo entre 75,4 y 81,1%, lo cual vuelve crítica esta demanda insatisfecha si se considera que no se aplica una metodología estandarizada para el manejo de los inventarios o *stock* de CS en los STS de la red pública. Que el 63% de las USS en donde se transfunde sangre mantengan

a lo largo del año un *stock* insuficiente para tres días es alarmante ante una situación de emergencia en la ciudad, y puede poner en peligro la vida de pacientes y generar riesgos a los profesionales de la salud que deben responder por una adecuada y oportuna intervención médica; por ello, mantener el *stock* de glóbulos rojos O positivo en niveles satisfactorios permite dar respuesta oportuna en el evento de un plan de emergencia con necesidades de sangre.

Surtir el *stock* de CS a las instituciones hospitalarias diariamente, gota a gota, en ocasiones con unidades de sangre con fecha cercana a su vencimiento, y no reconocer la dinámica de las reservas de sangre en los STS, imposibilita el trabajo coordinado y de confianza mutua que debe existir entre el BS proveedor y los STS, soportado con políticas y lineamientos técnicos orientados a aplicar técnicas de rotación del *stock* para evitar incineración de unidades por fecha de vencimiento, a reservar unidades de sangre por periodos inferiores a 48 o 72 horas, a mantener cadena de frío de los CS en los servicios hospitalarios antes de ser transfundidos y a transfundirlos al paciente dentro de los 30 minutos después recibir el CS en el servicio hospitalario. Por otro lado, calcular y analizar rutinariamente los indicadores básicos de eficiencia del STS (índice de reserva/transfusión, índice de pruebas cruzadas, porcentaje de reingreso), se convierte en una buena práctica que influye positivamente en el buen uso de la sangre, evitando su desperdicio o incineración.

Al respecto, la normatividad del Reino Unido, la Comunidad Europea y algunos países de América Latina establecen la obligatoriedad de tener comités de transfusión sanguínea en todas las instituciones hospitalarias en donde se practica la medicina transfusional, con el apoyo de referentes de este proceso en cada hospital y el trabajo multidisciplinario de las profesiones que intervienen en el acto transfusional, las cuales responden por el suministro de la sangre y el monitoreo del proceso a través de la auditoría de la aplicación de las GPC adoptadas e implementadas en consenso de expertos según criterios clínicos y de laboratorio para el uso de la sangre y los fluidos de reemplazo o alternativas transfusionales; de igual manera, se debe dar respuesta a los planes de mejora y desarrollo con actividades de capacitación y entrenamiento a todo el personal involucrado en el proceso transfusional dinamizando los programas de hemovigilancia dentro de la institución hospitalaria (22-29).

En este sentido, la OMS/OPS reconocen la importancia de la hemovigilancia en los servicios de sangre orientada a aumentar la seguridad, la eficacia y la eficiencia de la transfusión sanguínea, cubriendo todas las actividades de la cadena transfusional, desde el donante hasta el receptor, educando sobre los riesgos transfusionales a nivel institucional y priorizando las medidas de seguridad del paciente que recibe una transfusión (30-32).

Al respecto, Colombia se encuentra dentro de los países que han impulsado la prestación de servicios de salud con calidad, lo que se evidencia en la Constitución Política, estableciendo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) como un conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país, integrando cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y Sistema de Información para la Calidad en Salud (33). En lo relacionado con la seguridad transfusional, las normas específicas existentes (5,9) establecen dentro de los paquetes instruccionales de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, la Guía Técnica para Prevenir Complicaciones Asociadas a Disponibilidad y Manejo de Sangre, Hemocomponentes y Transfusión Sanguínea (14-16), y las Guías de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para el Uso de Componentes Sanguíneos (17,18).

El Comité de Transfusión Sanguínea se convierte en el escenario técnico-científico para el análisis regular de la dinámica de la seguridad transfusional institucional, por esta razón, realizar un comité cada tres meses puede no estar favoreciendo la oportunidad en la implementación de la mejora específica identificada en los servicios hospitalarios de las USS donde se transfunde sangre; por ello es recomendable crear comités de transfusión sanguínea en las USS de alta complejidad o mantener un único comité por Subred que se apoye para su operación y propósito en mesas de análisis de transfusión sanguínea específicas para cada USS en donde se transfunde sangre, haciendo seguimiento a los planes de mejora que surjan para el servicio; asimismo, propender por la conectividad del sistema informático entre las USS que hacen parte de la Subred y la conectividad de todo el proceso transfusional con la historia clínica automatizada, unificando el

diligenciamiento con calidad de los registros que se utilizan a lo largo de la cadena transfusional.

El impacto de la transfusión en relación con la mortalidad y morbilidad en los pacientes con mayor compromiso sistémico impacta potencialmente en la tasa de infección posoperatoria y en el tiempo de estadía de pacientes posquirúrgicos, lo cual genera prácticas transfusionales restrictivas y uso de alternativas a la transfusión. Así es como en el Reino Unido y otros países el uso de la sangre disminuye cuando se realiza evaluación clínica previa y se aplican protocolos específicos para corregir la anemia, así como mejores técnicas de cirugía y de anestesia, uso de agentes antifibrinolíticos, rescate celular durante y posterior a la cirugía, lo que resulta ser menos costoso, más seguro y eficiente. De igual manera, el uso creciente de GR en pacientes oncológicos y hematológicos puede reducirse con hierro endovenoso, eritropoyetina, vitamina B12 y ácido fólico según las condiciones de cada paciente. En Europa se recomienda un umbral transfusional para la mayoría de los pacientes de 70-80 g/L de Hb; un umbral más alto es indicado en pacientes con síndromes coronarios agudos (22). Dado lo anterior, una política transfusional restrictiva tiene mejores o iguales resultados que políticas liberales y, sin duda, el abordaje más lógico para reducir el riesgo transfusional está dado por el uso de CS solo cuando es estricta y clínicamente necesario y cuando no existe otra alternativa (22-28).

En este contexto, para las cuatro Subredes que conforman la red pública de instituciones prestadoras de servicios de salud de Bogotá es un reto lograr, en cada uno de los servicios hospitalarios, mayores avances en la adopción e implementación de las guías de práctica clínica transfusionales; de la auditoría médica en las fases pretransfusional, transfusional y postransfusional, centrándose en verificar y auditar la pertinencia de la prescripción médica, la cual debe ir acompañada previamente de evaluación del riesgo/beneficio de la transfusión y del uso de alternativas transfusionales bajo principios y valores de la ética médica.

Este proceso debe seguir siendo apoyado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, la cual ha sido pionera a nivel nacional desde hace una década en el fortalecimiento de la Coordinación de la Red Distrital de Sangre desde donde se están liderando el Programa de Promoción de la Donación Voluntaria y Habitual

de Sangre orientada a tener CS suficientes y más seguros, al igual que el Programa de Hemovigilancia y el Programa de Gestión de la Calidad para los servicios de sangre de la ciudad (21,31).

Complementario a lo anterior, el desarrollo de un plan de educación y capacitación con enfoque multidisciplinario para el manejo de los pacientes que puedan necesitar una transfusión sanguínea – que incluya entrenamiento de médicos, enfermeras, bacteriólogos y demás personal involucrado en el proceso transfusional– aportará a la reducción de eventos adversos asociados a la praxis médica, a mayor trabajo en equipo, comunicación asertiva y confianza entre el personal de salud, motivando la cultura del reporte no punitivo de sucesos adversos por parte de todo el personal asistencial. Asimismo, se debe propiciar el registro completo y con calidad de la información en la historia clínica del paciente, que permita análisis más completos de las RAT y su clasificación final según gravedad e imputabilidad, favoreciendo un abordaje integral del problema, la identificación de sus causas y la intervención asertiva soportada en la evidencia científica para su prevención y control.

Una de las herramientas formadoras que ofrece la Secretaría Distrital de Salud a los profesionales que asisten el acto transfusional, que está disponible desde hace más de siete años, es el “Curso básico de medicina transfusional”, en modalidad virtual, dirigido a profesionales de medicina, enfermería y bacteriología de los 16 USS que tienen habilitado el Servicio de Transfusión Sanguínea (34).

Se resalta la acreditación de STS que tiene una de las Subredes, por la norma internacional de calidad de la Asociación Americana de Bancos de Sangre (AABB), siendo una oportunidad para estandarizar un único manual de procesos, procedimientos y formatos por utilizar durante la cadena transfusional en los 16 STS del sector público y que hacen parte de la Red Integrada de Servicios de Salud de Bogotá.

Conclusiones

A partir del análisis precedente y teniendo en cuenta el objetivo del presente estudio, se vislumbra que la asistencia técnica y capacitación hacia los STS de las cuatro Subredes debe orientarse a la metodología del

cálculo y manejo del *stock* de componentes sanguíneos y al fortalecimiento de la implementación del Programa de Hemovigilancia, de las Guías de Práctica Clínica Transfusional y de la auditoría médica transfusional.

Las fortalezas y oportunidades de mejora identificadas permitirán generar planes de trabajo desde la Coordinación de la Red Distrital de Sangre y Terapia Celular, que respondan a las necesidades de los STS, en cooperación con otras dependencias de la Secretaría Distrital de Salud para potencializar la filosofía del trabajo en red, estandarizar procesos, fortalecer la gestión interdisciplinaria y las interdependencias, orientando el logro hacia la seguridad de la sangre del donante y del paciente que requiere una transfusión, porque a pesar del desarrollo tecnológico que nos ofrece el siglo XXI, aún no existe “riesgo cero” en una transfusión sanguínea.

Agradecimientos

A Sandra Cañas Ramos y a Pilar Garzón Cárdenas, profesionales de la Coordinación de la Red Distrital de Sangre de Bogotá, quienes participaron activamente en la recolección y el análisis de la información. Al personal de los 16 Servicios de Transfusión Sanguínea de las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud, que suministró la información requerida para el levantamiento del diagnóstico.

Financiación: este estudio fue financiado 100% con recursos de la Secretaría Distrital de Salud, representados en las horas laborales asignadas al investigador y a las profesionales contratistas que colaboraron con la recolección de la información en el marco de la asistencia técnica que debían entregar como uno de los productos acordados en el contrato de prestación de servicios.

