

**EL CUIDADO EN ENFERMERÍA: ENTRE LA SUBALTERNIDAD Y LA
REIFICACIÓN**

FELIPE LEIVA ARANZALEZ

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

BOGOTÁ D.C-COLOMBIA

2017

**EL CUIDADO EN ENFERMERÍA: ENTRE LA SUBALTERNIDAD Y LA
REIFICACIÓN**

FELIPE LEIVA ARANZALEZ

Tesis de grado para optar al título de magister en estudios sociales

Directora:

Adriana Alzate Echeverri

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

BOGOTÁ D.C-COLOMBIA

2017

Por el apoyo de siempre, agradezco a mi familia, en especial a mi hermana que ilumina mi camino.

A las enfermeras que aportaron con su voz y experiencia a la realización de este proyecto y a las diferentes instituciones que me permitieron trabajar y aprender en el proceso.

Agradezco el apoyo, siempre desinteresado, de mis padres, su paciencia y tolerancia con mis errores. A mi hermano y hermana por enseñarme a luchar a pesar de las caídas y decepciones.

A las enfermeras del área clínica del Hospital Méderi, a las enfermeras docentes e investigadoras de la Universidad Nacional, la Universidad del Rosario y de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales por permitirme escucharlas y aprender de sus experiencias.

A los miembros del Comité Científico del Hospital Méderi por sus sugerencias y permitirme el acceso a la institución en calidad de investigador.

A la profesora Adriana Alzate Echeverri por sus enseñanzas y paciencia.

ÍNDICE

Introducción	1
La apertura económica en Colombia y la pregunta por la relación de cuidado en enfermería profesional	3
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
Estado del arte	13
Categorías de análisis	19
Metodología	25
1 Algunos debates sobre el cuidado, la salud y la economía	29
1.1 La salud y la economía colombiana a finales del siglo XX	31
1.1.1 La salud como objeto de la economía	34
1.2 La Asamblea Nacional Constituyente y la salud ante la ley	35
1.3 Algunos sistemas de salud en el contexto internacional	37
1.4 Características generales de la profesión de enfermería y su fuerza de trabajo	40
1.4.1 El trabajo o la fuerza laboral de enfermería	42
1.5 El trabajo del cuidar: aproximación social del cuidado	43
2 Discursos de cuidado en enfermería	48
2.1 Visiones del cuidado, su pasado y su presente	48
2.1.1 La enfermería sin cuidado y la hegemonía del discurso biomédico	49
2.2 La modernización de la economía y la nueva teoría del cuidado	55
2.3 Síntomas sociales peculiares en el sistema de salud y su efecto sobre el cuidado	62
2.3.1 La “corrosión del carácter”, el abismo generacional y la administración del cuidado: la patología social impide cuidar	67
3 Las prácticas de cuidado	71
3.1 Proceso de atención en enfermería (PAE) y el manual de procedimientos: definición de las prácticas de cuidado en enfermería	72
3.2 Las prácticas de cuidado en Méderi: la rutina de las acciones de cuidado	75
3.2.1 La relación de cuidado: una relación sin implicación	81
3.3 El cuidado bajo reflexión y observación: evocaciones estructurales del cuidado	84
3.3.1 Reflexividad: condicionamientos del investigador	87

3.4 La transformación de algunas prácticas de enfermería: contacto con el territorio y el individuo, asociación laboral, departamentos de enfermería y ajustes salariales.	89
Conclusiones	93
Bibliografía	103

Introducción

Parece ser una perogrullada afirmar que el sistema de salud colombiano tiene problemáticas y dificultades, primero porque tal afirmación se actualiza cada día en los medios de comunicación nacionales (baste mirar, escuchar o leer los diferentes órganos noticiosos) mostrando con cierta banalidad los sufrimientos encarnados de la población más vulnerable, que tiene pocos o casi ningún medio contundente, por vía del derecho o de la economía, para satisfacer sus necesidades en salud. Segundo, porque la estructura estatal se empeña en simplificar el problema acariciando tan sólo partes de él, robusteciendo su perspectiva y sus formas de abordar las dificultades de forma “positiva”, es decir, justificando los problemas por el mero hecho de la búsqueda del “bien general”. Sin embargo, esta generalización se torna peligrosa en tanto somete a la población a la virtud de la igualdad, por tanto, la diferencia en las necesidades y en derechos de los individuos se invisibiliza convirtiendo en algo homogéneo la masa popular carente de oportunidades.

Para seguir utilizando el lenguaje positivo que encierra la construcción conceptual que sostiene el sistema de salud, es la “calidad” del servicio la que se pone en juego (entre otros conceptos, como la cobertura y la equidad) en el entramado de relaciones que se dan al interior del esquema sanitario colombiano. Se habla, entonces, de la calidad en la atención, de los profesionales y personal de salud, de las instalaciones sanitarias, de la calidad en la gestión financiera, etc. Aquí pareciera evidenciarse una visión cualitativa de las relaciones sociales dadas en términos de la atención en salud, pues es notable, en este contexto, que campea una experiencia cuantitativa, de cantidad más que de calidad, en las estructuras dominantes que permiten la vida en sociedad (Marcuse, 1986).

No obstante, el objetivo que busca la calidad del proyecto sanitario colombiano presenta contradicciones manifiestas en su operatividad, baste con indicar que para muchos usuarios del sistema las relaciones con los profesionales de la salud se han vuelto problemáticas, hasta el punto de que algunos prefieren evitar una “vista al médico”, pues la “calidad en los servicios” depende, en muchos casos, de la relación cuantitativa que subyace a la afiliación

al proyecto (un ejemplo de afiliación es la medicina prepagada que opera en el país, muy diferente a pertenecer al régimen subsidiado).

Este escrito, fruto de un trabajo de investigación que tuvo como sujetos de estudio a las y los profesionales de enfermería –dado que este grupo de profesionales, a diferencia de lo se ha dado en llamar “auxiliares” o técnicos en enfermería, son los que gestionan el cuidado, son los responsables de las acciones del cuidado y están en un nivel estratégico que impacta a los sujetos de atención y, por lo tanto, su accionar, necesariamente, deja huella en el equipo técnico de enfermería- intenta mostrar los quiebres y las tensiones que se dan en la relación y la práctica de cuidado respecto a los pacientes-usuarios, a través de la pesquisa de sus discursos y prácticas en directa relación con el hospital, pues es allí donde la enfermería profesional tiene una relación más compleja en el mantenimiento y preservación de la vida humana (no quiere decirse con esto que en otros espacios de interacción enfermera-paciente no se lleven a cabo tales ejercicios, sino que es el hospital un lugar de atención de ambiente controlado y actividades directas de conservación de la salud y la vida).

De tal manera, este trabajo surgió como una propuesta para establecer qué contradicciones pudieran manifestarse en las relaciones sanitarias presentes entre las enfermeras profesionales y los sujetos de cuidado, para observar hasta qué punto la relación y práctica de cuidado pasa de las condiciones cualitativas de su accionar hasta los requisitos cuantitativos que exige el sistema de salud en Colombia. Así pues, este documento ofrece un análisis de los discursos y las prácticas del cuidado en la profesión de enfermería. Se buscó establecer e identificar las posibles diferencias o continuidades de las acciones de enfermería presentadas en distintas etapas de la evolución de la economía colombiana de finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI.

Para ello, en primer lugar, se muestra la estructura general del proyecto: un contexto general del problema definido, la pregunta guía del proceso, los objetivos que se pretendieron cumplir, los conceptos de apoyo para sustentar la búsqueda y los procedimientos para levantar y analizar la información. Esto con el fin de mostrar al lector de dónde surgen los interrogantes y si es posible darles solución. En el primer capítulo se hizo una caracterización general sobre algunos debates que se abren respecto a la economía

como estructura social que sufrió cambios sustanciales en la década de 1990 en Colombia. Así mismo, se discutió el modelo en salud colombiano que, necesariamente, también se modificó en el escenario de la apertura económica y, por último, se precisaron algunas acepciones y tendencias del concepto de cuidado, tanto en las ciencias médicas como en las ciencias sociales.

A partir de esto y con la ayuda de entrevistas semiestructuradas realizadas a enfermeras profesionales en ejercicio (con treinta años de experiencia en el área clínica) y grupos focales realizados enfermeras pensionadas y profesores e investigadores de enfermería, en el segundo capítulo se identificaron aquellos discursos del cuidado que campeaban antes de la entrada del modelo neoliberal económico al país y cómo sobrellevaron las mutaciones generadas por las tensiones sociales y económicas, evidenciando, en último término, algunos quiebres en el discurso del cuidado prestado por enfermería.

Finalmente, en el tercer capítulo, a través de la observación directa realizada en el Hospital Méderi, en tres turnos diferentes y en los servicios médicos de Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos y Hospitalización Crónicos, se lograron describir algunas prácticas propias de la profesión. Se pudo notar que las acciones clínicas de la enfermería responden, en definitiva, a una actualización de los conocimientos biomédicos y a los términos que el sistema de salud -encabezado por la fórmula económica de acumulación de la riqueza-, por lo tanto, las prácticas de cuidado se encuentran permeadas por las determinaciones socio-económicas que imperan actualmente.

La apertura económica en Colombia y la pregunta por la relación de cuidado en enfermería profesional

En la década de 1980 Colombia sufrió los embates de las diferentes dificultades económicas que también experimentaron la mayor parte de los países de América Latina, debido, en gran medida, a la acumulación de la deuda externa que provocó la interrupción de los flujos económicos regionales generando dificultades en el desarrollo de la población y en el crecimiento económico, de la misma manera generó fuertes caídas en el Producto Interno Bruto (PIB), debilitamiento de los sectores productivos y de las fuerzas estatales, así como más desigualdad en la repartición de la riqueza (Kalmanovitz, 2010; Ocampo, 1987). No obstante, afirma Ocampo que, de los países de la región, Colombia fue de los

pocos que tuvo un “manejo mucho más prudente del endeudamiento externo en los años anteriores a la crisis y, en general, una política macroeconómica más cautelosa” (1987), por lo que en este periodo tuvo mayor éxito sorteando los rigores y la duración de la recesión¹.

El sector económico colombiano se vio afectado por el “desequilibrio” externo, que tuvo su reflejo inmediato en la finalización de la bonanza cafetera de los años 70 y que duró hasta entrados los años 80, esto alteró la deuda de las operaciones reales de bienes y servicios y su debida sistematización en la balanza de pagos llegando al 7.4% del PIB, así mismo, la cuentas fiscales “se deterioraron rápidamente a fines de dicha década y comienzos de los ochenta, alcanzando en 1982, un déficit consolidado del sector público del 7.2% del PIB (medido a precios corrientes)” (Ocampo, 1987). Bajo el gobierno del presidente Virgilio Barco (1986-1990) y con la batuta de su Ministro de Hacienda César Gaviria se impulsó el “Programa de modernización de la economía colombiana” (documento Conpes DNP(2.465-j) el cual pretendía superar los obstáculos hacia el crecimiento económico del país para incrementar los niveles de empleo y mejorar el bienestar de la población (Ministerio de Hacienda, 1990).

Más tarde, César Gaviria instalado ya como presidente (1990-1994) favoreció “El desmantelamiento de los mecanismos tradicionales de protección frente a las importaciones, el cambio en las regulaciones sobre flujos de divisas y la eliminación de las normas que afectaban la inversión extranjera directa” (Ocampo, 1987); esto, indicado en el documento Conpes 2494 (Octubre 29 de 1990), forma parte de los elementos que caracterizan lo que se ha llamado en Colombia “la apertura económica” -junto con otras acciones que permitieron la actividad privada donde antes se destacaba el papel del Estado, así mismo, con la libre competencia y las reformas a la legislación laboral- adoptados entre 1990 y 1993 que provocaron una transformación importante en el funcionamiento de la economía nacional (Ocampo, 1987; Vallejo, 1987).

Con la apertura económica que se produjo en Colombia a comienzos de la década de 1990, el sector de la salud sufrió cambios fundamentales tanto en sus ideas directrices como en su

¹ En efecto, Colombia, para la época, tuvo coeficientes de deuda externa más bajos que otros países y un “desequilibrio fiscal” en menores proporciones que sus vecinos y esto gracias a la coyuntura presentada entre la bonanza cafetera en el país y una suerte de fructífera economía internacional entre 1970 y 1975 (Vallejo, 1987).

operatividad financiera². Organismos internacionales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) influenciaron en la estructura de las instituciones, en las normas y los procedimientos que el nuevo sistema de salud debía reglamentar para establecer las nuevas pautas de control sobre la salud de las y los colombianos (Riveros Pérez & Amado González, 2012). Así pues, las reformas a los sistemas de salud latinoamericanos se vieron sujetas a los cambios estructurales de las economías locales y, particularmente, en Colombia se vieron sujetas a los dictámenes que los organismos antes nombrados orientaron en cuanto a la manera de administrar los recursos y la prestación de los servicios de salud a la población.

En un informe del Banco Mundial de 1993 (World Bank. The World Development Report: Investing in health. Washington, D.C, 1993) se exhorta a los países en vías de desarrollo a invertir en la salud de sus habitantes con miras al crecimiento económico, a través de la inversión privada en la administración de los sistemas de salud y de la implementación de políticas de costo-efectividad que favorecieran la prevención y la promoción de la salud. En todo caso, los actores internacionales de financiación bancaria modelaron la idea de que el desarrollo de un pueblo estaba de la mano de su propio crecimiento económico, por lo tanto, propusieron la forma de atender a la población mediante la administración de los recursos para la salud por parte de la empresa privada, descentralizando los servicios y limitando los planes de beneficios, dado que el músculo estatal para el sector sanitario no tenía la fuerza suficiente entre su balance fiscal y el gasto público (Riveros Pérez & Amado González, 2012). Además, los costos que generan las necesidades de salud de los individuos debían estar controlados por la capacidad financiera de los sistemas sanitarios,

² Es preciso anotar aquí algunos aspectos sobre la evolución del sistema de salud colombiano, de una parte y como lo recuerda Kalmanovitz (2010), a comienzos del siglo XX la salud de las y los colombianos se encontraba en manos de la sociedad civil y de la iglesia católica, donde las “fundaciones” de carácter privado y clerical se encargaban de prestar servicios médicos. A comienzos de la década 1940 los recursos de la lotería y algunos impuestos generales propiciaban la agencia de las “Beneficencias” dejando de lado la ayuda del Estado. Sin embargo, bajo la presión del gobierno estadounidense por controlar la salud de los puertos, el Estado colombiano se vio impulsado a aumentar su participación en el control epidemiológico de los puertos y de las principales ciudades conllevando la creación en 1946 de la Caja Nacional de Previsión (Cajanal) y el Instituto de Seguros Sociales (ICSS). Esta iniciativa del Estado Colombiano surgió como respuesta a las “dificultades del sector privado de garantizar a los trabajadores el cumplimiento de pensiones, cesantías, salud y riesgos profesionales” (Kalmanovitz, 2010). Así mismo, para Beatriz Castro Carvajal, quien ha estudiado aspectos sobre la caridad y la beneficencia en Colombia en los siglos XIX y XX, hubo en el país un programa de “asistencia social”, entre 1870 y 1960, por parte de las instituciones estatales y de carácter privado que tuvo como objetivo la intervención sobre la población “subalterna”, buscando fortalecer las iniciativas para el “desarrollo social”(Carvajal, 2009).

pues se entiende que los primeros pueden ser infinitos mientras que los segundos son finitos, entonces, los costos y la efectividad de los tratamientos terapéuticos habrían que diseñarse de tal forma que los planes de beneficios en salud no superaran el gasto que, necesariamente, debía estar limitado (Abbasi, 1999).