Conflicto de intereses: la autora declara no tener conflictos de interés.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Política de Atención Integral en Salud. Bogotá D.C., enero de 2016. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

2. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS. 2017 [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/presentaciones-modelo-integral-atencion-salud-mias.aspx>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Redes Integrales de prestadores de servicios de salud. Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación. Bogotá, D.C. noviembre de 2016. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Redes-Integrales-prestadores-servicios-salud.pdf>
4. Concejo de Bogotá. Acuerdo 641 del 06 de abril de 2016, “Por el cual se efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá, D.C., se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones” [Internet]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=65686>
5. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1571. “Por el cual se reglamenta parcialmente el Título IX de la Ley 09 de 1979”. Diario Oficial 40.989, del 12 de agosto de 1993 [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%20%201571%20DE%201993.pdf
6. Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 507 de 06 de noviembre de 2013, “Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.” [Internet]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=55363&dt=S>
7. Constitución Política de Colombia de 1991, artículo 90. Presidencia de la República.
8. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, de 23 de diciembre, “por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones” [Internet]. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/colombia_-_ley_100.pdf
9. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 901 de 20 de marzo 1996, “por la cual se adopta el Manual de Normas Técnicas, Administrativas y de Procedimientos para bancos de sangre” [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DI/RESOLUCION_0901_de1996.pdf
10. Ministerio de Protección Social. República de Colombia. Política de Seguridad del Paciente, 11 junio de 2008.
11. Ministerio de Protección Social. República de Colombia. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, noviembre de 2008 [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf
12. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014, “por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud” [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
13. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”. Versión 001, 4 de marzo de 2010 [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>
14. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Paquetes instruccionales “Prevenir las complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea”. Versión 1.0, 4 de marzo de 2010. [Internet]. Disponible en: http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2012_Seguridad_Paciente/Buenas_Practicas/transfuciones.pdf
15. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía Técnica, Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud y Paquetes Instruccionales. Versión 2.0, 15 de mayo de 2015. [Internet]. Disponible en: <https://acreditacionensalud.org.co/noticias/version-2-0-de-la-guia-tecnica-buenas-practicas-para-la-seguridad-del-paciente-en-la-atencion-en-salud-y-paquetes-intruccionales-expedida-por-el-ministerio-de-salud/>

16. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Paquete instruccional: Prevenir Complicaciones Asociadas a Disponibilidad y Manejo de Sangre, componentes y a la Transfusión Sanguínea. Versión 2.0. [Internet]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/complicaciones-manejo-de-sangre-y-transfusion-sanguinea.pdf>
17. Instituto Nacional de Salud. Guía Rápida para Tomar Decisiones en Medicina Transfusional. Documento Técnico. Bogotá D.C.; 2010. [Internet]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/RedesSaludPublica/DonacionSangre/Publicaciones/Guia%20Rapida%20para%20Tomar%20Decisiones%20en%20Medicina%20Transfusional.pdf>
18. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para el Uso de Componentes Sanguíneos (adopción). Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. Guía GPC-2016-62. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-completa-componentes-sanguineos.pdf>
19. Organización Panamericana de la Salud. Código de Ética para la Donación y Transfusión de Sangre. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana [Internet]. 1984;97(4). Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15869/v97n4p362.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Organización Panamericana de la Salud. Estándares de Trabajo para Servicios de Sangre. Tercera Edición. Washington, D.C.: OPS; 2012. [Internet]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=21393-estandares-trabajo-servicios-sangre-tercera-edicion-393&category_slug=health-systems-services-sistemas-servicios-salud-5372&Itemid=270&lang=es
21. Secretaría de Salud de Bogotá - Red Distrital de Sangre. Boletín estadístico Red Distrital de Sangre años 2010-2018 [Internet]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Paginas/BoletinEstadistico.aspx>
22. Contreras M, Martínez MC. Medicina Transfusional en el Siglo XXI. *Rev Med Clin Las Condes*. 2015;26(6):726-43. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2015.11.002>
23. Directiva 2002/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de enero de 2003, “por la que se establecen normas de calidad y de seguridad para la extracción, verificación, tratamiento, almacenamiento y distribución de sangre humana y sus componentes y por la que se modifica la Directiva 2001/83/CE”. Artículo 3, numeral 1. *Diario Oficial de la Unión Europea*, 2003 [Internet]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=Ca%20la%20extracci%C3%B3n%20y%20verificaci%C3%B3n%20de%20sangre%20humana%20y%20de,y%20distribuci%C3%B3n%20de%20sangre%20humana>
24. Muñiz-Díaz E. Hemovigilancia: un concepto moderno para una antigua actividad. *Rev SETS*. 2002;3(45):10-4.
25. Aranburu E, Hernández JM, Muñiz-Díaz E, et al. Programas de Hemovigilancia en España. Resultados y direcciones futuras. XI Congreso de la SETS; 2000, Bilbao. pp. 120-128.
26. Cortés A, León G, Muñoz M, Jaramillo S. Aplicaciones y práctica de la medicina transfusional. Tomo I, Cap. 20. En: Muñiz-Díaz E. Estado actual de la Hemovigilancia. Santiago de Cali: Grupo Cooperativo Iberoamericano de Medicina Transfusional GCIAMT; 2012. pp. 403-416.
27. Garaycochea V. Auditoría Médica. *Pediátrica*. 2000;3(1):27-8.
28. Dzik WH. Emily Cooley Lecture 2002: Transfusion safety in the hospital. *Transfusion*. 2003;43(9):1190-9. <https://doi.org/10.1046/j.1537-2995.2003.00523.x>
29. Mejía AM. Riesgo transfusional del uso de plasma femenino/masculino. Análisis y debate. *Gaceta Médica de México* [Internet]. 2013;149(1):89-93. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n1/GMM_149_2013_1_089-093.pdf
30. Organización Panamericana de la Salud. Suministro de sangre para transfusiones en los

- países de Latinoamérica y del Caribe, 2014 y 2015 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017. [Internet]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34082/9789275319581-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Organización Panamericana de la Salud, Grupo Cooperativo de Medicina Transfusional, Banc de Sang i Teixits Barcelona-España. Manual Iberoamericano de Hemovigilancia [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/Manual-Iberoamericano-de-Hemovigilancia-FINAL.pdf>
32. Organización Panamericana de la Salud. Guía para establecer un sistema nacional de Hemovigilancia [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33882/9789275319468-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Ministerio de Salud y Protección social. Sistema Obligatorio de Ganancia de Calidad en Salud (SOGCS) [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>
34. Alcaldía Mayor de Bogotá – Aprender Salud. Curso Básico de Medicina Transfusional [Internet]. Disponible en: <https://aulavirtual.saludcapital.gov.co/sicap/course/view.php?id=99>

*Fecha de recepción: 30 de septiembre de 2022
Aceptado para publicación: 24 de noviembre de 2022*

Correspondencia:

*Sonia Esperanza Rebollo-Sastoque
Correo electrónico: serebollo@saludcapital.gov.co*

Bogotá, D.C., Colombia

Inclusión laboral de personas con discapacidad física y las acciones de terapia ocupacional en Colombia. Una revisión integradora de la literatura

Labor inclusion of people with physical disabilities and occupational therapy actions in Colombia. An integrative literature review

Inclusão laboral de pessoas com deficiência física e ações de terapia ocupacional na Colômbia. Uma revisão integrativa da literatura

Livet Rocío Cristancho-González¹
Noelia Zarza-Cardozo¹
Lester Padilla-García²
Michell Andrea Enríquez³

Resumen

Objetivo: describir el rol de la terapia ocupacional en la inclusión laboral de personas con discapacidad física en Colombia. **Métodos:** revisión sistemática integradora de literatura mediante búsqueda en bases de datos como Scielo, Dialnet, Google Shoolar, catálogos Latindex, repositorios universitarios de Chile y Colombia y revistas de terapia ocupacional chilena y argentina, así como de ocupación humana; se tuvieron en cuenta documentos publicados entre 2018 y 2021. Se usaron los descriptores: terapia ocupacional e inclusión laboral, terapia ocupacional en discapacidad física, inclusión laboral y discapacidad física. Para producción de datos se utilizaron como categorías de análisis: conceptualización, modelos de inclusión laboral, pasos del proceso, rol del terapeuta ocupacional en el proceso. **Resultados:** los conceptos de discapacidad, inclusión y el proceso de inclusión están basados en el modelo social y la normativa vigente del país y a nivel internacional, se evidencia baja integración de la disciplina en los procesos, pero se reconoce la importancia del terapeuta ocupacional. Se resaltan términos como integración, inserción y reinserción laboral y ajustes razonables. La metodología colombiana propone como componentes: sensibilización y movilización del sector empresarial, fortalecimiento técnico de las instituciones de rehabilitación en

-
1. Terapeuta Ocupacional, Magíster en Integración de Personas con Discapacidad, Magíster en Salud Pública, candidata a Doctora en Terapia Ocupacional UFSCar-Brasil, docente e investigadora Universidad Metropolitana, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Terapia Ocupacional, Barranquilla (Colombia).
 2. Terapeuta Ocupacional, egresado de la Universidad Metropolitana, terapeuta de tiempo completo en IPS de Barranquilla (Colombia).
 3. Terapeuta Ocupacional, egresada de la Universidad Metropolitana, terapeuta del Centro de Integración Sensorial para el Autismo y Desordenes del Desarrollo, Barranquilla (Colombia).

inclusión laboral. En cuanto al referente, los autores coinciden en elegir el modelo social de la discapacidad que da tratamiento a la persona con esta condición, contando el contexto social y a los actores con roles como: el empleador, los compañeros de trabajo y el terapeuta (quien realiza análisis de puesto de trabajo, inducción al puesto y seguimiento de los resultados esperados). **Conclusiones:** el proceso de inclusión laboral en Colombia, identificado por la revisión integradora, mostró soporte normativo que lo sustenta, que se aborda por modelo social de esta condición y el modelo de inclusión laboral. Se hace evidente la definición del proceso y los pasos a seguir, no obstante, existen barreras que impiden que la población con discapacidad acceda al proceso y dejan por fuera a los trabajadores informales.

Palabras clave: perfil laboral, terapia ocupacional, persona con discapacidad física, inclusión social, Colombia.

Abstract

Objective: To describe the role of Occupational Therapy in labor inclusion of people with physical disabilities in Colombia. **Methods:** Integrative systematic literature review by searching databases such as Scielo, Dialnet, Google Scholar, Latindex catalogs, Chilean and Colombian university repositories, and Chilean and Argentine occupational therapy journals, as well as human occupation; documents published between 2018 and 2021 were taken into account. The following descriptors were used: occupational therapy and occupational inclusion, occupational therapy in physical disability, occupational inclusion and physical disability. For data production, the following categories of analysis were used: conceptualization, models of labor inclusion, steps in the process, and the role of the occupational therapist in the process. **Results:** The concepts of disability, inclusion and the process of inclusion are based on the social model and current national and international regulations, there is little evidence of integration of the discipline in processes, but the importance of the occupational therapist is recognized. Terms such as integration, labor insertion and reinsertion and reasonable accommodation are highlighted. The Colombian methodology proposes the following components: sensitization and mobilization of the business sector, technical strengthening of rehabilitation institutions in labor inclusion. As for the referent, the authors agree in choosing the social model of disability that treats the person with disability by considering the social context and the actors with roles such as: the employer, the co-workers and the therapist (who performs job analysis, induction to the job and follow-up of the expected results). **Conclusions:** The process of labor inclusion in Colombia, identified by the integrative review, showed the normative support that sustains it, which is addressed by the social model of disability and the model of labor inclusion. The definition of the process and the steps to be followed is evident; however, there are barriers that prevent the disabled population from accessing the process and exclude informal workers.