Aunque el presidente Gaviria acató y facilitó la entrada a Colombia de las ideas neoliberales en salud (entre otros aspectos), él no justificó este proceso por las crisis económicas que afectaban al país, sino que para el presidente el cambio del modelo económico era una tendencia mundial más que condicionantes de los actores internacionales, así lo rectificó en una entrevista concedida a la revista Dinero: “A diferencia de lo que ocurría en otras naciones del vecindario, la apertura en Colombia no fue el resultado de una crisis económica o por exigencia de un organismo internacional, sino porque esa era la dirección que estaba tomando el mundo. Y nadie se quería quedar atrás.” (Dinero, 2013).

Siguiendo con la lógica económica que empezaba a dominar en los albores de 1990 en Colombia la ley 100 de 1993 (Congreso de la República, 1993) “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”, de manera general, para la seguridad social, presenta como principios rectores del sistema de seguridad social **la eficiencia, la universalidad y la solidaridad**, dejando entrever un carácter social(democrático en sus postulados, con una idea política liberal de base, donde características como el individualismo, igualdad y libertades personales se definen frente a un estado de derecho donde todos y todas son iguales ante la ley. Es decir que se va afincando una estructura estatal fundamentada en las ideas y políticas liberales que definen los procesos operativos con los cuales se le va dando mayor legitimidad a la reducción del Estado, mientras que el sistema de mercado y la esfera privada se amplían, en favor de la expansión del mercado libre y una justicia universal basada en la igualdad humana y en la diferencia de recursos y capacidades individuales (Rawls, 1995). Igualmente, por la influencia de los organismos internacionales se dio una desvinculación de los servicios de salud que prestaba el Estado, su privatización y limitación de los planes de servicio (Riveros Pérez & Amado González, 2012). De esta manera se presenta una fuerte

contradicción entre el ideal propuesto por la ley (eficiencia, universalidad, solidaridad), sus principios, y sus formas de operar en el ámbito de la prestación de los servicios sanitarios.

Más aún, en la Asamblea Nacional Constituyente (ANC) de 1991, la salud fue formulada como un derecho constitucional y, por lo tanto, “irrenunciable”, introducido en el artículo 48 de la nueva constitución, en contraste, el artículo 49 dedicado a la salud de manera más general³, formula el marco institucional de la prestación de servicio, las disposiciones sobre la atención, la garantía y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado promoviendo el acceso a la “promoción, protección y recuperación en salud” y le atribuyó al Estado las funciones de “establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control” (Lamprea, 2011; Restrepo Piedrahita, 1995). Aquí se puede evidenciar la contradicción presentada entre el modelo de salud propuesto por la ley colombiana y el modelo neoliberal⁴ que propone las recomendaciones del Banco Mundial: “la concepción igualitarista aplicada a la salud se basa en el principio de igualdad de beneficios integrales para toda la población y, por otro lado, el neoliberalismo invita al establecimiento de un plan de beneficios básico, por

³ Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad (Restrepo Piedrahita, 1995).

⁴ Como lo afirma Orjuela Escobar el Estado colombiano se caracterizó en la década de los 90 por ser una institución débil y por sufrir una doble apertura: en primer lugar abrió la posibilidad de afianzar un Estado democrático e incluyente al firmar la Constitución del 91, pero, por otro lado, la apertura económica que sustituyó las prácticas del mercado interno por la internacionalización del mismo generó la casi imposibilidad de fortalecer y volver incluyente el Estado “puesto que ella ha implicado procesos sociales excluyentes debido, entre otras cosas, a la privatización de empresas estatales, la quiebra de empresas privadas que no pueden resistir la competencia, el desempleo y a la reducción del gasto público de carácter social.” (Orjuela Escobar, 1998, p. 56).

encima del cual cada individuo es “libre” de cubrir sus propios gastos en salud” (F. R. Gómez, Jaramillo, & Beltrán, 2013; Riveros Pérez & Amado González, 2012, p. 7).

Ahora bien, es posible ver que en Colombia los sistemas de salud han estado vinculados a la comunidad y a los mercados mundiales (McGraw, 2007, p. 64), por lo tanto, es posible inferir que las relaciones que se han dado entre el modelo de apertura económica realizada en Colombia y su correlato internacional con el sistema de producción capitalista –donde el sistema de mercado de las economías hegemónicas acrecienta el valor de cambio de las mercancías- reproduce las motivaciones de ganancia de los grandes capitales en todos los campos que están relacionados con la salud, por ejemplo, el acceso a productos farmacéuticos, entonces, “puede observarse que debido a los procesos propios de las políticas neoliberales y al proceso capitalista que envuelven a la producción farmacéutica, se perdió como objetivo la salud de la comunidad, trasformando dicho derecho en un proceso de marketing y mercantilismo” (Rodríguez, 2014).

Por otra parte, dentro de esta nueva etapa del capitalismo, también se ponen en juego los derechos constitucionales de los pacientes dentro de la operatividad administrativa del sistema, dado que al convertirse la salud en un servicio, prestado por cualquier ente privado, pierde su estatus de derecho y los usuarios entran en el sistema burocrático institucional como demandantes de un privilegio que la ley ya no asegura sino que remite a la capacidad económica y adquisitiva de cada usuario, de esto da cuenta una investigación financiada por la Universidad Nacional de Colombia llamada Perspectivas inter-situadas sobre el capitalismo en salud: desde Colombia y sobre Colombia en la que puede verse el análisis de la forma de acumulación capitalista en el nuevo orden que cobija el sistema de salud de los y las colombianas sustentada de la siguiente manera: “1) la racionalización de la gestión y los servicios en el mercado de la salud; 2) la individualización del ciudadano como consumidor y productor; 3) la homogeneización del plano organizacional en las entidades hospitalarias y en el sistema; y 4) la hegemonización social del nuevo discurso y las prácticas en salud”(Abadía(Barrero et al., 2008).

Es en este contexto donde la **disciplina y práctica de enfermería profesional** (no se tratará aquí de la enfermería auxiliar o técnica, dado que el sujeto de investigación es la

enfermería profesional, pues se atiende a la experticia del saber del cuidado bajo teorías y modelos del mismo que enriquecen la práctica clínica y hospitalaria), con su cuerpo propio de conocimientos teóricos y prácticos (Kérouac, 2001(2002) se ve críticamente reducida y lesionada, dado que a causa de las nuevas disposiciones económicas antes mencionadas, muchos regímenes laborales, entre ellos los de enfermería sufrieron transformaciones importantes en su estructura que impactaron la calidad de la atención⁵. Con la apertura económica la contratación del personal profesional se flexibilizó, es decir, una buena parte de los contratos tendía a reducir los costos laborales y ajustar el empleo a los ciclos de producción, por lo tanto se convirtieron en contratos temporales y muchas instituciones de salud tercerizaron la contratación, haciendo de la “intermediación” la forma de contar con el personal enfermero en los servicios; así pues se manifestó una pérdida de estabilidad laboral dada la precariedad de la contratación y el aumento de la rotación de profesionales en las instituciones, así mismo aumentó la “desprotección de la seguridad social” y “la pérdida de prestaciones sociales” (Castrillón, Orrego, Pérez, Ceballos, & Arenas, 1999; Velandia, 2002).

De tal manera, la reforma al sector económico en Colombia necesariamente conllevó algunos cambios profundos en cuanto a las condiciones laborales de la enfermería, así lo indica el estudio sobre los Regímenes laborales en enfermería y la calidad de la atención realizado en cinco países de las Américas: Colombia, Chile, Canadá, Brasil y Argentina (Nájera & Castrillón). En él se muestra que las formas de contratación del personal enfermero se modificaron debido al cambio en el modelo económico, pues la descentralización de los servicios de salud, su privatización y el cambio en las funciones del Estado frente a la liberación económica, obligaron al mercado laboral a modificar sus prácticas en cuanto a la oferta y la demanda del trabajo y, como consecuencia, hubo

⁵ La literatura sobre la historia de los regímenes laborales en enfermería en el país es muy reducida. No obstante, el estudio de Flores Acosta et. al. (2009) puede servir para caracterizar este punto; su investigación da cuenta de la poca literatura al respecto pero ofrece una breve descripción de las instancias laborales que se dieron antes de la entrada en rigor de la 100 del 93, sus conclusiones apuntan a mostrar que antes de la vigencia de la nueva estructuración del sistema de salud colombiano, las diferentes profesiones de la salud como la enfermería, la odontología y en especial la medicina, se encontraban en dos niveles de condiciones laborales: uno público que dependía del modelo estatal de aseguramiento a la población por medio de Cajanal y del ISS, en donde los salarios y prestaciones dependían del gobierno y, el segundo, que podría denominarse privado o con ánimo de lucro, donde los ingresos dependían de los “pagos de bolsillo” que hacía la población más acomodada del país, por lo tanto las condiciones laborales eran mucho mejores a las presentadas por lo público (Flores Acosta, Atehortúa Becerra, & Arenas Majía, 2009).

deterioro en las condiciones de vida y de trabajo, desestímulo a participar en organizaciones gremiales, baja cobertura de los beneficios de los pactos y convenios internacionales de trabajo y poca participación en programas de educación continua y posgradual (Velandia, 2002)

No sólo las relaciones laborales en enfermería se fragilizaron, las nuevas disposiciones también afectaron profundamente la relación misma de cuidado. Esta última -base del quehacer de la enfermería, que podría definirse⁶ como la responsabilidad del **cuidado directo** hacia otra persona en estado de vulnerabilidad, es decir, como una actividad “relacional, práctica y moral” (Marriner & Raile, 2007, p. 178), en el contexto de un vínculo que establece un sujeto con conocimientos en las técnicas biomédicas y éticas del cuidado frente a otro sujeto con necesidades en salud y enfermedad (Kérouac, 2001(2002)- como terreno propio de la enfermería (Congreso de la República de Colombia, 2004) se ha visto afectada por la lógica económica que guía lo establecido en el sector salud, el cuidado como esencia de esta profesión se ha visto reducido a una serie de actos administrativos donde la enfermera(o) tiene un contacto indirecto con los pacientes -y puede entenderse que antes de la entrada del modelo neoliberal en salud la enfermera(o) tenía un contacto más cercano con el paciente- y su implicación con los sujetos de cuidado se ve limitada por la cantidad de tareas de gestión y administración, muchas de las cuales no están inscritas dentro del cuerpo de conocimientos que ha construido la disciplina enfermera, así

“...El sujeto (paciente-usuario) se ha invisibilizado, porque el centro de atención ya no es la relación sociocultural que media en los procesos de comprensión de las necesidades de salud de las personas que requieren de la acción del cuidado directo; el centro de atención se profundiza hoy en el “objeto”, expresado en las nuevas e intensas funciones administrativas, en los nuevos roles que el mercado impone a enfermeras y a enfermeros, roles que los aleja de la relación dialógica del sujeto de cuidado...” (Romero, 2005).

Desde esta perspectiva puede apreciarse que las y los enfermeros han perdido en gran medida su papel de cuidadores, es decir, pierden el objeto de su práctica que es la **atención autónoma** (y en cooperación con otras disciplinas) de los desarrollos sanitarios enmarcados

⁶ Las definiciones del cuidado o de la relación de cuidado dentro de la teoría enfermera son muchas y muy variadas, esto debido, entre otras cosas, a los diferentes modelos y teorías que posee la disciplina. El texto *Modelos y teorías de enfermería* de Marriner y Raile (2007) presenta una síntesis de la gran variedad de posiciones y perspectivas que ha tomado el concepto de cuidado, haciendo evidente las dificultades de su propia definición.

en “los procesos humanos vitales” (definición de enfermería dada por Callista Roy, véase Marriner & Raile 2007, 360), ya que en sus dinámicas de cuidado, como eje fundamental de su quehacer, transita por los bordes de la obsolescencia debido, entre otras cosas, a la fuerte carga administrativa que debe **asumir, disminuyendo significativamente el contacto directo con los pacientes**. Así mismo, al desgaste del rol profesional por la saturación de tareas que en el área clínica persiste (Romero, 2007) y a las exigencias de costo-beneficio y costo-efectividad que el sistema de salud y su base financiera reclaman a los profesionales de la salud.

Como consecuencia infortunada de este desvanecimiento del rol profesional del colectivo de enfermeras(os), resulta una relación de cuidado insuficiente: el paciente se convierte en “cliente”, es una patología, es el número de una camilla y, en fin, es un objeto que representa, por su condición de “ser cliente” un intercambio económico con las instituciones sanitarias. Aquí la compleja red de interrelaciones socio-culturales que supone la teoría y la práctica del cuidado -en tanto que puede notarse que la relación de cuidado enfermero es una relación social y cultural, dado que se presenta entre sujetos que cumplen funciones y realizan ciertas prácticas enmarcadas dentro de la gran red social y que, además, se presenta a través de símbolos que definen su estatus, sus jerarquías y procedimientos particulares en conexión con otros símbolos y fuerzas subjetivas y sociales. Una de estas fuerzas con que se enfrenta el cuidado es la construcción económica que se sostiene por la gran red de relaciones sociales, otras pueden ser la construcción social de género, la ciencia o la ética- se presenta bajo los requerimientos del contexto económico (Lukács, 1970).

De tal manera, ante los innegables cambios que trajo consigo la reestructuración económica del país y las consecuencias directas e indirectas que sobre el sistema de salud se produjeron, es pertinente estudiar cuáles fueron las lógicas discursivas que manejaban las enfermeras para entender si hubo o no cambios sustanciales en sus procesos científico-discursivos, en tanto que, a partir de la comprensión del discurso enfermero a través del tiempo, puede inferirse si el cambio estructural-económico benefició o no a la profesión. Así mismo, estudiar las prácticas del cuidado enfermero permite acercarse al fenómeno de la atención en salud como punto de referencia de la relación profesional/sujeto de cuidado.