Keywords: Labor profile, occupational therapy, person with physical disability, social inclusion, Colombia.

Resumo

Objetivo: descrever o papel da terapia ocupacional na inclusão laboral de pessoas com deficiência física na Colômbia. **Métodos:** revisão sistemática integrativa da literatura por meio da pesquisa em bases de dados como Scielo, Dialnet, Google Scholar, catálogos Latindex, repositórios universitários chilenos e colombianos, revistas chilenas e argentinas de terapia ocupacional e de ocupação humana; foram levados em consideração os documentos publicados entre 2018 e 2021. Foram utilizados os descritores: terapia

ocupacional e inclusão laboral, terapia ocupacional na deficiência física, inclusão laboral e deficiência física. Para produção dos dados, foram utilizadas as seguintes categorias de análise: conceituação, modelos de inclusão laboral, etapas do processo, atuação do terapeuta ocupacional no processo. **Resultados:** os conceitos de deficiência, inclusão e processo de inclusão são baseados no modelo social e regulamentações vigentes no país e internacional, há evidências de baixa integração da disciplina nos processos, mas é reconhecida a importância do terapeuta ocupacional. Termos como integração, inserção e reinserção laboral e ajustes razoáveis são destacados. A metodologia colombiana propõe como componentes: sensibilização e mobilização do setor empresarial, fortalecimento técnico de instituições de reabilitação em inclusão laboral. Quanto ao referente, os autores coincidem na escolha do modelo social da deficiência que trata a pessoa com deficiência, tendo em conta o contexto social e os atores com papéis como: o empregador, os colegas de trabalho e o terapeuta (que realiza a análise do trabalho, indução ao cargo e acompanhamento dos resultados esperados). **Conclusões:** o processo de inclusão laboral na Colômbia, identificado pela revisão integrativa, apresentou respaldo normativo que o sustenta, o qual é abordado pelo modelo social da deficiência e pelo modelo de inclusão laboral. A definição do processo e os passos a seguir são evidentes, porém, existem barreiras que impedem a população com deficiência de aceder ao processo e deixam de fora os trabalhadores informais.

Palavras chave: perfil profissional, terapia ocupacional, pessoa com deficiência física, inclusão social, Colômbia.

Introducción

En Colombia, según el censo de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (1), existen 3'065,361 personas con discapacidad (PcD), es decir 7,1 % del total de la población. De ellos, el 58,5 % se encuentra en edad laboral, es decir entre 15 y 65 años (1). La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), sustentan la importancia de la inclusión laboral de PcD, con resultados en países desarrollados y grandes afectaciones en países de América Latina (2-5). Según La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la pandemia obligó a las personas con discapacidad a recurrir a ocupaciones y oficios no remunerados e informales, lo cual engrosó el sector informal en un 40 % (3,4). El mismo estudio menciona los índices de desempleo y de precarización laboral de estas personas en el mercado como asignación de tareas no calificadas y escasa productividad, omisión de derechos laborales, subocupación horaria, empleos de baja calidad y altamente inestables, incluso si la persona cuenta con todo los requisitos para el perfil ocupacional (3,5-7). Además, algunas barreras para ingresar al mercado son: escasa formación en educación superior, falta de acceso a la información disponible, percepción errada de los empleadores respecto a las capacidades de las PcD y barreras psicológicas (8,9).

Por lo anterior, la inclusión laboral de las personas con discapacidad física sigue siendo un desafío dentro la sociedad. En este sentido, la Convención Internacional de Derechos de Personas con Discapacidad (7) y la Ley Estatutaria 1618 de 2013 (8) en Colombia, tienen como objeto “garantizar y asegurar inclusión en el ámbito laboral, mediante medidas inclusivas, acciones afirmativas y ajustes razonables que eliminen discriminación laboral por motivo de discapacidad” (8, p.5).

Sin embargo, se observa que las PcD desconocen sus derechos y que las empresas desconocen las habilidades y el desempeño de estas personas. Este desconocimiento hace difíciles los procesos de inclusión laboral (9-11).

Para favorecer la inclusión laboral de población con discapacidad en Colombia, existe la Guía de Inclusión Laboral del Ministerio del Trabajo (12), basada en el marco legal vigente. Sin embargo, la guía no

considera la participación de disciplinas como la terapia ocupacional, la cual permitiría que la población con discapacidad participe con un óptimo desempeño en el área de trabajo y productividad, y propendería por la disminución de las barreras que se mencionaron anteriormente durante el proceso de inclusión (13,14). En este sentido, el objetivo de esta revisión fue analizar el proceso de inclusión laboral de las personas con discapacidad física en Colombia y el rol de la terapia ocupacional en el proceso en empresas, así como a nivel individual con las PcD.

Métodos

Se realizó una revisión sistemática integradora de la literatura como estrategia metodológica, la cual se seleccionó porque “presenta un enfoque más sistemático y riguroso que la revisión bibliográfica narrativa. Este tipo de revisión fundamentalmente se centra en sintetizar el conocimiento sobre metodología, conocimientos teóricos o sobre la investigación realizada esbozando una conclusión sobre un tema específico” (15, p.18).

Se seleccionaron artículos con los descriptores perfil laboral, inclusión laboral y discapacidad física, y Colombia, entre 2018 y 2021, en las bases de datos Scielo, Dialnet, Redalyc, PubMed, repositorios universitarios, Google Académico, DOAJ, revistas específicas de terapia ocupacional de Chile, Argentina y Colombia. En el momento de la selección de los estudios, se incluyó el descriptor “integración laboral”, un término que aún se identifica con la inclusión.

Se organizó la información sobre los documentos encontrados en una base de datos y se realizó una síntesis narrativa, se identificó la necesidad de aclarar los siguientes términos: **inclusión:** oportunidad de participar, acceder de los servicios y derechos dentro de la sociedad de manera equitativa (16); **inclusión laboral:** capacidad de integrar a las personas que presenta algún tipo discapacidad en un puesto de trabajo equitativa (1); **etapas del proceso de inclusión laboral:** el paso a paso que se lleva a cabo para la inclusión a un puesto de trabajo teniendo en cuenta la convocatoria, perfil del interesado al cargo, proceso de entrevista y selección del personal (12); **los actores que participan en la inclusión:** todo el personal interdisciplinar que hace parte del proceso de inclusión como: los terapeutas ocupacionales, psicólogos, personal de seguridad

y salud en el trabajo, aseguradoras de riesgos profesionales, empleador, compañeros de trabajo, empresas vinculadas a los programas de inclusión (9,13); **desempeño ocupacional:** manera en la que se desenvuelven las personas en las actividades de tipo laboral o cotidiano; **rol del terapeuta ocupacional en la inclusión laboral:** el rol de la terapia ocupacional es trabajar con el grupo interdisciplinar en la evaluación e inspección del puesto de trabajo y en la elaboración del perfil ocupacional (17).

Dentro de los criterios de inclusión se consideraron estudios sobre la población de personas con discapacidad física y sobre la inclusión laboral en donde participó la disciplina de terapia ocupacional, artículos científicos y de revisión de literatura entre los años de 2018 a 2021 que, en el título, o en el resumen del estudio, incluyan las palabras: inclusión laboral y

terapia ocupacional, discapacidad física y Colombia. Se excluyeron las publicaciones sobre inclusión laboral en población con discapacidad cognitiva, sensorial y psicosocial y aquellos estudios que no se hubieran realizado en Colombia.

La investigación contó con cuatro fases: en la primera fase, con los descriptores, se realizó una búsqueda activa en bases de datos seleccionadas y en la Revista Chilena de Terapia Ocupacional, Revista Argentina de Terapia Ocupacional, Revista de Ocupación Humana, publicadas entre 2018 y 2021. En la segunda fase se realizó un primer filtro con los artículos que cumplieran los criterios de inclusión y se elaboraron fichas bibliográficas de cada artículo. En la fase tres se caracterizaron los artículos de acuerdo con las categorías de análisis definidas y, en la fase cuatro, se realizó el análisis e integración de los contenidos por categorías (figura 1).

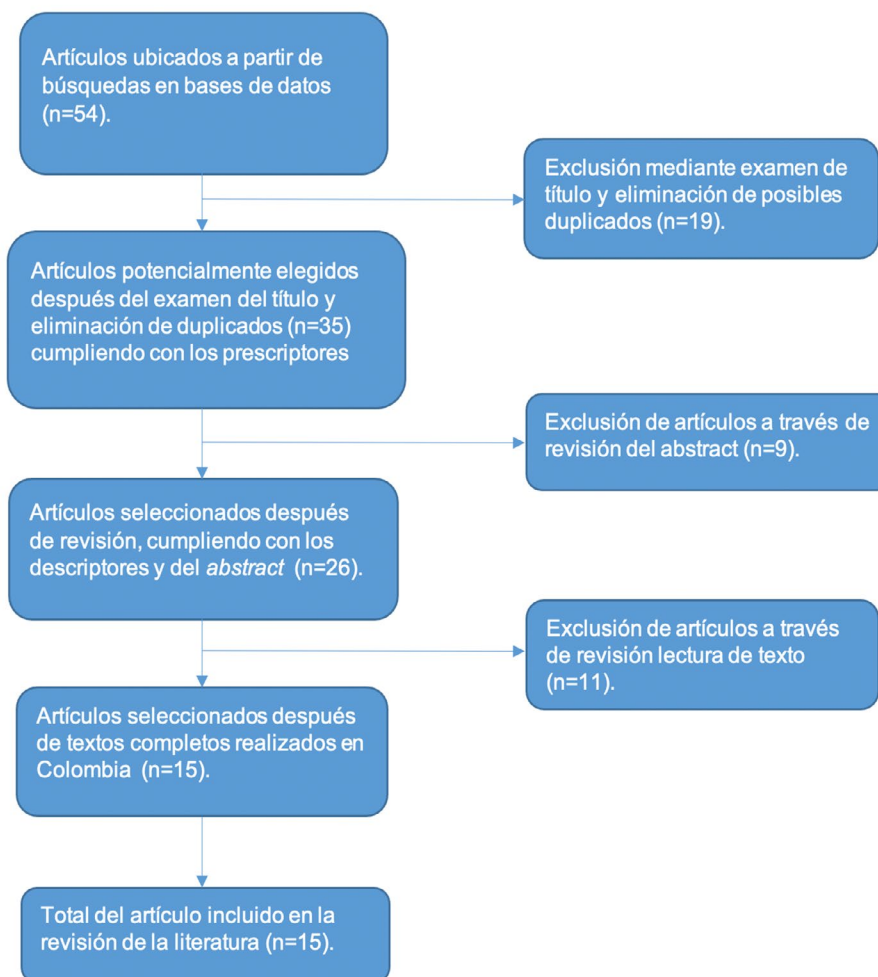


Figura 1. Flujograma de búsqueda y selección de los artículos.

Fuente: elaboración propia.

Resultados

Se encontraron 26 artículos relacionados con diferentes tipos de discapacidad, se descartaron 11 porque no cumplían con los criterios de inclusión después de pasar por los filtros y la lectura. Al final se eligen 15 artículos para la revisión.

Teniendo en cuenta el contenido de los artículos se definieron las siguientes categorías de análisis: conceptualización de la inclusión laboral en personas con discapacidad física en Colombia, etapas o procesos de inclusión laboral, roles y actores del proceso y acciones de terapia ocupacional en la inclusión laboral de PcD.

Inclusión laboral, conceptualización, modelos y enfoques

En esta categoría hubo tres aspectos considerados según los autores consultados: la definición de inclusión laboral, los modelos que soportan el proceso de inclusión y la conceptualización desde la normativa.

El concepto de inclusión laboral, según Fernández et al. (17), y Castellanos y Quintana (18), es un proceso en el cual se ofrecen orientaciones para la vinculación laboral, que busca promover la equiparación de oportunidades y una nueva cultura sobre el trabajo (19), propone comprender que la inclusión laboral es reconocer a una persona, independientemente sus limitaciones o condiciones, con las mismas oportunidades de acceso laboral y participación activa en el ámbito laboral (11,20). Siguiendo las normas internacionales propuestas como la Convención de Derecho de las Personas con Discapacidad (11,18,19,21,22), el proceso busca formar y capacitar a la persona, creando un perfil ocupacional, para luego vincularlo a una empresa con igualdad de oportunidades (3,18,21).

Se resaltan los procesos del terapeuta ocupacional en la integración, inserción y reinserción laboral, para adaptar puestos de trabajo con las condiciones y capacidades físicas-anatómicas del individuo (20,22). Asimismo, se incluye el modelo de inclusión social de la discapacidad que busca abordar a la persona con discapacidad en un contexto social en donde se ve rodeado por actores como el empleador y los compañeros de trabajo (6,20,23).

En Colombia la inclusión laboral se define, según la Ley 361 de 1997, como la integración laboral sin diferenciarlo del concepto de inclusión, así: “Las acciones y medidas que promueven la inclusión de las personas con discapacidad a los bienes y servicios de la sociedad en igualdad de condiciones al resto de la población” (24). A las PcD les asiste el derecho al acceso a todos los servicios y a un puesto de trabajo (6,20,23).

Las etapas del proceso de inclusión laboral

García et al. (23) y Castellanos y Quintana (18), incluyen un proyecto transversal de inclusión laboral desde el “Pacto de Productividad”, cuyo objetivo es mejorar las oportunidades de empleo para las PcD utilizando el modelo de inclusión laboral y articulándose con instituciones y empresas, proponen una metodología de trabajo en cuatro componentes básicos: sensibilización y movilización del sector empresarial, fortalecimiento técnico de las Instituciones de rehabilitación en el tema de inclusión laboral, ingreso de PcD en programas de formación para el trabajo.

Farieta (11), sugiere ciertas barreras en la convocatoria, selección y contratación de la población con discapacidad: la falta de claridad en la información respecto a la discapacidad y a los procesos de inclusión por entes facilitadores del proceso, perfiles ocupacionales que no cumplen con las necesidades de empresarios y las demandas de los cargos requeridos, la falta de ajustes en las convocatorias y pruebas de selección, la baja formación académica para acceder al mercado laboral, los altos costos para la adaptación de los puestos de trabajo, la alta cantidad de trámites administrativos y los altos niveles de supervisión en competencia al puesto de trabajo.

García et al. (23) y Chacón (6), consideran importante tener presente la normatividad vigente sobre los actores que participan en el proceso de inclusión laboral en Colombia, se enfatiza en normas como la Ley 361 de 1997 (24), “por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación”, la Ley 82 de 1988 (25), el Decreto 692 de 1995 (26), que adopta el manual de calificación de invalidez, el Decreto 1507 del 12 de agosto de 2014 del “Manual Único de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral” (27) y la Ley Estatutaria 1618 del 27 de febrero de 2013 (8) “por la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de

los derechos de las personas con discapacidad”. Los actores del proceso considerados por los autores son: los empleados y empleadores, compañeros de trabajo y, como actor principal, la persona con discapacidad.

Zapata (19) y Jiménez et al. (20) resaltan la organización de equipo interdisciplinario que considera al terapeuta ocupacional pues este facilitaría el proceso. Mencionan, además, la labor del Comité Paritario de Salud Ocupacional y el rol de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) en los procesos de inclusión en el país.

Varios autores plantean que la inclusión debe favorecer el desempeño ocupacional y mantener ambientes inclusivos en empresas (4,11,12,28), permitiendo a las PcD desempeñarse adecuadamente con ajustes “que garanticen entornos laborales inclusivos y accesibles” (28, p.55) pues ayuda a apropiarse de tareas otorgando motivación extra en el puesto de trabajo. Esto, a su vez, genera un buen ambiente laboral con los compañeros. Asimismo, Ortiz y Satizabal (29) proponen la medición ocupacional de los ambientes laborales, teniendo en cuenta el perfil del usuario y la calificación del puesto de trabajo, actividades propias de los terapeutas ocupacionales en el sector de trabajo.

El rol del terapeuta ocupacional en el proceso de inclusión laboral en Colombia

López (28) explica el rol de la terapeuta ocupacional dentro del proceso: los pasos corresponden a entrevista al usuario para evaluar necesidades en áreas ocupacionales y valorar el desempeño y ambiente ocupacional. Además, García et al. (23) incluyen el método F.A.P de tres fases: focalizar, que implica el localizar empresas interesadas en procesos de inclusión laboral; apreciar, fase en la que, una vez explicadas las razones del proceso de inclusión, las personas que aspiran al cargo sean incluidas, observadas y evaluadas en su lugar de trabajo y en su desempeño, apoyados en evaluación del puesto de trabajo, inspección del perfil de personas y listado de requerimientos que conducen a ajustes necesarios o razonables; y, la última fase, la cual define el plan de intervención con las personas y realiza ajustes dentro de los puestos de trabajo, necesarios para que las personas logren realizar sus actividades laborales obteniendo un óptimo desempeño.

Por último, Salamanca (22), propone términos como inserción y reinserción laboral, a través de adaptaciones del puesto, y “ajustes razonables” como parte importante para el logro de la inclusión laboral. Estas adaptaciones son definidas como: “aquellas modificaciones y adaptaciones (ajustes) necesarias y adecuadas (razonables) requeridas para garantizar a la persona con discapacidad física, sensorial, mental y/o intelectual el pleno ejercicio del derecho al trabajo en igualdad de condiciones con los demás trabajadores” (28, p.17).

Pérez et al. (30) y García et al. (23) señalan el rol de la terapia ocupacional en procesos de inserción y reinserción laboral dentro de espacios empresariales. La intervención de esta rama de la salud se encamina a fortalecer capacidades generales de PcD, centrando su trabajo en la volición de los usuarios enfatizando la reorientación ocupacional en busca de alternativas laborales productivas que satisfagan los intereses y la remuneración, y que le permitan mantener las capacidades de los trabajadores. Por último, Fernández et al. (13) y Salamanca (22), coinciden en que el terapeuta ocupacional cumple el rol de organizador y facilitador en procesos de evaluación del puesto de trabajo e inspección del perfil ocupacional de los empleados que cumplan con la categoría de selección del personal.

Discusión

Haciendo una comparación entre los resultados del análisis en artículos que estudian la problemática en Colombia y en artículos que estudian el proceso de inclusión en países cuya cultura y organización de sistemas de salud son similares, como Chile y Argentina, los conceptos sobre la inclusión laboral en Colombia son similares.

Según Fernández et al. (13), la inclusión laboral se entiende como la generación igualitaria de oportunidades para los individuos, grupos o comunidades al momento de optar por un trabajo; consecuentes con la propuesta de Zapata (19), este proceso orienta la vinculación laboral y busca promover la equiparación de oportunidades y una nueva cultura sobre el trabajo. Cesar et al. (31) definen “inclusión en la sociedad y en el aspecto laboral como acceso al empleo de los grupos vulnerables, por encontrarse en situación de exclusión social o en

riesgo de exclusión social” (p. 65).

Coincide con lo anterior el modelo social de la discapacidad que aborda a la PcD en contexto social, rodeado por actores como el empleador y los compañeros (11,20,23,32). Dicho modelo reconoce a la persona como sujeto de derecho con conceptos de dignidad e igualdad, el modelo se enmarca en propuesta de la convención de los derechos humanos y surgida a raíz de los reclamos sociales (6,18,21,29).

En Argentina, la inclusión laboral se asume desde el “enfoque modelo social y de derechos” (10, p.64) y contempla desde el derecho hasta la igualdad de oportunidades. Según su definición, la inclusión es una responsabilidad social, es responsabilidad de todos garantizar ausencia de barreras, arquitectónica o actitudinal (12).

En Chile, la inclusión a partir del “Enfoque de Derechos Humanos Posconvencional” hace referencia a que la inclusión social se vuelve el objetivo central de toda política pública (1,17). Se evidencia el soporte legal y teórico para el manejo de la inclusión laboral en los países, sin embargo, las empresas enfatizan en cumplir la norma y evitar sanciones pero muchas veces no incluyen a la familia, amigos y compañeros en el proceso (31).

En Argentina las etapas del proceso de inclusión laboral promueven el derecho al trabajo de las PcD. Según Pérez (30) la OIT, como máximo ente promotor de inclusión laboral para estas personas, incluye evaluación inicial, o de selección, e intervención posterior de terapeutas ocupacionales, encargadas de realizar análisis de puesto de trabajo, inducción al puesto y seguimiento de los resultados.

Estas etapas del proceso son similares en Colombia en sus etapas de evaluación, inducción y seguimiento, aunque no siempre lo realiza el terapeuta ocupacional (33). En Chile, el proceso va más allá de la inclusión buscando la funcionalidad y la autonomía de la persona en su día a día y se realizan las evaluaciones de habilidades y destrezas según el perfil del cargo, consecuente el proceso de Colombia, que integran la autonomía funcional de las personas con discapacidad (13).