Estas reflexiones parten del hecho de reconocer que la enfermería profesional, en su gran mayoría, tiene como eje principal de su actividad la relación con sujetos de atención en procesos de salud y enfermedad, por lo tanto, es el hospital un lugar privilegiado para centrar empíricamente estas proyecciones teóricas que pueden servir como motor que impulse reflexiones más amplias sobre la salud, los profesionales de la salud y sus relaciones con los pacientes. En consecuencia, fue en el Hospital Méderi, socio estratégico de la Universidad del Rosario, institución universitaria de cuarto nivel de atención, en donde –por su alto grado de especialidad, su infraestructura e impacto en la sociedad bogotana- se buscó la información para intentar responder la siguiente pregunta: *¿Qué discursos y prácticas se configuran en la relación de cuidado que ejerce un grupo de profesionales de enfermería, bajo los requisitos económicos que ordenan el actual sistema de salud colombiano?*

Objetivo general

- Identificar los discursos y las prácticas en enfermería que, desde un grupo representativo de enfermeras (os) profesionales, se configuran sobre la relación de cuidado bajo los requisitos económicos del actual sistema de salud colombiano.

Objetivos específicos

- Caracterizar las formas como el cuidado de enfermería se ejerce en la práctica clínica.
- Indagar acerca de los diferentes discursos que sobre el cuidado de enfermería se han construido dentro de los presupuestos económicos que guían el sistema de salud colombiano actual.
- Identificar los significados que han adquirido las prácticas de cuidado para los y las enfermeras en el marco de los presupuestos económicos que guían el sistema de salud colombiano.
- Analizar la influencia que tiene la lógica económica del sistema de salud colombiano sobre las prácticas y los discursos del cuidado de enfermería en el contexto clínico de la institución Méderi y en la situación de docencia e investigación de profesionales de enfermería.

Estado del arte

La enfermería profesional, como disciplina de conocimiento, ha tratado de formalizar la noción de cuidado técnicamente y sostiene una teoría del cuidado basada en la experiencia (Kérouac, 2001-2002). El cuidado es la esencia, el objeto último de estudio en la enfermería, y se entiende que el acto del cuidar a seres vulnerables (enfermos) se realiza por agentes idóneos estructurados por valores humanistas, conocimientos científicos pertinentes y posiciones éticas coherentes con su ejercicio.

Uno de los principales problemas con los que se encuentra el entusiasta del cuidado es tratar de definirlo, aunque como se vio anteriormente, para la enfermería es un cuerpo de conocimiento específico que surge de la relación directa entre práctica y teoría, no obstante, dentro de esta misma profesión cada teórica que ha reflexionado sobre las bases o pilares de la ciencia enfermera ha visto el cuidado desde ópticas específicas, particulares, eso sí todas relacionadas con el proceso salud-enfermedad (Marriner & Raile, 2007). Sin embargo, puede hallarse un denominador común entre los diferentes conceptos o formas de pensar y estudiar el cuidado. Puede asumirse en el terreno propio de las ciencias sociales, tanto como en el de la enfermería, que el cuidado es una actividad que tiene como fin el mantenimiento y sostén de la vida humana, en condiciones controladas y técnicas elaboradas a partir de la investigación científica (Iglesias Aparicio, 2003; Marriner & Raile, 2007; Purnell, 2007), conservando en sí la problemática de la dimensión del cuidado como una práctica, es decir que el cuidado es ante todo una práctica, una actividad humana, pues se define como una serie de “disposiciones y motivaciones ético(afectivas y actividades concretas de la vida diaria)” (C. Vega & Gutiérrez, 2014).

Los cuidados, vistos desde las ciencias sociales, se han trabajado desde muchas perspectivas y ha tenido un campo de reflexión muy amplio, pues como prácticas dentro de las relaciones humanas

“atravesamos fronteras y mundos sociales distintos, pero interconectados. Se realizan fuera pero también, cada vez más, dentro del mercado y en relación con el mercado; se desarrollan en el espacio del hogar y la familia, pero también en otros lugares de la experiencia pública profesionalizada, como la salud y la educación; habitualmente están en manos de mujeres, pero no solamente y no de todas por igual ni en las mismas condiciones; su valor social, ya se exprese en términos monetarios o de reconocimiento, es bajo y, sin embargo, con frecuencia se ensalzan como una poderosa fuente de valores positivos que inspiran la vida humana y la política. Hoy

muchas de las discusiones académicas que giran en torno al sostén cotidiano de la vida humana se expresan en términos de cuidados” (C. Vega & Gutiérrez, 2014).

Ahora bien, en el modelo de sistema de salud que se impuso en el país en la década de 1990, la inversión privada fomentó la descentralización de la prestación del servicio, invirtiendo en el tratamiento ejecutivo y financiero de los procesos de salud-enfermedad de los colombianos. Bajo esta lógica, en la que la ejecución financiera óptima es el derrotero a seguir para obtener los mejores resultados económicos (Riveros Pérez & Amado González, 2012), se podría decir que los profesionales de enfermería ya no tienen al sujeto de cuidado como su principal interés en el marco hospitalario, sino que su objeto mudó –sin dejar de ser el “sujeto” su principal referencia de conocimiento y acción- hacia las labores administrativas (Romero, 2005), están sometidos a los roles que impone la economía de mercado mientras aumentan la eficiencia y la productividad en sus propios términos. Entonces, parece que los pilares del cuidado están soportando una carga más pesada que antes, en parte, por los requisitos económicos que le exige el modelo de salud que viene fundado por la racionalidad financiera de costo-efectividad y costo-beneficio y por la primacía de la técnica y la tecnología sobre el ser humano (Sfez, 2008).

Las profundas transformaciones que sufren las relaciones de cuidado en enfermería (en el contexto de la productividad, la eficiencia y el crecimiento económico de la nueva fase del capitalismo) en sus prácticas y narrativas propias, no se encuentran detalladas y documentadas del todo dentro de la literatura especializada; por ello, se justifica la presente investigación, para identificar con claridad las maneras como la lógica económica influye en el cuidado, dados los alcances que esto puede tener en la atención institucional en salud, en las teorías de la disciplina de enfermería y en los pacientes-usuarios, razón última de las profesiones de salud.

Teóricamente, el conocimiento propio de la enfermería podría beneficiarse de esta investigación debido a que mostraría una manera particular de construcción de conocimiento en el contexto colombiano en tanto que la mayoría de producción académica de esta disciplina se encuentra focalizada en Norteamérica y Canadá. No se quiere decir con esto que la investigación generaría por sí misma teoría nueva sobre el cuidado, sino que permitiría la contextualización del problema dentro de las dinámicas profesionales de las enfermeras colombianas; así mismo, la investigación permitiría allanar un camino que

prepare la consecución de soluciones a las dificultades presentes en el cuidado profesional debido al alejamiento del paciente de las y los enfermeros y a la cosificación del cuidado.

Por lo tanto, en este apartado se intentará enmarcar, dentro de la producción académica y la literatura especializada, los conceptos claves que guían la investigación bajo la rúbrica general abordada como lo es el dominio de las relaciones y tendencias económicas actuales sobre los discursos y prácticas del cuidado profesional de enfermería; para ello se mostrará un momento de consolidación de la enfermería como profesión, de igual manera, la forma como ha sido tratado históricamente el tema del cuidado en enfermería y a su vez la influencia del sistema económico sobre los sistemas de salud –y cómo se ha estudiado el tema de la economía del cuidado-, para terminar con la actual ley colombiana que rige el sistema de salud y las formas que adquirió el régimen laboral de enfermería en el país.

Así pues, la categoría de cuidado puede rastrearse en sus orígenes como un elemento transversal y cotidiano al quehacer (antes que de las enfermeras) de las mujeres en distintas culturas (Careaga & Klijn, 2009), sin embargo, no puede rastrearse ni la fecha ni la primera mujer que se haya dedicado al cuidado de la salud (Iglesias Aparicio, 2003) aunque bien puede seguirse a Iglesias, en su interesante y muy bien lograda tesis doctoral, en tanto que muestra un recorrido histórico desde “La visión del cuerpo de la mujer en el mundo clásico” hasta las mujeres como cuidadoras desde la antigüedad hasta el siglo XVIII.

Para las teóricas de enfermería, específicamente, el cuidado aparece como un elemento central para fundamentar su ejercicio tanto en la teoría como en la práctica, de esta manera, es presentado como un eje de su metaparadigma junto con las categorías de salud, entorno y enfermería (Fawcett, 1995; Newman, Sime, & Corcoran-Perry, 1991). De esta manera, la enfermería como disciplina se ha desarrollado a partir de los avances conceptuales sobre el cuidado, no obstante, se reconoce un primer momento donde la enfermería no registraba sus propios conocimientos adquiridos en el campo. En consecuencia, de la práctica con Florence Nightingale (1820-1910) y su grupo de mujeres iniciadas al cuidado del entorno de los espacios destinados a la cura y recuperación de los soldados heridos en la guerra de Crimea (1853-1856), surgieron los primeros registros técnicos sobre el cuidado de la salud de tipo clínico.

Como consecuencia de la falta de sistematización de las experiencias y conocimientos prácticos, las mujeres que se preparaban para cuidar en los espacios académicos empezaron a formalizar los currículos de la enfermería para estandarizar sus conocimientos y hacerlos generalizables, a esta etapa la llama Raile “etapa de currículo” que aparece en la década de 1930. A esta nueva codificación de los datos nacientes en enfermería le sigue la etapa de la investigación donde se hace evidente el uso sistemático de los procesos de investigación y creación de conocimiento, mostrando avances para el proceso siguiente de conformación de la ciencia enfermera, etapa actual (Carper, 1978; V. M. Durán, 2001; Eriksson, 2010; Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2005; Marriner & Raile, 2007).

En otro orden de ideas, actualmente el sistema de salud colombiano se direcciona en consonancia con dos ejes que tienen como fin el aumento y garantía de la cobertura en salud para la mayor parte de los colombianos; estos dos ejes están suscritos en la Constitución de 1991, la cual fue redactada por la Asamblea Nacional Constituyente (ANC), que en su momento ofreció una vía para lograr una perspectiva mucho más holística del derecho al aseguramiento social y al acceso a la salud como un servicio público (Lamprea, 2011).

El primer eje es que la salud, en la visión de la ANC y, en último término, como quedó redactada en la Constitución de 1991, es un derecho que el Estado no puede renunciar a hacer cumplir, es decir, es un derecho irrenunciable y, el segundo eje, es que la salud es un servicio público. Hay entidades privadas que pueden ofrecer el servicio, pero junto con el sistema del Estado y bajo la supervisión y control de éste. De esta forma quedó en el artículo 48 de la Constitución de 1991: “La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.” (Restrepo Piedrahita, 1995).

Para afianzar estos dos postulados, que aún guían el sistema de salud, el Congreso de la República aprobó la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República, 1993), la cual tendía a descentralizar más los servicios de salud de las y los colombianos permitiendo la entrada de la figura de “competencia privada” -que funciona como un conjunto de esfuerzos que realizan, independientemente, personas o grupo económicos rivalizando entre sí a partir de

la puesta, en un mercado determinado, de bienes y servicios. Esta competencia la ampara la constitución política de Colombia en el artículo 333 (Lamprea, 2011), bajo la regulación del Estado y en consonancia con los requisitos impuestos por organismos internacionales como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Fondo Monetario Internacional (Lamprea, 2011; Riveros Pérez & Amado González, 2012); un ejemplo de ello es que para el Banco Mundial es imprescindible en el desarrollo de un pueblo la salud de sus habitantes que se encuentra en proporción directa con su crecimiento económico, con su riqueza. Al mismo tiempo, esta propuesta se juega en dirección opuesta, es decir, para que un pueblo obtenga un mayor nivel de riqueza debe tener óptimas condiciones de salud, para ello, el Banco Mundial recomendó que las políticas en salud fueran pensadas en función del costo-efectividad del sistema y, por lo tanto, que la empresa privada tuviera una actuación importante dentro de él (Riveros Pérez & Amado González, 2012).

Pese a las mejoras que el sistema de salud así organizado planteaba, la enfermería profesional con su cuerpo teórico de conocimiento basado en teoría fundamentada y en la experiencia y práctica del cuidado, sufrió grandes cambios laborales que perjudicaron su ejercicio, como lo afirma Velandia:

“... las expectativas generadas por las bondades de la Ley 100 de 1993 han resultado frustrantes tanto para la población como para las unidades territoriales, especialmente, en lo relacionado con déficit financiero, vinculación y derechos laborales. Ya desde entonces se anotaba que la escasa relación existente entre enfermería y paciente no se iba a resolver por este medio y, en cambio, la calidad del servicio se iba a ver seriamente afectada” (A. L. Velandia Mora, 2011).

A este respecto existe un trabajo realizado en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud llamado Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina (2006) que hace una exposición profunda de la fuerza laboral de enfermería y de su quehacer en los países de la región. Este trabajo muestra cómo se presenta el trabajo de enfermería, la gestión del servicio y del cuidado, las dinámicas de la fuerza laboral, las condiciones de trabajo, los salarios, las migraciones y la escasez de profesionales, las regulaciones y transformaciones en los sistemas de salud, la formación de recursos humanos, la acumulación y difusión del conocimiento, cómo están conformadas las organizaciones gremiales y las políticas de recursos humanos en enfermería (S. M. Malvárez, 2005). El estudio concluye que los países de la región, junto con la Organización

Panamericana de la Salud, deben fortalecer las acciones que promuevan “políticas y sistemas” de salud que estén acorde a las necesidades de la población y generen estabilidad laboral para los diferentes miembros del equipo de salud.

A partir del esfuerzo por sistematizar la situación laboral en enfermería en América Latina, Ana Luisa Velandia Mora ha continuado con esta labor enfocada en Colombia. Su texto, Regímenes laborales de enfermería y calidad de la atención (2002) hace un esfuerzo por exponer la situación profesional de enfermería después de la reforma al sector salud propiciada, en gran medida, por las transformaciones en el orden económico mundial advenidas por la economía de mercado y su influencia en los sistemas de gobierno y en las diferentes estructuras de la sociedad (Velandia, 2002). De la misma forma, en otro artículo llamado, La enfermería en Colombia 1990-2010 Ejercicio profesional y situación legal, la autora hace un recorrido por la situación legal y gremial de la enfermería incrustada en las reformas al sector salud colombiano e insiste en el impacto de la ley 100 sobre la práctica de enfermería (A. Velandia Mora, 2011).

Ahora bien, respecto a la influencia que tiene la lógica económica sobre el ejercicio del cuidado en enfermería, además de lo anteriormente expuesto, es escasa la bibliografía especializada sobre el tema, mas se encuentran trabajos sobre la economía del cuidado que versan sobre la lucha por la incorporación a la economía de las formas femeninas de dar cuidado como los quehaceres domésticos, como ejemplo de esto se tiene: “Cuenta satélite de la economía del cuidado Fase 1: valoración económica el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado”; La economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda, de Valeria Esquivel. La perspectiva de la economía del cuidado muestra, específicamente, el estudio del trabajo productivo y reproductivo de las mujeres, por lo que la agenda de las exploraciones de la inequidad de género está presente en esta visión que pretende mostrar la labor femenina dentro del intercambio mercantil y su rol en el hogar, en donde se pone de manifiesto la carga negativa o improductiva de cuidar con el fin de mantener la especie, siendo trabajo de los hombres producir los bienes necesario para la subsistencia.