Un aspecto diferencial del proceso de inclusión laboral se observa en Colombia, en cuanto a la participación de terapeutas ocupacionales en las ARL del país quienes realizan procesos de análisis de riesgos laborales a todo nivel, incluyendo seguimiento de reintegración o inclusión de empleados con discapacidad en los puestos de trabajo. Este enfoque es similar al chileno, pues a través de la “Guía para la Inclusión Laboral” (29) realiza el proceso contando con equipos laborales y con el terapeuta, quien realiza seguimiento a las contrataciones de personas con discapacidad (29, 34).

Asimismo, el proceso en Chile se enfoca en el desempeño ocupacional de las personas con discapacidad (1), se define como el actuar ocupacional de las personas en ambientes específicos, donde la persona se motiva, inicia y completa distintas ocupaciones. También es una trayectoria individual en la que intervienen capacidades personales, exigencias ocupacionales y demandas del medio ambiente.

De forma similar, en Colombia se enfatiza en el actuar de las personas con discapacidad de forma positiva, generando interacción laboral, intención de apropiarse de las labores o tareas, aumentando la productividad (20, 33).

Finalmente, el rol del terapeuta ocupacional en el proceso de inclusión laboral busca fortalecer las capacidades generales de las personas con discapacidad. Para ello, centra el trabajo terapéutico hacia la volición de los usuarios y enfatiza la reorientación ocupacional.

Según Jiménez et al. (20) y García et al. (35) el terapeuta ocupacional realiza procesos inserción y reinserción laboral dentro de los espacios laborales y es facilitador en los procesos de evaluación de puestos de trabajo e inspección del perfil ocupacional de los empleados al ingresar a las empresas.

Esto es similar al proceso de Argentina, donde la figura del terapeuta ocupacional es de promotor de salud, para que la persona realice con éxito sus rutinas cotidianas de autocuidado, de disfrute, de ocio y de esparcimiento, todo esto en la búsqueda del pretendido equilibrio.

Así también, en Chile, el terapeuta ocupacional realiza el “contacto y compromiso inicial” en donde

establece el vínculo con las empresas y las personas con discapacidad. También realizan “evaluación laboral”, encargada de generar una relación entre habilidades de la persona con las demandas del puesto de trabajo, evaluar la capacidad funcional de la persona, analizar el puesto de trabajo (APT). Y, por último, la capacitación realizada a la empresa y por la política europea de seguridad y defensas (29).

Conclusiones

El proceso de inclusión laboral en Colombia, identificado por la revisión integradora, mostró fuerte soporte normativo que lo sustenta. Se aborda por el modelo social de la discapacidad y el modelo de inclusión laboral, lo que hace evidente la definición del proceso y los pasos a seguir, no obstante, existen barreras que impiden que la población con discapacidad acceda al proceso y dejan por fuera a los trabajadores informales.

Se hace evidente la importancia del rol del terapeuta ocupacional en la inclusión laboral de dicha población para el logro de procesos de inserción y reinserción laboral y para realizar ajustes significativos que las personas a vincularse requieren. Por tanto, es necesario involucrar en procesos de sensibilización a las empresas para favorecer la inclusión laboral.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación: no se recibió ayuda o auxilio de alguna agencia de financiación.

Referencias

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Boletín personas con discapacidad. Vol. 2 [Internet]. Bogotá D.C.; 2021. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/2020-Boletin-personas-con-discapacidad-marco-COVID-19.pdf>
2. Guzmán O. Participación de la terapia ocupacional en políticas públicas de salud laboral: un desafío profesional. *Rev Fac Med.* 2019;67(4):515-20. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n4.73287>
3. Mejía N, Pérez M. Inclusión laboral. Factores de éxito en la incorporación de personas con discapacidad. Caso EPM, Colombia [tesis de maestría]. [Medellín]: Universidad EAFIT; 2020. 73p.
4. Gómez, N, Pérez A, López D, Medina M. Personas con discapacidad: barreras de acceso al empleo y algunas alternativas de inclusión en Colombia. *CES Derecho.* 2020;11(2):3-24. <https://doi.org/10.21615/cesder.11.2.1>
5. Carvajal R. Análisis de la inclusión laboral de personas con Habilidad Diversa (discapacitados) en el Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico de Buenaventura 2020 [tesis de maestría]. [Bogotá]: Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD; 2020. 94p.
6. Chacón YL. Inclusión socio-laboral de las personas en situación de discapacidad física a partir del estudio de caso, en la secretaria de familia de la gobernación del Quindío [tesis de maestría]. [Bogotá]: Universidad Externado de Colombia; 2019 sep. 305p.
7. Parra-Dussan C. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: antecedentes y sus nuevos enfoques. *Int Law [Internet].* 2010;(16):347-380. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=82420041011>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria 1618 de 2013, de 27 de febrero, “Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad” [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/documentobalance-1618-2013-240517.pdf>
9. Damiano L, López M. Terapia Ocupacional laboral una perspectiva en habilidades sociales, valoración de la inclusión laboral y políticas públicas. Programa Call Center Municipal [tesis de pregrado]. [Mar del Plata]: Universidad Nacional de Mar del Plata; 2021 abr. 199p.
10. De Piero M, Gira D. “¿Qué ves cuando me ves?” Representación social de la discapacidad en empleadores y personal de Recursos Humanos de

- las Empresas Privadas de Mar del Plata [tesis de pregrado]. [Buenos Aires]: Universidad Nacional de Mar del Plata; 2021 abr. 212p.
11. Farieta MN. Los fundamentos para la inclusión laboral de personas en condición de discapacidad [Ensayo]. [Bogotá]: Universidad Militar Nueva Granada; 2019 sep. 27p.
 12. Unidad Administrativa Especial del Servicio Público de Empleo. Guía del Modelo de Inclusión Laboral del Servicio Público de Empleo [Internet]. Bogotá D.C.; 2019. 50p. Disponible: <https://www.serviciodeempleo.gov.co/getattachment/Transparencia-e-Informacion/Guia-del-Modelo-de-Inclusion-Laboral-del-Servicio/Guia-del-Modelo-de-Inclusion-Laboral-del-Servicio-Publico-de-Empleo.pdf.aspx>
 13. Fernández S, Mussuto G, Valenzuela M, Bartolucci Z. El rol de Terapia Ocupacional: La inclusión laboral y la ley 21.015 en Chile. 2020;20(2):155-68. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2020.53305>
 14. Martínez G, Prieto A, Jiménez M. Inclusión laboral de personas con discapacidad en las pymes del sector comercio de la ciudad de Bogotá en la localidad de Puente Aranda en octubre de 2019 [tesis de pregrado]. [Bogotá]: Universitaria Agustiniiana; 2019. 55p.
 15. Guirao J. Utilidad y tipos de revisión de literatura. Ene. 2015;9(2). <https://doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002>
 16. Guardia Aguirre F, Alva Gambini J, Ramos-Castillo J. Conflictos laborales en el sector salud del Perú. An Fac Med. 2015;76(SPE):63-65. <https://doi.org/10.15381/anales.v76i1.10973>
 17. Fernández C, Mussuto R, Valenzuela M, Bartolucci C. El Rol del Terapeuta Ocupacional: La Inclusión Laboral y la Ley 21.015 en Chile. 2020;20(2):155-168. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2020.53305>
 18. Castellanos AM, Quintana PA. La inclusión laboral de personas en condición de discapacidad. Espirales Rev Multidiscip Investig. 2019;3(30):76-86. <https://doi.org/10.31876/er.v3i30.618>
 19. Zapata S. Inclusión laboral: acceso al trabajo de personas con discapacidad en Colombia [tesis de pregrado]. [Medellín]: Universidad Santo Tomás sede Medellín; 2019. 88p.
 20. Jiménez E, Masmela R, Rodríguez E. Inclusion laboral, herramientas de divulgación y formación. Publicaciones E Investigación [Internet]. 2021;14(3):1-6. Disponible en: <https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/publicaciones-e-investigacion/article/view/4493>
 21. Hurtado A, Herrera J. Inclusión laboral en el sector público y privado de las personas con discapacidad en el municipio de Pereira desde el año 2000 hasta el 2016. Academia & Derecho [Internet]. 2021;(21):127-154. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/academia/article/view/8066>
 22. Salamanca C. Modelo de negocios para una empresa que promueve la Inclusión Laboral de personas con discapacidad [tesis de pregrado]. [Bogotá]: Universidad Católica de Colombia; 2020. 70p.
 23. García G, Glaser C, Garzón D. Programa de inclusión laboral para discapacitados en el municipio de Neiva [tesis de pregrado]. [Bogotá]: Universidad Piloto de Colombia; 2019 jun. 179p.
 24. Congreso de Colombia. Ley 361 de 1997, de febrero 7, “Por la cual se establecen mecanismos de integración social de la personas con limitación y se dictan otras disposiciones” [Internet]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=343>
 25. Congreso de Colombia. Ley 82 de 1988 de diciembre 23, “Por medio de la cual se aprueba el Convenio 159 sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas, adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo en su 69a. reunión, Ginebra, 1983” [Internet]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14931>
 26. Presidencia de la República. Decreto 692 de 1995, de abril 26, “Por el cual se adopta el Manual Único para la Calificación de la Invalidez” [Internet]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=14928>

27. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1507 del 12 de agosto de 2014. "Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional" [Internet]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=58941>
28. López K. Diseño de una guía de atención socio terapéutica para la población con discapacidad (PCD) basada en inclusión laboral [tesis de especialización]. [Cali]: Universidad Católica Lumen Gentium; 2019. 68p.
29. Ortiz D, Satizabal M. Terapia ocupacional en comunidad: complejidades, acciones y contextos. Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos. 2019; 27(1):197-207. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoRE1715>
30. Pérez SZ. Inclusión laboral: acceso al trabajo de personas con discapacidad en Colombia [tesis de pregrado]. [Medellín]: Universidad Santo Tomás Sede Medellín; 2019, 88.
31. Cesar D, Figueiredo V, Ferigato S, Agostini R. Personas con discapacidad y sus roles ocupacionales: trabajo, familia, independencia y participación social. Rev Chil Ter Ocupacional. 2016;16(2):107-117. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2016.44755>
32. Pinargote D, Sarango V. Evaluación de puesto de trabajo para la inserción de las personas con discapacidad física que laboran en la empresa atunere Fishcorp [tesis]. Universidad Laica Eloy Alfaro; 2019.
33. Arcos L, Martínez L, Restrepo J. Propuesta de un modelo de inclusión laboral para personas con discapacidad. Revista Colombiana De Salud Ocupacional. 2018;8(1): 5115–5115. https://doi.org/10.18041/2322-634X/rc_salud_ocupa.1.2018.5115
34. Ministerio de Trabajo. Guía para el proceso de inclusión laboral de personas con discapacidad [Internet]. Bogotá; 2019. Disponible: <https://posipedia.com.co/wp-content/uploads/2019/08/guia-proceso-inclusion-laboral.pdf>
35. García H, Camelo F, Rodríguez L. El Diseño como Facilitador de la Inclusión Laboral de Personas en Condición de Discapacidad Física. Caso Almacenes Paraíso S.A. Rev Encuentros. 2017;15(2):99-113. <http://dx.doi.org/10.15665/re.v15i2.663>