De otra parte, se tienen trabajos relacionados con la economía del cuidado desde el enfoque de los recursos y las reformas al sector salud, por ejemplo: La economía de las reformas de

los sistemas públicos de cuidados de la salud en economías avanzadas y emergentes (2012). Así mismo, *Economía del cuidado y política económica: una aproximación a sus interrelaciones* (2005). Aquí se pone de manifiesto la importancia de los cuidados de la salud de la población, sin embargo, evidencian los retos financieros que se suman a la tendencia de generar una mayor cobertura, pues existen desequilibrios improcedentes en el cuidar enfermedades fatales y en el sostenimiento de sistemas de salud con bases económicas de mercado.

Así pues, las prácticas y discursos del cuidado y en específico de la relación de cuidado de enfermería profesional en estricta relación con la influencia que puede provocar sobre éste la lógica económica actual no se encuentra estrictamente documentado, pese a los esfuerzos por exponer estas relaciones en términos laborales, en la perspectiva de género y sus alcances no formales dentro de la economía de mercado y, por último, en la estructuración de sistemas de salud acorde a los requisitos de las finanzas globales.

Categorías de análisis

Cuidado

Aun cuando el cuidado forma parte de diferentes disciplinas académicas y es objeto de estudio de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales y humanas, no se puede decir que exista un consenso respecto a su significado (Carrasquer, 2013). Al tratar de historizar la noción de *cuidado* puede verse que, en el *Tesoro Lexicográfico de la Real Academia de la Lengua*, tiene su primera aparición en 1495 (RealAcademiaEspañola, 2001). Puede entenderse a partir de ahí, que el cuidado es una acción que involucra “solicitud y atención” frente alguna cosa o persona. Esta idea del cuidado no ha sufrido transformaciones profundas con el transcurrir del tiempo, aunque son las diversas formas de utilizarlo las que posibilitan observar algunos cambios en las maneras de entenderlo. Se tiene, por ejemplo, que para las teorías feministas que proponen el cuidado como un hecho “económico invisibilizado”, esta noción hace referencia al mantenimiento, continuación y reparación de la vida humana y del planeta (Carrasco, Borderías, & Torns, 2011), se trata, en último término, de las acciones que tienden a asistir y conservar la salud y las relaciones humanas (como en la familia). Otra posición destacada es la que rescata al cuidado como una

disposición ética, que responde al fenómeno moral de manera contextualizada y no de forma universal.

Desde la economía feminista,⁷ el cuidado se asume como, dentro de la división sexual y social del trabajo, un trabajo donde la mujer desde casa, como “lugar genuino para ella”, prodiga las acciones de reproducción, mantenimiento y sostenibilidad de la vida (Carrasco et al., 2011); esta perspectiva va de la mano con la nueva “economía del cuidado”, punto de partida de algunas posiciones economicistas que manifiestan el papel impalpable de la acción de cuidar dentro del entramado social de producción de bienes y servicios (Guzmán B, 2013).

De otra parte, el cuidado como práctica profesional de enfermería, ha sufrido transformaciones importantes en razón a las dinámicas sociales que han ido tomando fuerza en los escenarios de los sistemas de salud desde hace alrededor de 30 años. Puede inferirse que el conocimiento sobre el cuidado ha mudado según el esquema social prevaleciente y que se ha transformado con el mismo devenir histórico, por tanto, un estudio del impacto e influencia que han tenido sobre sus prácticas y narrativas las tendencias y lógicas económicas actuales abriría el espacio para el develamiento de sus posibilidades y tensiones contemporáneas.

Algunas autoras como Jacqueline Fawcett o Betty Neuman⁸ proponen el cuidado como uno de los objetos de conocimiento fundamental de la enfermería en su desarrollo teórico, metodológico e investigativo, por lo tanto, es “el cuidado de las experiencias de salud, miradas desde un punto de vista contextual” (Durán, 2002; V. M. Durán, 2001); esta mirada disciplinar del cuidado permite situarlo como un núcleo elemental para el conocimiento enfermero, por lo tanto cobra una relevancia en la investigación por su carácter central del quehacer de enfermería y su interacción permanente con las lógicas económicas que lo sujetan a la realidad social como elemento primordial de una ciencia de la salud.

⁷ La economía feminista tiene como uno de sus objetos de reflexión el cuidado, entendido como una actividad de las mujeres que no tiene visibilidad en el campo de la producción económica, sin embargo representa una de las prácticas que robustece los procesos de producción en la medida que genera el mantenimiento y conservación de la mano de obra futura, reproduciendo así el esquema de reproducción social (Carrasco et al., 2011).

⁸ Enfermeras, docentes e investigadoras de enfermería (Marriner & Raile, 2007).

El cuidado como objeto de la enfermería también está inscrito y normativizado por la Ley 911 de 2004, por la cual *se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia*; se establece el régimen disciplinario correspondiente, el cual enuncia que

“el acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.” (Congreso de la República de Colombia, 2004).

Puede notarse que la Ley sintetiza los principales presupuestos de la enfermería, como fundamentar su práctica en sus propias técnicas, tecnologías, conocimientos de las ciencias biológicas, de las ciencias sociales y humanas, mantener relaciones interpersonales a partir de la comunicación asertiva, producir planes de cuidado, promover la vida y prevenir la enfermedad, etc., y remarca al cuidado como su esencia, entonces, se precisa advertir la norma que rige a enfermería para una mejor comprensión de sus prácticas.

Práctica y teoría de enfermería

La práctica de enfermería “es la primera fuente de ideas de enfermería y dentro de este contexto el receptor de cuidado de enfermería y el cuidado mismo, inspiraron la teoría naciente” (V. M. Durán, 2001, p. 95); mientras que la teoría surge a través de la investigación y “genera el cuerpo de conocimientos científicos, y prueban las teorías pertinentes. El conocimiento y las teorías generadas a través de la investigación de enfermería son necesarias para proveer las bases científicas para planear, predecir y controlar los resultados de la práctica de enfermería” (V. M. Durán, 2001, p. 111). Ahora bien, la enfermería tradicionalmente se había explicado como una vocación, con una serie de tareas y técnicas, generalmente dependientes de la medicina, enmarcada en un deber ser de servicio compasivo y de apoyo. No obstante, algunas teóricas de enfermería la

reconocen como una “disciplina profesional”⁹ (Fawcett, 1995; Kérouac, 2001(2002; Marriner & Raile, 2007; Purnell, 2007), como un campo científico de aplicaci3n porque su desarrollo disciplinar se basa en conocimientos propios particulares y en otros derivados de las ciencias naturales, sociales y de las humanidades (V. M. Durán, 2001).

Las prácticas de cuidado en enfermería son todas aquellas actividades realizadas por los profesionales que cumplen con el objetivo de asistir a los pacientes en el proceso de salud y enfermedad. Las prácticas realizadas en cuanto a la atenci3n al paciente se destacan las siguientes: cuidados básicos, inserci3n, cuidados y mantenimientos de dispositivos y de aplicaci3n de medicamentos¹⁰.

Sistema de salud y su influencia sobre la enfermería

La Organizaci3n Mundial de la Salud define un sistema de salud como “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiaci3n, informaci3n, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientaci3n y una direcci3n generales. Además

⁹ “Aunque la disciplina y la profesi3n est n claramente interrelacionadas, tienen significados específicos [...] Una disciplina es específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educaci3n [...] Una profesi3n hace referencia a un campo especializado de la práctica” (Marriner & Raile, 2007, p. 8).

¹⁰Estas prácticas pueden verse particularmente como: Traslado Interno del Paciente, traslado de la paciente a otro centro, alta del paciente, alta voluntaria del paciente. Cuidados básicos: baño del paciente encamado, higiene de boca, higiene de ojos, movilizaci3n del paciente, prevenci3n de caídas en pacientes hospitalizados, contenci3n física o inmovilizaci3n del paciente, actuaci3n en paciente que sufre ca da, preparaci3n del paciente quirúrgico, alimentaci3n por sonda nasogástrica, inserci3n, cuidados y mantenimiento de dispositivos: elecci3n de la vena en la canalizaci3n de una vía periférica, elecci3n del dispositivo en la instauraci3n de un acceso venoso periférico, inserci3n de un catéter venoso periférico, inserci3n de un catéter venoso central por vía periférica, elecci3n del ap3sito y fijaci3n del acceso venoso periférico, cuidados y mantenimiento de accesos venosos, retirada del acceso venoso periférico, cuidados y mantenimiento de accesos venosos de larga duraci3n, inserci3n, cuidados, mantenimiento y retirada de sonda nasogástrica, inserci3n, cuidados, mantenimiento y retirada de sonda traspl rica, cuidados y mantenimiento del drenaje pleural, cuidados y mantenimiento del catéter epidural, inserci3n, cuidados, mantenimiento y retirada de sonda vesical, cambio y mantenimiento de cánula de traqueotomía, preparaci3n y mantenimiento de la intubaci3n endotraqueal administraci3n de fármacos por sonda nasogástrica, preparaci3n y mantenimiento de tratamiento: preparaci3n y administraci3n de fármacos vía oral, preparaci3n y administraci3n de fármacos vía sublingual, preparaci3n y preparaci3n y administraci3n de fármacos vía intramuscular, preparaci3n y administraci3n de fármacos vía endovenosa, preparaci3n y administraci3n de fármacos vía subcutánea, preparaci3n y administraci3n de fármacos vía intradérmica, administraci3n de enemas, administraci3n de fármacos vía cutánea, administraci3n de fármacos vía inhalatoria aerosoles, administraci3n de fármacos vía inhalatoria nebulizadores, administraci3n de fármacos vía oftálmica, administraci3n de fármacos vía 3tica, administraci3n de fármacos vía rectal, administraci3n de hemoderivados, administraci3n de nutrici3n parenteral ntp, administraci3n de oxigenoterapia, administraci3n de heparina de bajo peso molecular (*Manual de procedimientos generales de enfermería*, 2012; Perry & Potter, 2002).

tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.”¹¹

Es preciso enmarcar al cuidado de enfermería en el orden de la estructura social que prevalece hoy, dadas las dimensiones que adquiere la esfera económica en el sistema de salud colombiano. El sistema de salud en Colombia se adaptó a los requerimientos de las nuevas pautas económicas que se planteaban desde el exterior, así la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República, 1993), formalizó una nueva estrategia para el aseguramiento en salud, dividiéndolo en cuatro niveles, partiendo del sector financiador que se alimenta de los recursos obtenidos de los empleados y empleadores que pagan por su salud, éstos pertenecen al Régimen Contributivo, a la vez estos recaudos, junto con otros cobros fiscales, subsidian a los no empleados, quienes forman parte del Régimen Subsidiado.

Otro sector del sistema de salud colombiano es el administrador, las Empresas Promotoras de Salud (EPS, públicas o privadas) que tienen por objetivo afiliar a la población y recaudar sus cotizaciones de salud que pueden provenir de cualquiera de los dos regímenes; así mismo las EPS se encargan de contratar al otro sector del sistema que son las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) las cuales trabajan en la asistencia directa de los usuarios. Por último, se encuentra el sector que regula el sistema encabezado por el Ministerio de Protección Social el cual formula las políticas para todo el sistema (Guerrero, Gallego, Becerril(Montekio, & Vásquez, 2011).

Este reordenamiento del sistema de salud colombiano generó malestares dentro de las profesiones sanitarias y, en especial, dentro de enfermería, porque a pesar de sus posibles bondades puede notarse que existen desajustes financieros, una vinculación parcial y pérdida de derechos laborales (A. Velandia Mora, 2011); a este respecto puede sugerirse que la experiencia de los procesos de reforma junto con la reducción del gasto y la maximización de la ganancia están seguidos de la flexibilización laboral, cambios en la forma de contratación, tercerización y reducción de personal (Castrillón et al., 1999; S. Malvárez & Castrillón, 2005; Velandia, 2002).

¹¹ Esta definición es tomada de la página web de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>. Consultado el 02/09/2017

Bajo la lógica de la maximización de la ganancia y reducción del gasto para las entidades sanitarias –dado que para el sector de las EPSs, entes privados en su mayoría, la formulación de un proyecto que propenda por ganancias económicas es la virtud de la competencia y la libre empresa, en detrimento de la actuación del Estado en favor de las clases no poseedoras-, el cuidado pasa a ser una relación fría, ajena, insensible, instrumental. Por lo tanto, plantear una situación hipotética que formula la cosificación de las relaciones de cuidado entre el sujeto cuidador y el sujeto de cuidado cobra sentido dentro de la perspectiva general del entramado económico que se erige sobre las prácticas de salud en Colombia y sobre el cuidado de enfermería, pues, se sitúa *grosso modo* en las experiencias que acompañan actualmente la situación laboral de la enfermería y, en especial, a su práctica del cuidado.

Cosificación (Reificación)

Axel Honneth en “Reificación Un estudio en la teoría del reconocimiento” (2007), hace una exposición clara de lo que se ha entendido por reificación o cosificación, desde Lukács hasta Martha Nussbaum, pasando por cómo la entiende la sociología y cómo la ha descrito la literatura (Honneth, 2007), puede leerse que la cosificación ha sido interpretada desde diferentes posturas. Es interesante la definición dada por Lukács y retomada por el profesor de Frankfurt, para quien la cosificación es: “el hábito o la costumbre de una conducta simplemente observadora desde cuya perspectiva el entorno natural, el entorno social y los potenciales propios de la personalidad son concebidos de manera indolente y desapasionada como algo que tiene calidad de cosa” (Honneth, 2007). La reificación, entonces, es una actitud del sujeto, una conducta que altera la relación con el otro y el entorno, pues se instrumentaliza y, como instrumentos, pierden cualidades humanas y el valor que se les ha dado.

Como proyección teórica resulta útil al momento de caracterizar las posibles consecuencias de la influencia económica sobre las prácticas y discursos del cuidado, dejando abierta las posibilidades de interpretación. En este estudio, se tiene como una de las hipótesis principales que dichos discursos y prácticas se “cosifican” (los discursos se convierten en instrumentos de dominio, por lo tanto se vuelven “cosas” ajustables a los intereses de los

grupos de poder) junto con el paciente y el dador de cuidado. Puede pensarse la cosificación en su sentido original presentado por Lukács, interpretado desde Marx:

“No es en modo alguno casual que las dos grandes obras maduras de Marx dedicadas a exponer la totalidad de la sociedad capitalista y su carácter básico empiecen con el análisis de la mercancía. Pues no hay ningún problema de ese estadio evolutivo de la humanidad que no remita en última instancia a dicha cuestión, y cuya solución no haya de buscarse en la del enigma de la *estructura* de la mercancía. Es cierto que esa generalidad del problema no puede alcanzarse más que (...) si el problema de la mercancía aparece (...) como problema estructural central de la sociedad capitalista en todas sus manifestaciones vitales. Pues sólo en este caso puede descubrirse en la estructura de la relación mercantil el prototipo de todas las formas de objetividad y de todas las correspondientes formas de subjetividad que se dan en la sociedad burguesa.”
(Lukács, 1970)

Lukács, de esta manera, pudo sostener que el desarrollo del capitalismo genera toda una serie de procesos de *cosificación*: la forma mercancía se configura como modelo de *toda* forma de objetividad y de subjetividad. Ello ocurre cuando “esa forma penetra todas las manifestaciones vitales de la sociedad y las transforma a su imagen y semejanza” (Lukács, 1970, p. 10). En otras palabras, puede asumirse que la teoría marxista de la mercancía en la era capitalista supone un nivel de extensión de la esfera económica a todos los espacios de la vida, es decir que, según esto, todos los espacios de la vida serían específicamente económicos, todas las dimensiones de la vida humana estarían configuradas desde la “forma mercancía”, desde las maneras más objetivas de entendernos como ciertos grados de la cultura, el conocimiento de la naturaleza, la ciencia, etc., hasta las formas de relacionarnos individualmente, los unos con los otros en estadios lejanos a los procesos económicos como las relaciones de pareja.