Fecha de recepción: 28 de septiembre de 2022

Aceptado para publicación: 15 de diciembre de 2022

Correspondencia:

Livet Rocío Cristancho-González

Correo electrónico: livetcrisancho@gmail.com

Bogotá, D. C., Colombia

Mujeres migrantes: sueños, aventuras, realidades. Reflexiones en primera persona

Migrant Women: Dreams, Adventures, Realities. First-Person Reflections

Mulheres migrantes: sonhos, aventuras, realidades. Reflexões em primeira pessoa

Juddy Constanza Caviedes-García¹

Resumen

Introducción: ser migrante es más que vivir en un país ajeno, es una conversación permanente entre la cultura que traigo y a la que llego. Hablar de las mujeres migrantes es de especial interés para mí en tanto hago parte de este grupo de mujeres. Este artículo comparte conversaciones de un grupo de mujeres migrantes de sures no geográficos que residen en Inglaterra. **Objetivo:** develar injusticias, discriminaciones y resistencias. **Métodos:** es una experiencia participativa donde las actoras dibujamos y conversamos para expresar nuestros sentires como mujeres migrantes, desde el sur, en un país del norte global. **Resultados:** se identificaron situaciones de injusticia y discriminación por: la nacionalidad, las creencias religiosas, el no dominio del idioma inglés y por el no reconocimiento de los estudios profesionales. Todas ellas vivenciadas por las mujeres migrantes. **Conclusiones:** en la migración se vive un proceso constante de resistencia ante las situaciones que deslegitiman nuestros saberes, ante las relaciones de poder colonial en el mercado laboral y ante el poder hegemónico y eurocentrista del conocimiento académico.

Palabras clave: mujeres, migrantes, justicia social, discriminación social.

Abstract

Introduction: Being a migrant is more than just living in a foreign country, it is a permanent conversation between the culture that I bring and the culture I arrive at. Talking about migrant women is of special interest for me as I am part of this women group. This article shares conversations from a group of migrant women from non-geographical souths who live in England. **Objective:** To unveil injustices, discrimination, and resistance. **Methods:** This is a participative experience where we, the actors, draw and talk to express our feelings as migrant women, from the south, in a global-north country. **Results:** Situations of injustice and discrimination were identified due to nationality, religious beliefs, lack of ability to speak English, and due to failure to recognize professional studies. These experiences were all lived

1. Psicóloga. Especialista en Epistemologías del Sur. Colombiana residente en Oxford (Inglaterra).

by migrant women. **Conclusions:** During migration, there is a constant process of resistance to situations that discredit our knowledge, in the face of colonial power relations in the labor market, and against the hegemonic and Euro-centric power of academic knowledge.

Keywords: Women, migrants, social justice, social discrimination.

Resumo

Introdução: ser migrante é mais do que viver num país estrangeiro, é uma conversa permanente entre a cultura que trago e aquela a que chego. Falar sobre mulheres migrantes é de especial interesse para mim, pois faço parte desse grupo de mulheres. Este artigo compartilha conversas de um grupo de mulheres migrantes de sules não geográficos residentes na Inglaterra. **Objetivo:** revelar injustiças, discriminações e resistências. **Métodos:** é uma experiência participativa em que nós como atoras desenhamos e falamos para expressar nossos sentimentos como mulheres migrantes, do Sul, em um país do norte global. **Resultados:** foram identificadas situações de injustiça e discriminação por: nacionalidade, crenças religiosas, falta de domínio da língua inglesa e não reconhecimento de estudos profissionais. Todas elas experimentadas por mulheres migrantes. **Conclusões:** na migração se vivencia um processo constante de resistência a situações que deslegitimam nossos saberes, às relações de poder colonial no mercado de trabalho e ao poder hegemônico e eurocêntrico do conhecimento acadêmico.

Palavras chave: mulheres, migrantes, justiça social, discriminação social.

Introducción

Ser migrante es más que vivir en un país ajeno, es conocer, comprender, construir sueños, en lugares distintos a nuestros orígenes, es vivir nuevas experiencias, es una conversación permanente entre dos culturas.

Hace cinco años que vivo en Inglaterra y, desde ese mismo tiempo, la vida me ha permitido conocer personas a las que hoy en día considero mis amigas. Ellas son de diferentes nacionalidades: colombianas, peruanas, españolas, rumanas, nepalís, timorenses, polacas y portuguesas. Somos diversas por el color, la raza, la religión, el lenguaje, la cultura y puede que existan muchas otras diferencias, pero hay algo que compartimos: somos migrantes, vivimos en Inglaterra y siempre recordamos, ya sea por la comida, el clima, la familia, los amigos, los paisajes o los aromas, a nuestros países de origen. Es con ellas con quien deseo conversar acerca de la vida, en especial de esos sentimientos, pensamientos y experiencias que tenemos como mujeres migrantes.

Hall propone distinciones entre el término multicultural y el multiculturalismo, el primero lo considera como: “un adjetivo que describe las características sociales y los problemas de gobernabilidad que confronta toda sociedad en la que coexisten comunidades culturales diferentes intentando desarrollar una vida en común y a la vez conservar algo de su identidad original” (1, p. 633). Por el contrario, multiculturalismo es definido como: “las estrategias y políticas adoptadas para gobernar o administrar los problemas de la diversidad y la multiplicidad en los que se ven envueltas las sociedades multiculturales” (1, p. 633).

Desde Latinoamérica se propone el concepto de interculturalidad que comprende la importancia de reconocer las prácticas y políticas, desde arriba y desde abajo, en torno a la comunidad, la sociedad, el estado y la nación, destacando, a la vez, sus formulaciones tanto “funcionales” como “críticas”.

Como diría Nusbaum (2) en *Las fronteras de la Justicia*, una de las deudas de la humanidad es con los migrantes y, en este caso en especial, con las mujeres que han decidido construir felicidad, sueños, esperanza, en un país distinto al suyo, que luchan por mantener su identidad cultural y que, a su vez, no logran develar las situaciones de desigualdad, injusticia y discriminación

porque, quizás, sienten que esto hace parte naturalmente de la vida del migrante o, simplemente, por ser de los distintos sures.

Cómo pensar entonces la migración sin inferir que todos los migrantes son socialmente inferiores pobres, incultos, analfabetos, marginales, desesperados, etc. con respecto a los miembros de las sociedades de acogida.

En relación con la migración de las mujeres, cerca de la mitad de los 191 millones de migrantes internacionales registrados, según el censo de 2005, eran mujeres, esto es 94,5 millones de personas. Las mujeres constituyen en la actualidad el grupo mayoritario de inmigrantes en numerosos países, en particular en Norteamérica, Europa, Oriente Medio y Oceanía (3).

Las mujeres que más emigran son de Asia y América Latina. Para el año 2002 y 2003 las mujeres representaron el 80 % de todos los inmigrantes indonesios y, en estas mismas fechas, eran más de 3.000 mujeres que salían diariamente de Filipinas.

Algo muy similar ocurre en Latinoamérica donde el 70 % de los emigrantes brasileños, dominicanos y del área andina son mujeres que, en su mayoría, han buscado como países de acogida países como España e Italia (3).

Las motivaciones más comunes por las cuales las mujeres deciden emigrar se relacionan con la necesidad de generar cambios en sus vidas, entre ellos se encuentran las ofertas laborales, oferta de estudios de educación superior, la búsqueda de mejores ingresos, mejorar la calidad de vida, descubrir nuevas formas de vivir y cumplir con los deseos y sueños anhelados.

Otras decisiones son motivadas por la situación de conflicto armado, las guerras del narcotráfico, la falta de oportunidades y las crisis económicas de los países de origen.

En lo que concierne a las migraciones forzadas, en 2005, las mujeres representaban la mitad de los 12,7 millones de personas refugiadas en el mundo (3).

Para comprender la vida y las reflexiones de las mujeres migrantes es necesario crear metodologías que posibiliten el desarrollo de una ecología de saberes, donde seamos nosotras quienes contemos nuestras

historias, nuestras luchas, nuestros día a día. Allí podremos visibilizar la línea abismal que se presenta en esta problemática y, aún más importante, no se nos negará nuestra capacidad de agencia.

Una primera lectura es entender lo que nos pasa a las mujeres migrantes desde la línea abismal. Por ejemplo, existen casos en los cuales las mujeres que migran viven diversas exclusiones, ya sea por su color, por su religión, por su lenguaje, por su cultura, a veces por ser quienes son o por ser migrantes. Considero que esto nos hace más vulnerables a algunas personas y a otras nos enseña a resistir, a dar la lucha por reconocernos y ser reconocidas por lo que somos.

A veces, podría decirse que el solo hecho de ser migrante puede convertirnos en víctimas, en especial si a esto le sumamos un sistema patriarcal de dominación en donde, para algunas mujeres, existen relaciones directas de dependencia económica, de relaciones sociales y hasta de la condición migratoria.

Los diferentes tipos de exclusión no se presentan en el sur exclusivamente, también muchas personas, en este caso los migrantes, pueden estar llevando formas de vida social como marginales, prescindibles, invisibles e inferiores en el norte.

Para de Sousa Santos “el pensamiento moderno occidental avanza operando sobre líneas abismales que dividen lo humano de lo subhumano de tal modo que los principios humanos no quedan comprometidos por prácticas inhumanas” (4, p.36). En consecuencia, para el pensamiento moderno occidental los migrantes pertenecen al grupo en donde “La creación del otro lado de la línea como una no-área en términos políticos y legales, como una base impensable para el gobierno de la ley, los derechos humanos, y la democracia” (4, p.36).

Por tanto, la línea abismal está en las discriminaciones sexuales y raciales, en la esfera pública y privada, en las zonas salvajes de las megaciudades, en las fábricas de explotación, en las prisiones, en las nuevas formas de esclavitud, en el mercado negro de órganos humanos, en el trabajo infantil y la prostitución.

Así mismo:

Como un proceso más de colonialidad, el conocimiento desarrollado en la academia de los sures pareciera no tener validez, no cuenta con el

reconocimiento o el poder que si da la academia hegemónica y eurocentrista del norte. Los procesos de validación de títulos pueden llegar a ser muy largos, costosos y desgastantes emocionalmente, en ocasiones exigiendo completar cursos, lo que implica que muchas veces se decida por terminar trabajando en algo similar o en un nivel inferior al de su formación en el país de origen (5, p.39).

La exclusión dada por la falta de reconocimiento de la diversidad de saberes se suma a la marginación que puede desarrollarse al no tener un dominio de una segunda lengua, en la mayoría de los casos el inglés, que al igual que la primera puede delimitar y generar barreras de acceso a la vida laboral y a todas las acciones y ámbitos de la vida en general.

La monocultura del saber y del rigor, señalada por de Sousa Santos, está relacionada con la idea de que el único saber riguroso es el saber científico y, por lo tanto, otros conocimientos no tienen la validez ni el rigor del conocimiento científico (5). Esta monocultura elimina la validez del conocimiento que se desarrolla en las diferentes prácticas sociales, aquellos conocimientos y saberes que construimos en el cotidiano, en el compartir con el otro, en el ser y el hacer. Además, la monocultura niega la credibilidad de los saberes populares, los saberes indígenas y ancestrales porque no son importantes o tienen la rigurosidad de la ciencia occidental.

Otra monocultura en la cual podemos ver reflejadas las vidas de las mujeres migrantes es la de la naturalización de las diferencias, aquellas que ocultan las jerarquías, la clasificación racial, la étnica y la sexual. Por consiguiente, el tercer modo de producir ausencia es “inferiorizar”, que es una manera descalificada de alternativa a lo hegemónico, precisamente por ser inferior (5).

Así, este artículo tiene como objetivo develar las injusticias y discriminaciones, no percibidas por mujeres migrantes, a través de conversaciones sobre la vida y los diferentes ámbitos de interacción, identificar maneras de re-existencia de un grupo de mujeres migrantes que vivimos en Inglaterra.

Metodología

La construcción de esta experiencia es un proceso participativo desarrollado en cuatro momentos y

elaborado en primera persona, con mujeres jóvenes de distintos países, residentes en Inglaterra, para reflexionar sobre el hecho de ser mujeres migrantes.

Primer momento: invitación. Realicé una pequeña y sencilla tarjeta para mis amigas, allí las convocaba para que habláramos acerca de nuestras vidas como mujeres migrantes. Como somos de diferentes lugares del mundo la tarjeta se elaboró en dos versiones: una en español y otra en inglés. En la figura 1 comparto la versión en español, el mismo mensaje se envió en inglés.



Figura 1. Invitación versión español.

Fuente: elaboración propia.

Segundo momento: conociéndonos. Un sábado de junio de 2019 nos reunimos seis mujeres, algunas de ellas se conocían entre sí, otras se veían por primera vez, algunas vinieron con sus hijos y mi hija también se encontraba allí. La conversación se desarrolló en el jardín de la casa mientras los niños y las niñas jugaban y se divertían en la sala. El idioma en el que realizamos la conversación fue inglés y por eso Alin, mi esposo, nos ayudó con la traducción de español a inglés de dos mujeres colombianas. De este grupo, tres somos colombianas, dos de Polonia, una de Rumania y una de Timor del Este. Las edades están entre los 27 y 69 años.

Nos sentamos en un círculo y conversamos acerca de quiénes somos, de las diversas razones por las que decidimos inmigrar, de cómo hemos cumplido nuestros sueños paulatinamente y, también, cómo estos mismos se han ido transformando de acuerdo con las realidades que vivimos.

Tercer momento: introspección. En este momento cada una de nosotras cerró los ojos y se visualizó en su contexto, en ese día a día en este país que no es el nuestro. Así, dejamos que los pensamientos y sentimientos llegaran a nuestras mentes para después ser plasmados en palabras o en dibujos.

Cuarto momento: compartiendo y reflexionando lo dibujado, lo escrito y lo visualizado. En un acuerdo mutuo por el respeto a la palabra, a las opiniones y a las reflexiones elaboradas, así como la autorización para su uso de los dibujos.

Aspectos éticos: los dibujos han sido autorizados para su uso en este documento, por tanto, se aprobó en conjunto el respeto por la palabra, las opiniones y reflexiones elaboradas.

Resultados

La conversación transcurrió en un espacio de respeto, escucha y compartir, ninguna juzgaba. Algunas veces las palabras fluían más que otras, tal vez porque los recuerdos hacen que nuestras voces se quebraran por el llanto. Para algunas de las participantes fue más fácil desarrollar una conversación clara y abierta acerca de los sentimientos que para otras, quienes tal vez necesitaban más tiempo para reflexionar. Había risas, abrazos de soporte y consuelo para aquellas que lo necesitaban.

En el momento llamado “conociéndonos” nos dimos la oportunidad de presentarnos a nosotras, presentamos nuestros países, nuestro nombre. Hablamos acerca de la falta de oportunidades para los jóvenes, la situación de violencia, la baja remuneración económica para los profesionales y el desempleo que vivíamos y veíamos en nuestros países, estos sin lugar a dudas habían sido factores determinantes a la hora de tomar la decisión de buscar mejores oportunidades en otro país.

Hablar acerca de las razones de emigrar no solo nos llevó a reflexionar acerca de las situaciones de nuestros países, también nos mostró que cada una de nosotras traía consigo sueños y objetivos por cumplir, desde querer hacer dinero para ayudar a su familia o para estudiar, pasando por olvidar amores, reunirse nuevamente con la familia o con las personas que amas, la necesidad de conocer y experimentar nuevas cosas hasta, por supuesto, querer aprender de otras culturas (ver figura 2).

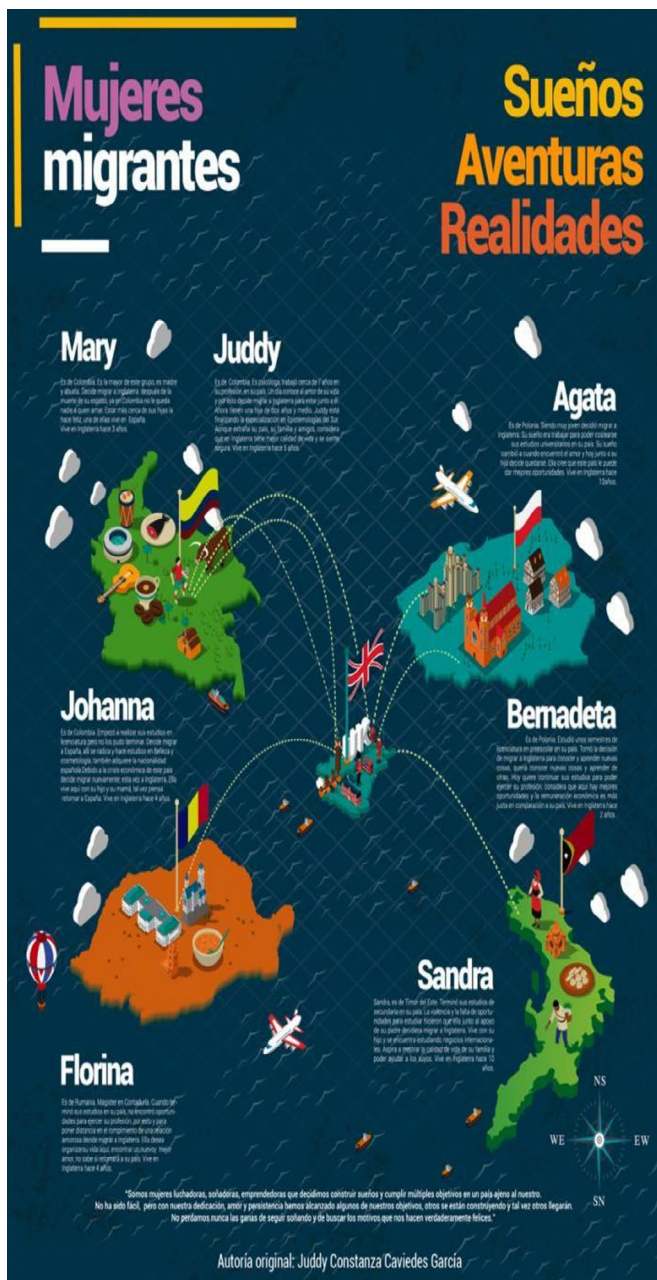


Figura 2. Segundo momento. Conociéndonos.

Fuente: archivo de la investigación.

Los dibujos y las palabras escritas en el momento de la introspección contaron sentimientos, algunos de ellos estaban en blanco y negro, otros en colores fuertes, algunos, aunque con color, tenían trazos sutiles, muy suaves. Algunos contaban la vida desde lo bueno y también desde lo malo, ¿o tal vez no era desde lo malo? Podría ser quizás desde las reflexiones que tenemos acerca de la vida aquí, de aquello que queremos cambiar o que extrañamos de nuestros lugares de origen.

En el primer dibujo (figura 3) encontramos el amor por la familia, a su vez aparecen plasmadas con palabras las cosas, situaciones y personas que extraña esta mujer de su país. Ella se representa como un pájaro con ojos grandes al que le gusta observar, aprender y estar atento, pero que estaba encerrado en una jaula que no le permitía ser libre, ser quien era, hacer lo que ella siempre había soñado. Además, comenta sobre las situaciones desagradables que ha tenido que vivir por las etiquetas y estereotipos negativos que le tienen a las personas por su lugar de procedencia. En este caso ella es colombiana y le molesta cuando, al decir su nacionalidad, la gente la vincula con problemáticas como la violencia, el narcotráfico y las drogas.



Figura 3. Tercer momento. Introspección.

Fuente: Juddy (6).

La representación de la mujer a través de una cara triste, del segundo dibujo (figura 4), está relacionada con no haber cumplido sus sueños, no haber podido encontrar a alguien con quien compartir su vida, no estar con sus amigos y, especialmente, por las situaciones poco gratificantes que ha tenido que pasar en su vida laboral. Para ella los números son la representación de su trabajo y es allí donde identifica una de las principales desventajas que conlleva el no dominar el idioma inglés.



Figura 4. Tercer momento. Introspección.

Fuente: Florina (7).

No tener dominio del idioma inglés ha sido una barrera para acceder al trabajo que ella quiere y para el cual está capacitada (es magíster en contaduría) y percibe que, a pesar de tener títulos que son válidos en Inglaterra, para este país es más importante el idioma que las propias cualificaciones o estudios. Ella considera que en las compañías a las que ha aplicado existe una preferencia por profesionales ingleses sobre aquellos que tienen otras nacionalidades y que, muchas veces, a estas compañías no les interesa que las personas contratadas no estén capacitadas para ocupar los cargos.

En el tercer dibujo (figura 5) la mujer se representa con el sol y a su alrededor hay muchas nubes que, algunas veces, la cubren y la opacan, entonces se siente mal y triste. Esas nubes pueden ser los días cuando hay mal clima o los días en los que más extraña a su familia y quiere estar a su lado. Las nubes son la representación de las veces en las que se ha sentido agredida por alguien que la trata injustamente.