Metodología

Este estudio quiere dar cuenta del dominio económico-financiero sobre la *praxis* del cuidado en enfermería, para ello se propone *la entrevista, los grupos focales* y la *observación directa* como técnicas de recolección de datos, por lo que la metodología cualitativa se plantea en este caso como necesaria para descubrir o plantear preguntas que ayuden a reconstruir la realidad tal como la observan los sujetos de un grupo específico dentro de un sistema social definido (Sampieri, Fernández, & Baptista, 2003), en este caso los y las enfermeras profesionales que trabajan en el ámbito clínico. Su objetivo fundamental es describir lo que ocurre en su rededor (en la institución hospitalaria) y entender el fenómeno social del cuidado en el contexto económico. En tanto que el

investigador ya tiene un conocimiento previo del contexto y de los y las informantes (pues participó como co-investigador en dos estudios anteriores cuyo objeto de investigación fue la práctica, historia y transformación de la enfermería en Colombia), estas técnicas permitieron recoger información de primera mano de los actores involucrados.

Las entrevistas se hicieron a docentes e investigadores de enfermería para acercarse a la problemática formulada, de la misma manera se buscó recoger información de otros miembros del equipo de salud y de administradores hospitalarios (en tanto que el investigador ya tiene experiencia de campo con este grupo particular, conoce de manera general los postulados teóricos de la enfermería y tiene acceso a diferentes participantes clave); se requirió, pues, que los y las informantes poseyeran más de 30 años de experiencia directa, ya que, se precisaba que tuvieran conocimiento de las transformaciones acaecidas en el sistema de salud colombiano entre finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI.

La investigación es de tipo descriptivo y procuró abordar el objeto de estudio en el marco de ciertos paradigmas interpretativos. El estudio busca mostrar tres etapas asociadas con el transcurso de los cambios ocurridos en los discursos y prácticas del cuidado que recorren los acontecimientos sucedidos en enfermería: 1) *antes* de que se firmara la Ley 100 de 1993, 2) cómo fue el proceso de transición entre lo ocurría antes de la firma de esta ley y lo que vino después y 3) cómo se ve hoy el cuidado de enfermería (atendiendo a los últimos hechos que envuelven la problemática del aseguramiento en salud de las y los colombianos).

Además, al preguntar a los actores por los discursos y prácticas que se articulan en las acciones específicas del cuidado, en el contexto particular de la lógica económica actual que guía a la profesión de enfermería, se debe atender a un enfoque de investigación hermenéutico que permita la comprensión de los diferentes discursos que surgen de los actores involucrados; llegar a comprender, a aprehender el sentido y el significado de las pluralidades es el fin de toda hermenéutica: “ella consiste en reconocer qué mensaje relativamente unívoco ha construido el locutor sobre la base polisémica de un léxico común. Producir un discurso relativamente unívoco con palabras polisémicas, identificar esta intención de univocidad en la recepción de los mensajes, tal es el primer y más elemental trabajo de la hermenéutica” (Ricoeur, 2001).

De una parte, las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista semiestructurada y los grupos focales, explorando el tema mediante una guía de preguntas que permitieran seguir el contenido de los objetivos propuestos, se trató de que el informante abordara el tema de investigación de manera libre pero con unas pautas que aseguraran cierto orden en sus respuestas. A través de ella se buscó obtener los testimonios contenidos en la voz de los actores involucrados, la entrevista no supone una conversación neutra y sin pretensiones, sino una forma de diálogo que permita el surgimiento de informaciones no determinadas por el entrevistador (de Souza Minayo, 2003, p. 46).

De la misma forma, se planteó como ejercicio metodológico la “observación” directa en tanto que esta permitía un acercamiento a la realidad de los procesos clínicos que desarrollan las y los enfermeros. Esta técnica permitió realizar una descripción, lo más detalladamente posible, de los rasgos fundamentales de la práctica del cuidado dentro de la institución escogida para el estudio, su uso permitió "la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado" (Kawulich, 2005).

Análisis de datos

El análisis y la interpretación de los resultados se hizo a través del análisis narrativo de contenido, el cual busca la interpretación de algunos acuerdos mínimos sobre la realidad objetiva que se reproduce, en este caso, en forma de texto; como se mencionó más arriba el enfoque interpretativo propende por reconocer el “sentido” y el “significado” de la acción humana, enmarcada ésta dentro de su contexto específico, teniendo como finalidad la “comprensión” del cuidado dentro del entramado económico actual (Vazquez Navarrete, 2006).

Una vez hecho el ejercicio de elegir y ordenar la información relevante que fundamentara la investigación (marco teórico) y sus objetivos de estudio, se procedió a través de entrevistas semi-estructuradas a recolectar los datos, que desde el primer momento empezaron a ser analizados por el investigador.

En un segundo momento se hizo la transcripción de los datos del formato de audio a forma de texto. La lectura y la organización de los datos es el tercer momento del modelo; esta

etapa fue descriptiva y clasificatoria, ya que en ella se identificaron las informaciones, se separaron los datos por áreas de estudio, por contexto, por edades o por grupos de informantes, etc.

En cuarto lugar se analizaron los contenidos, es decir, se crearon **categorías** identificando patrones o datos que se relacionaran entre sí. Estas categorías son íntegras, abarcadoras, y reproducibles por un segundo analista, son creíbles y diferentes aunque guarden relación entre sí y, en último lugar, dan sentido a los objetivos del proyecto. De la misma manera, se identificaron las informaciones “emergentes” de datos y crear con ellas **subcategorías**.

La descripción de los resultados es la quinta etapa del modelo. Una vez obtenidos los datos, se describieron buscando semejanzas y diferencias o contradicciones entre los mismos. La etapa final fue la interpretación la cual buscó “establecer relaciones y desarrollar explicaciones o hipótesis que constituyan un marco que nos permita dar un sentido a los hallazgos” (Vazquez Navarrete, 2006). De esta manera, el análisis de datos cualitativos fue una forma de “reducir, categorizar, clarificar, sintetizar y comparar la información con el fin de obtener una visión lo más completa posible del objeto de estudio (Vazquez Navarrete, 2006).

Consideraciones éticas

Esta investigación fue aprobada por el Comité Científico del Hospital Méderi. En él se instó al investigador que respetara los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. Se respetará la confidencialidad de los informantes si llegara a publicarse como artículo de revista. Según la resolución 8430 de 1993 en el artículo 11 del Ministerio de Salud y Seguridad Social esta investigación es de bajo riesgo.

1 Algunos debates sobre el cuidado, la salud y la economía

El cuidado ha sido el eje principal de donde se sostiene el cuerpo teórico de la profesión de enfermería. Como categoría teórica y como práctica social está sujeto en múltiples redes de comprensión, está inmerso en variadas y diferentes esferas de la acción humana, se manifiesta y expresa desde distintos lugares de enunciación como el cuidado en el hogar, la política social del cuidado, la ética del cuidado y la economía del cuidado y, dado esto, adquiere significados y representaciones diversas que dependen de cada uno de los contextos desde donde se estudie esta noción.

En un primer análisis de estas redes se destaca el universo de relaciones y experiencias sociales de las mujeres, pues la práctica del cuidado parece suponer que dicha actividad pertenece sólo al ámbito femenino. Así mismo, el hecho del cuidado de las madres hacia sus hijos como punto de referencia universal, biológicamente dado, un hecho que parte de la función del hogar en el entramado de la “ciudad” que tiene como fin el bienestar general¹², sin embargo, este es un debate abierto: ¿prodigar cuidado es algo naturalmente femenino simplemente por el hecho de que los hombres no pueden dar a luz o, por el contrario, ha sido una especie de imposición masculina a través de relaciones de poder manifestadas culturalmente?

Es preciso señalar este primer debate sobre el cuidado, dado que parece ser el que subyace a todos los demás, entonces ¿el cuidado es un fenómeno natural o cultural? ¿es exclusivo de las mujeres o los hombres también son cuidadores? Este primer momento de análisis del cuidado lleva necesariamente a un segundo debate: ¿cuáles son las potencialidades políticas de la categoría y de la práctica del cuidado? Esta pregunta, planteada por algunas feministas estadounidenses (Gilligan, 1982, p. 53; Nel. Noddings, 2003), observa la existencia de una infravaloración hacia lo femenino por parte de la “voz” masculina en cuanto que se trata de adquirir y conservar el poder político, por lo tanto lo femenino se comprende “desde casa”, en el ámbito privado, desvirtuando sus posibilidades políticas y públicas. Podría decirse que esto representa un problema para las mismas feministas, ya que existe entre algunas de

¹² Este aspecto lo destaca Noddings en su libro *Starting at Home*, dado que critica la posición platónica de entender la *Polis* como culminación de un fin más amplio que el de cada una de sus partes, es decir que en Platón prima la idea del bien general por encima del bien particular. Mientras que para la autora la comprensión del bien general debe estar supeditado a la comprensión del bien individual y, en su caso, debe responder a entender la dinámica del hogar antes que el de la *Polis* (Nel Noddings, 2002).

ellas una reticencia a asumir el cuidado como algo completamente femenino, mientras que otras lo ven como el objeto por excelencia de la naturaleza femenina (Apple, 2006). Sin embargo, sería aquella manifestación particular de la mujer, como cuidadora en el hogar de los futuros trabajadores, la que potenciaría su lugar de enunciación en el contexto de una lucha y una resistencia contra la hegemonía patriarcal que reproduce las desigualdades e inequidades de género, dado que el cuidado en el hogar representaría un bastión de la lucha femenina por las reivindicaciones sociales que tienen lugar en sociedades abiertamente patriarcales.

De la misma forma, hay una visión ética del cuidado en la cual se expresa una crítica profunda a las nociones éticas tradicionales donde impera la razón como fuente del deber (Kant) desde el lugar de enunciación masculino, es decir, la ética del cuidado representa una posición alternativa a la posición hegemónica de la corriente kantiana y liberal de la ética del deber racional y universal¹³. La ética del cuidado es una perspectiva no-tradicional que considera la responsabilidad de la atención y el interés por el otro como propio de un contexto específico y ya no como pautas de conducta universalmente validadas por la razón.

La conceptualización inicial del cuidado en enfermería se remonta al trabajo realizado por Florence Nightingale (1820-1910) en la Guerra de Crimea¹⁴ en donde puso a prueba sus conocimientos en matemáticas proponiendo un incipiente modelo epidemiológico sanitario que ayudó a fortalecer los procesos de salud debido al impacto que tuvo al identificar y sistematizar los riesgos que el entorno suponía para la mejora de los soldados (Lopes & dos Santos, 2010). No obstante, el cuidado –como núcleo central de la profesión- empezó a construirse sistemáticamente a mediados del siglo XX de la mano de las teóricas enfermeras que se lo apropiaron como objeto de conocimiento junto con las categorías de entorno, salud-enfermedad y enfermería (Marriner & Raile, 2007).

¹³ La ética del cuidado “pone el acento” en las responsabilidades más que en los derechos y los deberes, es una aproximación contextual y narrativa más que formal y abstracta (L. G. Arango, 2011)

¹⁴ Conflicto que se desarrolló entre el Imperio Ruso y la alianza de Inglaterra, Francia y el Imperio Otomano y que favorecía a este último dado el crecimiento de la dinastía rusa de los Románov. Esta guerra tuvo lugar entre 1853 y 1856 (Lopes & dos Santos, 2010).

De otra parte, un nuevo aspecto que se entrecruza en las redes de comprensión del cuidado en las mujeres es el de hacer de esta práctica en el hogar un trabajo justamente pagado, pues se asume que es en el hogar y bajo los cuidados de la mujer-madre que se sostienen los futuros trabajadores, la mano de obra por venir, entonces se ha propuesto algo así como la “economía de los cuidados”, enfocada en reivindicar económicamente el esfuerzo femenino materno de cuidar la familia. Entonces, desde la economía –entendida ésta como todo un sistema de relaciones basadas en la administración de los recursos que favorece la riqueza o, por el contrario, que conlleva a la pobreza de individuos, grupos o países- implica pensar el fenómeno del cuidado como un elemento clave de la esfera de la salud en un contexto determinado.

La economía es uno de los principales motores de las sociedades modernas, procura la administración de los bienes y servicios. Dado esto, la salud ha de ser vista como uno de esos bienes que deben ser administrados¹⁵ y, con ella, el cuidado que presta la enfermería pues forma parte del acervo de conocimientos biomédicos que, bajo el supuesto, permitiría el bienestar de un pueblo. En consecuencia, se precisa entender cómo la economía actúa sobre el cuidado enfermero, en tanto que la primera –como contexto general donde se presentan las relaciones humanas (Lukács, 1970)- ineluctablemente está presente, determina y genera quiebres en todas las dimensiones del cuidado que se expusieron anteriormente. Siendo esto así, a continuación se presentan algunas consideraciones generales que se han de tener en cuenta en la reflexión y comprensión de los discursos y prácticas del cuidado en torno a la doctrina económica imperante en Colombia a finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI.

1.1 La salud y la economía colombiana a finales del siglo XX

La política proteccionista del Estado colombiano que favorecía la producción interna frente al intercambio comercial con otros países fue el derrotero que siguió la nación por varias décadas, especialmente la de los setenta. Sin embargo, para los años 80' Colombia amplió su deuda externa debido a la crisis de la bonanza cafetera presentada a finales de los años

¹⁵ Aquí se tiene en cuenta que para los actores internacionales como el Banco Mundial o el Fondo Monetario Internacional un pueblo que goza de buena salud es social y económicamente más productivo, por lo tanto es preciso permitir su administración por entes privados que, entre otras razones, generarían grados de universalidad más amplios (Riveros Pérez & Amado González, 2012) y ya no desde la centralidad del Estado. La salud, desde este enfoque, es un bien administrado en el entramado del mercado.

70', lo que obligó al gobierno de Virgilio Barco (1986-1990) a generar nuevos compromisos con los organismos de financiación privada como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) (Kalmanovitz, 2010; Ocampo, 1987). Así mismo, en el nivel internacional y de la mano del presidente R. Reagan en Estados Unidos y de la Primer ministra del Reino Unido Margaret Thatcher, se venía redefiniendo la idea “neoliberal” del papel del Estado frente a las prácticas económicas y del mercado (Yantek, 1988).

De esta manera, la economía colombiana que venía en decaimiento por una “sobreproducción interna” (González, 2014; Ocampo, 1987) y el aumento de la deuda externa empezó una etapa de liberación en la cual imperaba la idea de que el Estado no debía intervenir en los asuntos del mercado, pues este tenía la capacidad de autogestionarse y autorregularse por lo que debían minimizarse los controles estatales. Varias causas llevaron al Estado colombiano, entre los años 1970 y 1990, a adoptar tales medidas, como por ejemplo la primera emergencia económica decretada en 1974 en la presidencia de Alfonso López Michelsen (1974-1978), el decaimiento del agro y la disminución de la industria, las crisis del sector financiero al otorgar grandes créditos por lo que a comienzos de los 80 el presidente Belisario Betancur (1982-1986) nacionalizó algunos bancos como el Banco del Estado que pertenecía al Grupo Mosquera (Arias, 1993; Penagos-Carreño, 2015).

Entonces, con la batuta del presidente César Gaviria (1990-1994) empieza el proceso de “modernización de la economía colombiana”¹⁶, que tenía como objetivo permitir la entrada de la producción extranjera al país, disminuyendo los impuestos a los productos foráneos. De la misma manera, el papel del Estado frente a los procesos del mercado fue el de controlar los posibles excesos que se pudieran evidenciar en las transacciones comerciales para proteger al consumidor (Ocampo, 1987).

Ahora bien, Colombia se vio inmersa en un proceso de globalización financiera que tenía por objeto establecer relaciones macro-económicas que le permitieran subsanar las demandas internas, como la creación de empleo y la competencia de sus productos en el exterior, a partir del endeudamiento con organismos extranjeros y la reducción del gasto público para amortiguar las oscilaciones de la economía mundial (González, 2014). La

¹⁶ Ver Documento CONPES 2494 de octubre de 1990.

reducción del gasto público, es decir, la reducción de la disponibilidad de recursos para la salud y la seguridad social (entre otros) es, en esencia, una de las problemáticas que más se destacan del proceso de la liberación económica pues define la puesta en marcha de los procesos de privatización de los servicios que eran prestados por el Estado (González, 2014; Salcedo & Arrivillaga, 2014).

Para González (2014) los gobiernos de turno (empezando por el de César Gaviria) optaron por financiarse por medio de préstamos internacionales (en vez de hacerlo por medio de impuestos o tributos, pues esto significaría un costo político al cual no estaban dispuestos a llegar), aunque ve en el sistema financiero mundial una suerte de fragilidad debido a que se ha distanciado “el movimiento financiero” de las “transacciones reales”, quiere decir esto que la especulación financiera mueve el mundo económico en las bolsas de valores, donde la virtualidad reemplaza la realidad de las transacciones del mercado (p. 24). En consecuencia, aquí lo principal es identificar que cuando la deuda externa es mayor es más difícil para un Estado sostenerse fiscalmente, ya que el Producto Interno Bruto (PIB) es menor que lo que queda por pagar (el saldo de la deuda externa) entonces el objetivo de un gobierno sería reducir la diferencia entre el PIB y el saldo de la deuda (González, 2014).

En vista de este juego, entre el endeudamiento y la financiación extranjera por una parte y las reducciones al gasto público por otra, el gobierno nacional a través de la Ley de regla fiscal número 1473 de 2011¹⁷ exigió reducir el gasto público para cumplir con los requisitos de la deuda,

La financiación de la salud y de la seguridad social está limitada por las dinámicas financieras internacionales. La globalización de los mercados ha fijado unas condiciones para el conjunto de los países. El criterio básico es muy simple: si el ahorro del sector público mejora, el país avanza (González, 2014)

Sin embargo, la relación que existe entre la globalización financiera y el gasto público sugiere un problema más: ¿Cómo un Estado como el colombiano prefiere dejar el balance fiscal, es decir el balance de su propio tesoro o el tesoro de todos los colombianos, al servicio de la deuda externa? ¿Por qué el tesoro nacional no está al servicio del gasto

¹⁷ Tomado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley147305072011.pdf>

público, a favor de la disponibilidad de recursos para la salud y la seguridad social? ¿Cuál sería la mejor forma de financiar la salud?

1.1.1 La salud como objeto de la economía

Llegado a este punto, es preciso mostrar que el Estado colombiano, al dejar gran parte del balance fiscal para pagar la deuda externa, promovió la desestatificación de servicios que anteriormente eran su responsabilidad como, en este caso, la salud de la población. Por ello, a partir de la década de 1990 el gobierno de César Gaviria permite la entrada de capital privado para suplir las demandas internas de gasto público, esto es, en otras palabras, la privatización de la salud. De este modo, se debe exponer la fuerte influencia que el neoliberalismo económico¹⁸ ha ejercido sobre la vida de las sociedades y de las experiencias en los sujetos en los procesos de salud-enfermedad; así mismo, mostrar la relación directa que subsiste entre el Estado y los grandes agentes económicos nacionales e internacionales que buscan nuevos intereses en el mercado de la salud.

Para Salcedo y Arrivillaga (2014) el neoliberalismo económico tiene consecuencias directas sobre la vida y, la que se presenta con mayor gravedad, es la destrucción de la misma, apuntan que el efecto destructivo sobre las vidas de las personas proviene de “la concentración de la riqueza en élites económicas transnacionales” (p. 233), en tanto que “el derecho a la salud” como gasto público, es decir, como gasto del Estado, se transformó en un servicio prestado por agentes privados, entonces la salud al ya no ser un derecho de todos y todas pierde su objetivo que tiende al bienestar de la vida como garantía ofrecida por el sector público. En otras palabras, en tanto que el Estado colombiano garantizaba el acceso a la salud de una parte de la población, antes de la entrada en vigencia de los pactos económicos internacionales, aquella se consideraba un derecho de los ciudadanos, después de la apertura económica la salud se transformó en un servicio de adquisición en el mercado, por lo tanto, podría decirse, perdió su valor como derecho y adquirió uno nuevo como valor de cambio.

¹⁸ El neoliberalismo económico es la denominación que se le da a la corriente económica que defiende la liberación de las economías nacionales, el libre cambio, la privatización y la disminución de lo público y la intervención estatal frente a la ampliación de los mercados (César Abadía, Pinilla A, Katerine Ariza, & Ruíz S, 2012).

Aquí se evidencia la “extraña” relación que el Estado y los agentes privados han llevado a cabo desde los comienzos de la liberación económica: el papel del Estado ha permitido consolidar la propiedad privada mediante el otorgamiento de derechos económicos a los entes privados que manejan la salud, lo que ha llevado a la “pauperización de la población” (Salcedo & Arrivillaga, 2014, p. 233). Este empobrecimiento de partes cada vez más grandes de la sociedad prueba que sus posibilidades de acceso a la salud, como servicio privado, sea casi nulo dada la insuficiente riqueza para pagarla, de ahí que la vida misma se ponga en juego bajo el sistema económico que gobierna el sistema de salud.

Esta situación presenta algunas dificultades que ostenta la relación del Estado y el sector privado de la salud, por ejemplo la perspectiva del derecho como instrumento que permite a la institución estatal fomentar derechos económicos que incentiven la inversión privada, entonces se ve al Estado como “alineado con la esfera económica” y como manipulador de elementos ideológicos como el derecho que le es útil a las dos partes (Salcedo & Arrivillaga, 2014, p. 255), excepto a la población pobre, por lo tanto es justificable hablar del derecho al lucro como un derecho destructivo de la vida aun cuando se esté dentro del campo de la salud y el bienestar en contraste directo con el derecho a la salud. De tal manera, sería razonable preguntar por cómo la ley y el Estado colombiano concibe la salud.

1.2 La Asamblea Nacional Constituyente y la salud ante la ley

Para entender cómo se dio el paso del aseguramiento público en salud a su privatización es necesario tener en cuenta que en Colombia fue gracias a los dos gobiernos de Alfonso López Pumarejo (1934-1938 y 1942-1945) (Collier & Collier, 2002) que se empezó a hablar de políticas de aseguramiento en salud, en el primero de sus gobiernos se formalizó el aseguramiento y en el segundo el sistema pensional. Sin embargo, ya para la década de 1990 “la trayectoria del sistema de seguridad social (...) dejaba resultados muy pobres en función de la cobertura y el gasto público” (Lamprea, 2011, p. 8).

De tal manera, llegaba Colombia a la década de la apertura económica y su sistema de salud “reproducía fielmente la fragmentación, la baja cobertura, la desigualdad, la mala financiación y el corporatismo del sistema de seguridad social” (Lamprea, 2011, p. 11), no obstante, bajo la perspectiva que imponían los organismos internacionales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Asamblea Nacional

Constituyente (ANC) formuló y ordenó un nuevo sistema de aseguramiento en salud en el que se descentraliza la acción del gobierno y se le da paso a los capitales privados para lograr los principios que se redactaban como ejes primarios para lograr una mayor cobertura solidaria y universalmente (Lamprea, 2011).

De tal manera, la ANC redactó para la naciente Constitución Política colombiana de 1991 dos artículos (Restrepo Piedrahita, 1995) en los cuales pone de manifiesto la ambigüedad con que se trató el “derecho” a la salud, pues fue presentada como un derecho social y, al mismo tiempo, como servicio público que debía ser “garantizado” mas no “asumido” por el Estado (Lamprea, 2011, p. 53). En el artículo 48 se puede leer que la seguridad social es un servicio público frente al cual el Estado tiene tres funciones claras: dirección, coordinación y control (Restrepo Piedrahita, 1995), sin embargo en ningún lugar del artículo se menciona que, a pesar de ser un servicio público y obligatorio, deba asumirlo el Estado o algún organismo del mismo, por lo tanto, la institución pública direcciona, coordina y controla que entidades privadas (y algunas públicas) sean las prestadoras del servicio de salud pero no es el Estado el que asuma su prestación.

De otra parte, el artículo 49 dice “Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.” (Restrepo Piedrahita, 1995). Como puede notarse las funciones del Estado son organizar, dirigir y reglamentar la prestación del servicio, mas no menciona que una de sus funciones sea suministrar el servicio, la institución pública “garantiza” que el servicio se dé pero ella no lo asume. Esto evidencia las dificultades de la ANC de incluir en la Constitución un derecho social en plena apertura económica, pues tenían que reconciliar el derecho a la salud con la necesidad del Estado de garantizar la cobertura por medio de la privatización del servicio.

Siendo esto así, para el año de 1993 y bajo los lineamientos que establecían los artículos 48 y 49 de la Constitución se formuló la Ley 100 del mismo año (Congreso de la República, 1993) que implementaba una reforma al sistema de aseguramiento en salud en la cual “la competencia y la iniciativa privada eran reguladas o moduladas por parte del Estado con

objeto de garantizar cobertura universal, eficiencia, calidad y equidad” (Lamprea, 2011, p. 65). Según los organismos internacionales que tenían una incidencia directa sobre las acciones gubernamentales, como el BID y el BM, los países de ingresos bajos como Colombia debían desarrollar un modelo de aseguramiento universal y equitativo, que permitiera el acceso a toda la población sin excluir a nadie (Riveros Pérez & Amado González, 2012), según la guía de competencia de mercado regulada por el Estado (Abbasi, 1999).

Entonces, gracias a la apertura a los mercados mundiales y a la reestructuración del sistema de aseguramiento en salud en Colombia en los años 90’, los derechos sociales sufrieron cambios en su concepción y en su significado, dado que la función de los gobiernos de definirlos y ampararlos terminó siendo una forma de asegurar su prestación pero por parte de terceros privados bajo el esquema de “competencia regulada” (es decir, bajo el esquema de regulación de un servicio público prestado por agentes privados), en donde puede interpretarse como el hecho de que los derechos sociales de un ciudadano pueden ser limitados por la capacidad adquisitiva que se posea. Desde esta perspectiva ¿Cómo quedó formulado el sistema de salud en Colombia, cuáles son los lugares de adquisición del derecho a la salud, cómo está ordenado el acceso a esta?

1.3 Algunos sistemas de salud en el contexto internacional

Antes de abordar la forma como está constituido el sistema de salud colombiano –como quedó definido y articulado a partir de la Ley 100 de 1993- es preciso observar algunos modelos de sistemas de salud como ejemplo de otros perfiles que éstos han tomado en diferentes lugares del mundo. Para ello se tendrá en cuenta una de las recomendaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como organismo especializado en los temas de promoción, prevención y atención en salud mundial, pues es necesario puntualizar que la OMS también ha tenido incidencia en la modelación de las estructuras sanitarias mundiales y en Colombia específicamente.

Para el año 2010 la OMS lanza su informe sobre la salud en el mundo en el cual destaca la idea de la “financiación” para la salud para lograr la universalización de la misma, es decir que desde los países más pobres hasta los más ricos se ofreciera un servicio de salud para todos y cada uno de sus habitantes sin distinción de ninguna clase, así

La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio(económico sostenido. Así lo reconocieron hace más de 30 años los firmantes de la Declaración de Alma-Ata, Kazajstán, quienes señalaron que la Salud para Todos contribuiría a mejorar tanto la calidad de vida como la paz y la seguridad en el mundo (Evans, Elovainio, & Humphreys, 2010)

Puede notarse que la idea de la universalización de la salud de la OMS está cruzada por el componente de “desarrollo socio-económico” que indica la necesidad de convergencia del bienestar humano desde la salud hacia los aspectos económicos más generales, es decir, que algo tan esencial en el ser humano como su salud debe estar inmerso en la red de las relaciones económicas que campean en el mundo, ya sea como motor del crecimiento económico pues mantiene a la mano de obra saludable o como indicador de desarrollo de un país. Es más, para la OMS es de vital importancia que la salud llegue a todos, que no existan vacíos en la asistencia, por lo tanto los países miembros de esta organización se comprometieron a “desarrollar sistemas de financiación sanitaria, de manera que todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras al pagar por ellos” (Evans et al., 2010).

La ruta que invita a seguir la OMS es la siguiente: “el camino hacia la cobertura universal se vuelve relativamente simple, al menos sobre el papel. Los países deben recaudar los fondos suficientes, disminuir la dependencia de los pagos directos para financiar los servicios y mejorar la eficiencia y la equidad” (Evans et al., 2010). De lo cual se desprende que la salud debe ser financiada a partir de la recaudación de fondos propios de una nación –aunque se precisa señalar que la misma OMS reconoce que ningún país, por más rico que sea, ha llegado a tener los capitales suficientes para satisfacer las demandas de salud de todos y todas sus habitantes (Evans et al., 2010, p. 9)-, también se debe evitar la “dependencia” de lo que en Colombia se llamaría “pagos de bolsillo”, es decir, la capacidad de las personas de pagar individualmente cualquier requerimiento en salud sin dar, a partir de allí, ningún subsidio a aquellos que no puedan hacer tales pagos.