Figura 5. Tercer momento. Introspección.

Fuente: Bernadeta (8).

El cuarto dibujo (figura 6) son ella y su hijo, cuando salen, si él ve las flores, siempre las recoge y se las entrega, es la forma en la que él cree hacerla feliz. Hay un árbol y sus frutos son corazones, estos representan las personas que extraña de su país, entre ellos especialmente a su padre.



Figura 6. Tercer momento. Introspección.

Fuente: Sandra (9).

El quinto dibujo (figura 7) es una mujer con su hijo y su madre; para ella estas dos personas lo son todo, pero se siente atrapada. Está en un momento en el que siente que debe tomar decisiones aunque aún no tiene muy claro qué debe hacer. A veces piensa que debe volver al primer país donde inmigró por primera vez (España).



Figura 7. Tercer momento. Introspección.

Fuente: Mary (10).

En el sexto dibujo (figura 8) hay dos flores y cada una de ellas representa, para esta mujer, a sus hijas, el corazón grande es ella y adentro hay dos corazones de diferente color, esto es porque una de sus hijas vive en España y otra está en Inglaterra, con ella. Le duele no poder estar con ambas, pero sabe que está más cerca de poder ir a visitarla cuando ella la necesite y ella es feliz por poder ayudarlas y acompañarlas. Para ellas sus hijas lo son todo.



Figura 8. Tercer momento. Introspección.

Fuente: Johanna (11).

En el séptimo dibujo (figura 9) están ella, su hija y sus amigas; son muy felices: ella se siente una mujer bendecida. Todas pertenecen a una comunidad católica, cree que tiene todo lo que necesita y se siente feliz, pero hay algo que no le gusta y es lo que pasa en Inglaterra: aquí las personas son diferentes, no les gustan las normas, difieren muchas veces de las creencias que ella tiene y eso hace que no se sienta libre en muchos de los lugares donde participa en la vida cotidiana. Se siente libre con sus amigas de la iglesia, pero no en los otros espacios que le ofrece

este país. Aquí dicen que eres libre en tus opiniones y creencias religiosas pero la verdad no lo es.



Figura 9. Tercer momento. Introspección

Fuente: Ágata (12).

Cerramos la conversación con un agradecimiento por compartir las historias, las luchas, los sueños, las motivaciones para construir sueños y objetivos en un país ajeno. Esta situación no ha sido fácil, sin embargo, la dedicación, el amor y la persistencia han estado presentes en los objetivos: en los que se han cumplido e incluso en los que no. El reto es seguir soñando y buscar los motivos que nos hagan sentir realmente felices y tranquilas. Agradecemos también a Inglaterra, a sus ciudadanos y a otros tantos migrantes que están a nuestro alrededor porque de ellos también hemos aprendido y cada día será una oportunidad más para seguir aprendiendo.

Reflexiones

A través de las palabras y los dibujos pusimos en escena aquellas situaciones que vivimos como mujeres migrantes, hablamos acerca de los sentimientos y emociones que nos invaden cuando se trata de hablar sobre nosotras.

Es importante señalar que hemos logrado cumplir algunos de los sueños que teníamos antes de empezar el camino y la vida como mujeres migrantes, otros se han tenido que ir transformando de acuerdo con las realidades que vivimos. Para algunas de las participantes vivir en Inglaterra ha sido una oportunidad que ha traído consigo momentos gratificantes y positivos a sus vidas pues consideran que la calidad de vida de la que gozan en este país no la hubiesen podido tener en su lugar de origen.

Sin embargo, llegamos a la conclusión de que son pocas las ocasiones en las que hemos tenido la oportunidad de hablar acerca de lo vivido y sentido como mujeres migrantes. Muchas veces las reflexiones acerca de nosotras mismas, de las situaciones de discriminación, desigualdad e injusticia parecieran no reflexionarse o, incluso, no ser percibidas como una problemática que nos afecta a todas. Como dirían las reflexiones de Boaventura de Sousa: estar al otro lado de la línea abismal dentro de una metrópoli en un sur no geográfico (5).

Tal vez para nosotras reflexionar acerca de lo que significa ser mujer migrante en un sistema hegemónico, patriarcal y colonial es iniciar a comprender las dinámicas globales, las líneas de opresión y las interseccionalidades que esto implica.

Es por esto que a pesar de ser mujeres que viven en las metrópolis aún seguimos siendo vistas, como lo menciona Chandra Talpade Mohanty (13), como mujeres victimizadas, empobrecidas y carentes de capacidad de agencia y de lucha. Esta percepción niega la existencia de nuestras movilizaciones y justifica una postura asistencialista y humanitaria que contribuye a marginar los movimientos autóctonos de mujeres a las que se las considera poco «emancipadas», «atrasadas» o necesitadas del esclarecimiento que provee el feminismo occidental. Esta concepción también magnifica la autopercepción de las occidentales como ya liberadas de la dependencia femenina tradicional y con ello reactualiza la dicotomía constitutiva entre el uno/otro, sujeto/objeto, aplicada ahora a los mundos de mujeres y no ya a la separación varones/mujeres.

En otras palabras, según Grosfoguel citado por Gil:

Las migraciones sur-norte son componente estructural de las relaciones de poder colonial aún vigentes, que impulsan las migraciones de trabajadores coloniales para proveer fuerza de trabajo barata en los centros metropolitanos. Gran parte de los migrantes postcoloniales son objetos del racismo de la diferencia cultural, que desde los años setenta compone la nueva geocultura del sistema mundo capitalista, y que refuerza y legitima las posiciones de subordinación de los inmigrantes periféricos en las metrópolis (14, p.246).

Para nosotras este encuentro ha sido un primer acercamiento a la reflexión de nuestras experiencias

como mujeres migrantes en Inglaterra, desde nuestros saberes, con nuestras voces, nuestros silencios y nuestras luchas. Tal vez también es un llamado a organizarnos y formar un colectivo. Como señala Galceran en *La Bárbara Europa*:

En la medida en que alguien es vulnerable por pertenecer al grupo discriminado —ya sea por raza, clase, género, orientación sexual u otros— la única posibilidad de preservarse es conseguir eliminar la opresión de la que el grupo es objeto. Y esto, obviamente, sólo puede lograrse colectivamente. Así los movimientos sociales necesitan crear poder colectivo como única forma de salvaguardar a las propias personas, razón por la cual se ven obligados a rechazar el discurso hobbesiano y a reconstruir constantemente los marcos comunitarios de acción, los únicos que pueden proteger a los/as individuos/as amenazados/as (15, p.281).

Conclusiones

A manera de conclusión, no es solo ser mujer la causa de la discriminación. Las situaciones de desigualdad o trato diferencial identificadas a través de este proceso se relacionan con la nacionalidad, la no apropiación de un segundo idioma, en este caso del inglés, el no reconocimiento de los títulos y estudios realizados en países del Sur o en países de Europa del Este y, por último, las creencias religiosas.

El proceso de migración no es fácil, ni siquiera para nosotras que decidimos migrar por un deseo de cambio, ha sido un proceso en donde hemos vivido el duelo por el abandono de nuestro país de origen, la cultura, la familia y todos nuestros seres queridos. Ha sido el comienzo de un camino en donde hemos tenido que afrontar una serie de prejuicios y estigmatizaciones que se le dan a las personas por el hecho de ser migrantes, ser mujeres y por su nacionalidad.

Una muestra más del poder de la colonialidad es lo que vivimos en el ámbito de la academia, donde el conocimiento desarrollado en los sures geográficos y no geográficos parecieran no tener validez ni reconocimiento. Es como estar al lado del margen del poder que otorga y da la academia hegemónica y eurocentrista de las grandes metrópolis del norte. Por esta razón es que algunas de nosotras, incluso siendo profesionales en nuestros países de origen,

terminamos trabajando en niveles inferiores y a veces diferentes a los de nuestra formación.

Otra de las exclusiones que vivimos son las relacionadas por el no dominio del idioma inglés, esta situación nos excluye, nos desconoce y no nos otorga ningún tipo de reconocimiento a nuestra diversidad y a nuestros propios saberes, por el contrario, nos afecta directamente y hace que tengamos menos oportunidades de acceder a mejores trabajos y, en algunas ocasiones, hasta a las propias interacciones sociales en lo cotidiano.

Reconocimientos: este trabajo fue realizado como parte del proceso de formación en la especialización de Epistemologías del Sur con el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO y del Centro de Estudios Sociales - CES de la Universidad de Coimbra, Portugal, promoción 2018 – 2019.

Referencias

1. Hall S. Sin garantías: Trayectorias y problemáticas en estudios culturales. Ecuador: Envió Editores, 2010. p. 633.
2. Nussbaum M. Las Fronteras de la justicia. España: Ediciones Paidós Ibérica, 2007.
3. Movimiento Mundial de los derechos humanos. Mujeres y migraciones, 36th congress [Internet]. 2007. Disponible en: http://www.fidh.org/IMG/pdf/Femmes_migrations_esp.pdf.
4. De Sousa Santos B. Pluralismo epistemológico. Más allá del pensamiento abismal: de las líneas globales a una ecología de saberes. Bolivia: Muela del Diablo Editores, 2009. p.31-84.
5. De Sousa Santos B. La Sociología de las Ausencias y la Sociología de las Emergencias: para una ecología de saberes. En: De Sousa Santos B. Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social (encuentros en Buenos Aires). Buenos Aires: CLACSO; 2006. p.13-41
6. Juddy. Tercer momento, introspección. Oxford, 2019.
7. Florina. Tercer momento, introspección. Oxford, 2019.

8. Bernadeta. Tercer momento, introspección. Oxford, 2019.
9. Sandra. Tercer momento, introspección. Oxford, 2019.
10. Johanna. Tercer momento, introspección. Oxford, 2019.
11. Mary. Tercer momento, introspección. Oxford, 2019.
12. Ágata. Tercer momento, introspección. Oxford, 2019.
13. Tapalde C. Feminismo sin fronteras. Descolonizar la teoría, practicar la solidaridad. México: Centro de Investigaciones y Estudios de Género; 2017. p.358.
14. Gil S. Presentación Una sociología (de las migraciones) para la resistencia. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales. 2010;19:235-249.
15. Galceran M. La Bárbara Europa. Una mirada desde el postcolonialismo y la descolonialidad. España: Edición Traficantes de Sueños; 2016.

Fecha de recepción: 20 de octubre de 2022

Aprobado para publicación: 25 de noviembre de 2022

Correspondencia:

Juddy Constanza Caviedes-García

Correo electrónico: juddycaviedes81@yahoo.com

Oxford (Inglaterra)