Teniendo esto en cuenta, se puede poner como ejemplo de sistema de salud eficiente el caso alemán el cual fue el primer país en poner en marcha –entrada la década de los 90’- un sistema “nacional” de aseguramiento social basado en la financiación solidaria, quiere decir esto que en Alemania se financia la salud a partir del apoyo entre los diferentes grupos

sociales o dicho de otra manera: los ricos financian a los pobres pero sin necesidad de estratificar a la población o de distinguir escalas sociales, por lo tanto en Alemania son características “la constante ampliación de la cobertura, la expansión de la cantidad de beneficios y, lo que es más importante, la reducción de la estratificación de acceso basada en el criterio ocupacional, fortaleciendo el principio de la solidaridad como mecanismo redistributivo” (Mafort & Fleury, 2005).

Otro ejemplo interesante, pero en el continente americano, es el brasilero en donde la afiliación a la salud del 75% de sus habitantes la hace el Estado mientras que el 25% restante se hace por fondos privados. De esta manera, el sistema de salud brasilero

presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones federales, estatales y municipales, así como en establecimientos privados. Con el apoyo técnico y financiero de los niveles estatal y federal, cada municipio se encarga de proveer atención a su población o de referir a los usuarios a otros municipios. Existen otras instancias públicas que proveen servicios de salud: los hospitales universitarios y las unidades del Ministerio de Educación y las Fuerzas Armadas (Becerril, Medina, & Aquino, 2011, p. p. 123).

Además, el sistema de salud brasilero (Sistema Único de Salud –SUS), como institución pública, tiene el deber de controlar el 25% restante privado y, en algunos casos, lleva a cabo contratos con este por medio de pagos por servicio (Becerril et al., 2011, p. p. 123).

En el caso de México se tiene una división del sistema de salud en dos sectores, público y privado, sin embargo dentro del sector público existe una subdivisión entre varias instituciones de seguridad social como Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el instituto que cubre a los trabajadores del sector hidrocarburos –PEMEX-, a los de la Secretaría de Defensa y los institutos que cubren la seguridad social de la población no afiliada (D. O. Gómez et al., 2011, p. p. 224). Mientras que el sector privado está compuesto por corporaciones aseguradoras y prestadores de servicios que se encuentran en clínicas y hospitales privados (D. O. Gómez et al., 2011). Lo interesante aquí es la estratificación de la población, la segmentación que realizan entre trabajadores del Estado y sus familias, los independientes, los desempleados y las personas con altos ingresos.

En el caso del sistema de salud en Colombia la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República, 1993) formalizó una nueva estrategia para el aseguramiento en salud, dividiéndolo en cuatro niveles partiendo del sector financiador que se alimenta de los recursos obtenidos de los empleados y empleadores que pagan por su salud, éstos pertenecen al Régimen Contributivo, a la vez estos recaudos, junto con otros recaudos fiscales, subsidian a los no empleados quienes forman parte del Régimen Subsidiado. Otro sector es el administrador, las Empresas Promotoras de Salud (EPS, públicas o privadas) que tienen por objetivo afiliar a la población y recaudar sus cotizaciones de salud que pueden provenir de cualquiera de los dos regímenes; así mismo las EPS se encargan de contratar al otro sector del sistema que son las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) las cuales trabajan en la asistencia directa de los usuarios. Por último, se encuentra el sector que regula el sistema encabezado por el Ministerio de Protección Social el cual formula las políticas para todo el sistema (Guerrero et al., 2011; Riveros Pérez & Amado González, 2012).

Se pueden apreciar las marcadas diferencias entre algunos sistemas de salud internacional y el sistema colombiano, pues al ser un país con “bajos ingresos”, Colombia necesitó financiar este sector de manera más abierta, recurriendo a su privatización casi por completo, en donde ni siquiera los sectores de trabajadores estatales quedaron favorecidos por los fondos públicos, ejemplo de ello es la liquidación del Instituto de Seguros Sociales en los 90’ que tenía por objetivo velar por el aseguramiento de los y las colombianas con dineros del fisco. Ahora bien, bajo estas condiciones económicas que empezaban a formalizarse en el terreno de la salud con la apertura económica y la globalización de los mercados, se precisa mostrar algunas características de la profesión de enfermería y del cuidado en tanto que, como profesión sanitaria, estuvo marcada por los cambios estructurales que se irían gestando en los niveles social y económico en la Colombia de final de siglo.

1.4 Características generales de la profesión de enfermería y su fuerza de trabajo

La enfermería como profesión de la salud debe su importancia al desarrollo de la teoría como punto de anclaje de su práctica, su investigación, su enseñanza y su posicionamiento en la estructura profesional y disciplinar de las ciencias de la salud: “los trabajos teóricos enfermeros representan las ideas más generales y las presentaciones más sistemáticas del

conocimiento enfermero; por tanto, los trabajos teóricos enfermeros son cruciales para el futuro, tanto de la disciplina como de la profesión de la enfermería” (Marriner & Raile, 2007, p. 8).

El recorrido histórico de la teoría de la enfermería, desde el inicio de su práctica con un fundamento totalmente empírico y su transformación en una práctica basada en la teoría resultado de la investigación y la docencia, sugieren un proceso de teorización sistemática en este campo del conocimiento debido a la formalización de la ciencia a partir de un cuerpo sustantivo de conocimientos que orientan su aplicación, así “la importancia de las conceptualizaciones enfermeras del proceso enfermero y del papel de un marco conceptual en el diseño de la investigación para producir ciencia” (Marriner & Raile, 2007, p. 9) han sido el camino recorrido de una actividad que involucra la intervención en el cuerpo humano.

De esta manera, pueden distinguirse cinco momentos en la evolución de la profesión, desde sus **orígenes** con un fuerte énfasis en la práctica de manos de Nightingale y el colectivo de mujeres que atendió los heridos de la Guerra de Crimea (Lopes & dos Santos, 2010), apoyándose en los procesos empíricos de observar y controlar el entorno (aunque no se dejó mucho formalmente escrito); posteriormente se tiene la **“etapa del currículo”** donde se hizo énfasis en los requisitos académicos que los estudiantes candidatos a enfermeros debían estudiar. A mediados de la década de 1930 del siglo XX se estandarizó el currículo que debían estudiar los aspirantes; a este periodo de desarrollo de la educación enfermera le sigue la etapa de **“investigación”** que inculcó en los estudiantes y profesores las bases para investigar y fortalecer los procesos educativos, a lo que siguió la fase de la **educación superior** y por último la **etapa de la teoría** que formalizó lo que hoy se conoce como ciencia de la enfermería (Marriner & Raile, 2007; Purnell, 2007).

La evolución de la teoría de la enfermería está marcada por una gran cantidad de especulaciones filosóficas, concepciones generales y construcciones elementales que acompañan la teoría y la práctica diaria, así se tiene por ejemplo “Filosofías” como las de Nightingale, Watson o Ray; “Modelos conceptuales y grandes teorías”, como por ejemplo las de Levine, Rogers u Orem; “Teorías” como las de Orlando, Leininger o Newman; y por

último “Teorías de enfermería de nivel medio” como por ejemplo Mercer, Mishel o Reed (Marriner & Raile, 2007, p. 7).

Ahora bien, el concepto de cuidado adquiere diferentes matices dentro de este gran número de apreciaciones teóricas de enfermería, sin embargo, todos parecen converger en que es este concepto central a la profesión y que, fundamentalmente, representa las diferentes prácticas y actividades que se encaminan a asegurar la supervivencia de las personas a lo largo de sus vidas (Castrillón et al., 1999; M. Durán, 2001; Kérrouac, 2001-2002; Marriner & Raile, 2007; Purnell, 2007). No obstante, la enfermería como profesión en Colombia ha sufrido los embates del modelo del sistema de salud y, por lo tanto, el cuidado también se ha visto transformado en este proceso, lo que lleva a la pregunta sobre cómo ha sido el desarrollo laboral de la enfermería en el contexto de las nuevas formas económicas, es decir cómo se ha manifestado el cuidado como actividad profesional (en donde, por brindar un servicio a la sociedad se recibe una remuneración) dentro de los procesos de apertura económica y globalización de las economías.

1.4.1 El trabajo o la fuerza laboral de enfermería

El compromiso social de la práctica de la enfermería es con el cuidado de la vida y la salud de las personas, obliga, entonces, tener en cuenta lo referentes socio-económicos para comprender la naturaleza de los problemas y para valorar la dimensión ética que debe orientar un procedimiento de desarrollo para dicha práctica. Por lo tanto, es necesario observar con detenimiento las consecuencias que la reforma al sector salud en Colombia tuvo sobre los procesos labores de enfermería, dado que afectaron y afectan la actividad misma, así se tiene que

Las repercusiones de las reformas del sector salud en los trabajadores difieren según el país; pero, en términos generales, las mujeres se han visto más afectadas que los hombres, y aquellas concentradas en los servicios de salud y educación son más vulnerables a los recortes impuestos a estos sectores dentro del contexto global, ya que los procesos de reforma acompañados de reducción del gasto suelen combinar medidas de flexibilización laboral, como despidos obligatorios por exceso de personal, congelación de vacantes, sustitución de empleos de tiempo completo por empleos de tiempo parcial, jubilación anticipada y otros programas voluntarios de reducción de personal, congelación de la contratación, readaptación profesional y

otros métodos, que profundizan la informalidad de las relaciones laborales (A. Velandia Mora, 2011, p. 69)

De tal suerte que, en Colombia, cuando se empezaron a implementar las políticas y las leyes de privatización de la salud (Ley 100 de 1993), los organismos de atención pública como los hospitales entraron en crisis económica, debido, entre otras cosas, a la competencia que generaban las instituciones privadas, lo que ocasionó despidos masivos y pauperización de la población (S. Malvárez & Castrillón, 2005). Esta crisis del sector desencadenó una serie de dificultades propias del ámbito laboral en el sistema de la salud, pues los cambios también introdujeron tensiones en las leyes laborales como la flexibilización e informalidad de los contratos de trabajo (la flexibilidad laboral se presenta a través de los contratos comerciales con empresas temporales, cooperativas de trabajo asociado y contratos de prestación de servicios; además de la utilización de contratos laborales a término fijo).

Ahora bien, para entender cómo está diseñado el “panorama” de las actividades laborales de enfermería en Colombia es preciso comprender que este nuevo ordenamiento se configuró a través de un esquema y una lógica mayor que sacudió al país a comienzos de la década del 90'. En este contexto la enfermería en Colombia mostró desde la década de 1990 una pérdida gradual de garantías profesionales, pues sus contratos laborales se hicieron provisionales, además no había posibilidad de desarrollo profesional (Velandia, 2002) dada la homogenización a la que fueron sometidas las profesionales: las enfermeras que tenían estudios de posgrado, antes de la Ley 100 del 1993, gozaban de salarios diferenciados a las enfermeras que sólo tenían el pregrado, no obstante, con la entrada de la Ley 100, a todas las enfermeras con posgrado y pregrado les igualaron el sueldo, ya no había diferencia salarial (Velandia, 2002).

1.5 El trabajo del cuidar: aproximación social del cuidado

El cuidado es una categoría que se sitúa en los estudios feministas del trabajo (L. G. Arango, 2011), desde allí se reflexiona acerca de la división sexual del trabajo, el trabajo reproductivo, el trabajo doméstico y el trabajo de reproducción social, enmarcadas todas dentro de la economía del cuidado (L. Arango & Molinier, 2011). De otra parte, la ética del cuidado fue elaborada por Carol Gilligan como una reflexión crítica a los postulados del

psicólogo estadounidense Lawrence Kohlberg (Gilligan, 1982), pues la psicóloga feminista da cuenta que las mujeres poseen una forma particular de “resolver dilemas éticos” que se diferencia de las posiciones masculinas en donde prima la universalidad del pensamiento, la lógica y la formulación de normas, aspectos que destaca Kohlberg respecto a lo masculino y es desde aquella posición ética que se empieza a matizar la reflexión sobre el trabajo (Molinier, 2011).

Por un lado, para las feministas, el trabajo del cuidado representa una especie de economía análoga y subyacente a la economía tradicional que asegura la reproducción de la mano de obra futura, teniendo por principio la apropiación del trabajo doméstico y reproductivo, pero que está atada a la “explotación” de las condiciones materiales de vida (L. G. Arango, 2011). En este sentido puede entenderse, por ejemplo, el trabajo de cuidados que realizan las madres, pues la importancia que adquiere este “primer” cuidado no es tenido en cuenta por la economía formal, el papel de cuidadora de una madre representa la base de la cadena productiva en tanto mantiene la vida de los niños que se convertirán en los obreros futuros. Así pues, el cuidado es una actividad entendida como “la preocupación por los demás” enfocada a satisfacer necesidades particulares (L. G. Arango, 2011, p. 19).

Esta preocupación por los demás parece una actividad invisibilizada o desvalorizada por las formas estructurales que dividen el trabajo en una sociedad, es decir, que el cuidar como actividad (pagada o no) socialmente necesaria no tiene una carga significativa dentro del entramado de relaciones de trabajo, por ello adquiere “potencial político” (Paperman, 2011), en tanto está por fuera de las tradiciones de pensamiento hegemónicas que fraccionan las labores sociales. El cuidar, entonces, es un oficio que tiene por objetivo mantener la vida, sostenerla, sin embargo resulta desatendida por los esquemas sociales institucionalizados por los modos y prácticas históricamente dados.

Se tiene, entonces, que el cuidar a otros es una actividad, un oficio, un trabajo que se esfuerza por construir sus propias normas y principios enmarcados en un saber que se adquiere por la experiencia, sin embargo es por el lado de su teorización que no alcanza a posicionarse como un conocimiento válido, dado que se considera al cuidado como una práctica sostenida por el amor, la vocación y, por tanto, no obtendría el valor requerido – dentro de las estructuras de pensamiento tradicionales y hegemonías científicas- de ser un

conocimiento estricto en tanto se sitúa dentro de una de las facultades secundarias o, en términos de Marcuse, dominadas por la razón filosóficamente fundada, esta es la estética, entendida como perteneciente a los sentidos y al arte (Marcuse, 1969).

La razón, como facultad mayor del ser humano, convierte a la sensibilidad, a la sensualidad y a la experiencia del Eros en facultades secundarias, el conocimiento adquirido por estas debe ser algo que permita el goce pero no es un conocimiento válido o verosímil, entonces el cuidar a otros (ya sea bajo los principios biomédicos que utiliza la enfermería o bajo las reglas del hogar), como se ha entendido siendo un elemento natural a la mujer, es una práctica que implica valores como la misericordia (entendida como poner el corazón en la miseria) (Arango Bayer, 2013), la compasión y una experiencia sensible propia de lo femenino.

Para la psicóloga francesa Pascale Molinier¹⁹ la ética del cuidado tuvo un papel predominante en la crítica feminista de los 60' en lo referente a la división del trabajo por sexos, ella destaca la crítica a las posiciones privado/público y amor/trabajo (Molinier, 2011). La ética del cuidado muestra que, más que fijar normas a partir de la razón universalmente válida propia de la tradición filosófica occidental, el cuidado es una tendencia a “comprender los problemas”, es una posición contextual, cuidar –visto desde esta perspectiva- es “hacer algo, producir un determinado trabajo que participe directamente del mantenimiento o de la preservación de la vida del otro, es ayudarlo o asistirlo en las necesidades primordiales como comer, asearse, descansar, dormir, sentir seguridad y dedicarse a sus propios intereses” (Molinier, 2011, p. 49).

Visto así, este trabajo pertenecería a la esfera de lo privado, de lo doméstico, pues surge de las prácticas cotidianas de las mujeres-madres y se hace sin ningún tipo de saber teórico, todo lo contrario, su quehacer es una experiencia adquirida y rutinizada, en consecuencia no podría catalogarse como un trabajo, pues no implica la producción de valores de uso y de cambio. Por lo tanto, es una experiencia que se basa en el amor a los hijos, indefensos y dependientes, es una práctica de los sentimientos, las estéticas y las éticas de la compasión

¹⁹ Psicóloga y profesora francesa. Se formó en la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales (EHESS por sus siglas en francés) y ha desarrollado parte de su actividad académica enfocada en la “psicodinámica del trabajo” (L. Arango & Molinier, 2011).

y la sumisión. Así pues, el amor “justifica”, somete la relación de cuidado en el hogar, no obstante ¿qué pasa con el trabajo asalariado del cuidado? ¿También se somete al amor? Para la psicóloga francesa el trabajo de cuidados “define conjuntamente ciertas actividades, así como la inteligencia movilizada para su realización” (Molinier, 2011, p. 47), es decir que existe una utilidad del trabajo de cuidados, es un trabajo que tiene un valor socialmente invisibilizado por las cargas de valor de otras responsabilidades diferenciadas y jerarquizadas por las estructuras masculinas de organización social.

En vista de ello, el trabajo de cuidados es una posición social “subalterna”:

Las actividades de cuidado son, en su mayoría, realizadas por mujeres. Desde el punto de vista psicoanalítico, se considera que las diferencias psíquicas entre los hombres y las mujeres se originan en una edad temprana de su psicosexualidad, y por lo tanto muy anterior al encuentro con el trabajo (...) Se sobreentiende que esta es la prolongación social de estas diferencias psíquicas y así se justifica. Esta concepción, esencializante de la división sexual del trabajo, existe también en sociología (por ejemplo, el funcionalismo de Parsons). Sin duda se deberían corregir las injusticias sociales, pero no se podría abolir la división sexual del trabajo: al ofrecerse tareas diferentes a los hombres y a las mujeres, se estaría en resonancia simbólica con sus orientaciones diferenciadas en materia de realización de sí. Las mujeres serían “hechas” para cuidar. (Molinier, 2011, p. 46)

Por las supuestas diferencias psicosexuales entre hombres y mujeres se deben asignar, en ese orden, los trabajos y las experiencias propias de cada sexo. Esto explica, de cierta forma, que el cuidado como oficio (pagado o no) esté sometido a la lógica de dominio, pues en “esencia” sólo las mujeres están “hechas” para cuidar, mientras los hombres para ejercer trabajos socialmente productivos. Así pues, la tendencia a comprender los problemas más que a establecer normas, la posición de la mujer en el ámbito privado y el “servicio” que presta una enfermera, por ejemplo, están sometidos a la repartición desigual de lo que se considera trabajo, por lo tanto, la posición de las mujeres cuidadoras es subalterno a la hegemonía, control y dominio masculino²⁰.

²⁰ Es preciso aclarar en este punto que el oficio del cuidar que ejerce la enfermería no necesariamente implica la reproducción de afectos y sensibilidades propias de una madre cuidadora, pues la enfermería involucra procesos de síntesis objetivadoras de la salud y la enfermedad, lo que conlleva a observar al ser humano como un objeto de conocimiento y no tanto como un sujeto de afectos.

La subalternidad o subordinación del trabajo de cuidado muestra la estratificación jerárquica de las mujeres respecto a los hombres y, en términos gramscianos, un cierto despojo “relativo” de la subjetividad por medio de tal subordinación (Sacristán, 2013). Esto significa que la mujer que cuida y que se “gana la vida” con ello pierde un poco de sí misma mientras está por debajo de otras experiencias y trabajos más valorizados que ejecutan los hombres, por lo tanto, la tendencia a comprender los problemas (como posición ética) es un efecto “de una posición social subalterna” (Molinier, 2011).

2 Discursos de cuidado en enfermería

El objetivo de este capítulo es analizar los discursos de cuidado enfermero que se presentan en el contexto de un país que abandonó un esquema protector de su economía para convertirse en un Estado regulador de las economías privadas y extranjeras en su propio territorio. La idea que se pretende mostrar aquí es que esta transformación profunda de la estructura socioeconómica colombiana incidió en la profesión de enfermería y en su eje teórico-práctico principal, el cuidado. Esto se mostrará a través de las voces de los actores involucrados en la investigación con una frecuente contrastación con algunas claves teóricas que estudian lo social y, por supuesto, la enfermería.

Un primer momento de análisis consistirá en identificar cómo el modelo biomédico fue el derrotero de estudio y práctica profesional de enfermería antes de la llegada de la apertura económica; luego, se observará el tiempo de transición y reacomodación de discursos enfermeros sobre el cuidado cuando el gobierno colombiano de comienzos de los 90' acepta y promueve las condiciones económicas que se originan desde los organismos internacionales y, por último, se presentarán los avances, las dificultades, tensiones y quiebres que se viven hoy en las acciones de cuidado después de un poco más 20 años bajo el modelo de economía abierta.

2.1 Visiones del cuidado, su pasado y su presente

El cuidado y más exactamente el cuidado de enfermería no es una noción aislada de los procesos sociales que construyen la realidad, es decir, el cuidado no es un fenómeno incomunicado de otros hechos y cerrado a sus propios desarrollos teóricos y prácticos, sino que en él pueden leerse múltiples factores sociales interconectados, situados y definidos por el contexto de la salud, de la familia, de la ética, de la política y, en fin, del “mundo de la vida”, en donde se expresan las relaciones sociales más básicas, como el cuidado de una madre a su hijo, hasta las más complejas, como en el cuidado hospitalario dado a través de la tecnología.

Los discursos de cuidado enfermero se encuentran relacionados con concepciones de ciencia (desde las ciencias médicas hasta las ciencias sociales y humanas) de tecnología, con cierta disposición religiosa, cultural, con una posición epistemológica determinada, con

una forma de concebir el mundo, pero, y en último término, se puede dar cuenta que el cuidado enfermero, sus significados y sentidos, está atravesado irremediablemente por los procesos económicos que se han adelantado en la Colombia “moderna” de finales del siglo XX.

De la misma manera, y antes de abordar el análisis propuesto más arriba, se precisa observar que el significado del cuidado dentro de la profesión nunca ha sido estático o lineal, es decir que siempre ha tenido umbrales de interpretación y reinterpretación asociadas con la evolución de sus teorías, con los modelos de atención en salud y con el desarrollo del conocimiento científico en general, pues la enfermería se alimenta de los saberes biomédicos, sociales y humanistas a su alcance. Por lo tanto, aunque la enfermería como profesión cuidadora ha tenido un papel importante dentro del entramado sanitario nunca ha tenido univocidad en el significado de su concepto principal. No obstante, la noción de cuidado tiene una forma específica de presentarse en los diferentes procesos sociales que revisten su accionar, es decir que el cuidado tiene una tendencia a la univocidad en su significado, en tanto que se entiende como uno de los ejes principales de la reproducción y producción social, pero adquiere diferentes matices de interpretación dependiendo de quién y dónde lo enuncie.

2.1.1 La enfermería sin cuidado y la hegemonía del discurso biomédico

El primer momento del discurso enfermero se destaca paralelamente con el estado de la economía colombiana protegida por el gobierno de Virgilio Barco (1986-1990), que va encontrando en él los primeros atisbos de “modernización”. De esta manera, para algunas profesoras entrevistadas para esta investigación y que obtuvieron su título de enfermeras antes de los 90’, tanto el currículo académico de enfermería como la actividad de cuidado en clínica estaba direccionada por el discurso biomédico del momento, es decir el modelo epistemológico positivista que utiliza el método experimental como acercamiento al fenómeno de la salud(enfermedad (Quevedo, 1996).

No era de discurso de cuidado como tal, como lo hay hoy en día que es dentro del metaparadigma de enfermería. La formación fue muy biomédica, de hecho el currículo que recibimos en ese momento fue muy biomédico y las asignaturas centrales de enfermería que hoy en día se llaman enfermería en salud pública, enfermería en cuidado perinatal, enfermería del paciente crónico, etc., no se

llamaban así, se llamaban igual que se llamaban en medicina que son pediatría, ginecología, medicina interna y demás y la estructura de la carrera igual, o sea la parte del primer año y medio o dos años era las ciencias básicas donde vimos pues todas las químicas, microbiologías, farmacologías (Profesora Escuela de Ciencias de la Salud Universidad del Rosario).

El enfoque biomédico de las ciencias de la salud y, en este caso, de la enfermería es una perspectiva epistemológica y metodológica que propende por un abordaje positivista (es decir, es una perspectiva que sólo acepta como genuino el conocimiento y la afirmación de hipótesis basadas en el método científico) del proceso salud-enfermedad, es decir, se enmarca dentro de las llamadas ciencias duras que estudian el cuerpo de una manera aislada de otros procesos como los que se encuadran dentro de la cultura y sociedad de una determinada población. Para el profesor Quevedo

El método experimental se ha conformado como el método por excelencia para estudiar el mundo físico y, en la medida en que las realidades biológicas atañen a fenómenos físico-químicos, lo es también para el estudio del funcionamiento de los cuerpos vivos. Esto hace que los médicos se aferren a él como tabla de salvación ante la imprecisión de los otros métodos actuales para el estudio de otras realidades del existir humano distintas de las puramente orgánico-animales. Pero, el reduccionismo físico de los fenómenos humanos mantiene la idea biologista de que el hombre es un saco de órganos, aunque ahora estos aparezcan como dispuestos por sistemas funcionales, y que la enfermedad es solamente una alteración de la estructura y de la función, debido a una causa externa o interna, las cuales (alteración y causa) deben modificarse solamente con métodos mecánicos o químicos (p. 14).

Este, podría decirse, es el modelo hegemónico de abordaje de la salud para la enfermería, que es, en últimas, el modelo de la medicina. Se trata del “biologicismo”, una tradición que pone el acento en las disposiciones de lo biológico, lo natural, observable, cuantificable y medible en y del cuerpo humano frente a sus procesos de salud y enfermedad, es decir, es un discurso preeminente y dominante que se establece desde los postulados epistemológicos empiristas del modelo experimental. Ahora bien, siguiendo la línea argumentativa del profesor Quevedo, se puede observar que el enfoque biológico es el camino que aún hoy sigue desarrollando la medicina, pues el método que se aplica parece infalible y, sumado a esto, para la enfermería y sus discursos, antes de la apertura

económica en Colombia, no había una concepción propia del cuidado enfermero, dado que el poder dominante del discurso hegemónico biomédico estaba establecido como marco teórico-conceptual del currículo de la carrera profesional, por lo que el determinismo biológico era el discurso imperante que regulaba la teoría y la práctica enfermera²¹.

A este respecto podría preguntarse ¿Cómo –en enfermería- son capaces los grupos dominantes de establecer, mantener y legitimar su poder, y qué recursos discursivos se despliegan en dicho dominio? Una forma de interpretar este predominio del discurso biologicista sobre las disposiciones teóricas de la enfermería puede hacerse en términos gramscianos como “dirección y consenso, más allá de la mera dominación (...)” (Giglioli, 1994, p. 259), como un cierto privilegio intelectual, una atracción que los representantes de la medicina “suscitan entre las otras capas de intelectuales” (Portelli, 1983, p. 71), pues, como bien explica la profesora de la Universidad del Rosario, la enfermería se estudiaba a partir de los presupuestos médicos y biológicos y no ya desde los mismos constructos teóricos de la profesión del cuidado²². Esta dominación de los discursos biomédicos se establece a partir de la incidencia de los saberes médicos que han experimentado sobre el cuerpo y han determinado las formas de apropiación de su conocimiento discriminando otros saberes y prácticas como las de enfermería, por tanto esta profesión se vio sometida a los dictámenes científico-técnicos de los gestores del grupo dominante haciendo de su quehacer un “ejercicio de las funciones subalternas de la hegemonía social” (Sacristán, 2013, p. 353).

²¹ Es preciso señalar aquí que no se está proponiendo un modelo de cuidado por cada uno de los esquemas económicos que campearon en Colombia en la década de los 80' y subsiguientes. Lo que se destaca es que en la década de los 80', cuando el esquema económico era proteccionista, no había un discurso enfermero basado en la teoría del cuidado, sino, por el contrario, la enfermería basaba su práctica en el modelo biomédico. De otra parte, entrada la década de los 90' –cuando el gobierno permitió la liberación económica- llegaron a Colombia los modelos de cuidado que se impartieron en la academia, no obstante, y después de la ley 100 de 1993, aún con los modelos de cuidado insertos en los currículos de enfermería, no se practican en el ámbito clínico, pues sigue dominando el modelo biologicista de la medicina.

²² Así como lo muestra la profesora entrevistada (UR), el desarrollo teórico, metodológico y práctico de la enfermería, finalizando los años 80' en Colombia, correspondía al mismo desarrollo de la medicina, se infiere, entonces, que el quehacer de enfermería no era sostenido por la estructura conceptual del cuidado. Paralelamente, para la profesora Ana Luisa Velandía Mora en la conferencia “La enfermería en Colombia. Análisis socio-histórico” ofrecida en el Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería en Lisboa (Octubre 2009), la enfermería, entre los años 1975 y 1990, en el sistema educativo del país tendió a jerarquizar los niveles enfermeros, así estaban las enfermeras licenciadas y especializadas, luego las ayudantes, promotoras y auxiliares de enfermería. Sin embargo, la historiadora de la enfermería no precisa en el contenido académico establecido para las enfermeras en sus distintos niveles de agrupamiento.

Lo que, en otros términos, podría interpretarse como la separación de acciones sobre el proceso salud-enfermedad, (es decir, la separación de las funciones del médico de las funciones que realiza enfermería) entre un grupo hegemónico con saberes y experticias muy determinadas, en este caso las médicas, frente otro grupo que alimentaba su ejercicio con los conocimientos debidos al primero, la enfermería, sin autonomía e independencia. En última instancia, aquí se trata de mostrar que las dos profesiones –la medicina y la enfermería- cumplen funciones diferentes en lo concerniente al proceso salud-enfermedad de las personas, no obstante, el conocimiento con el que trabaja la enfermería es el construido por la medicina y las ciencias a su servicio, por lo tanto, la enfermería hace un ejercicio de reproducción del conocimiento biomédico. En consecuencia, puede afirmarse que el predominio del discurso biológico y su método experimental sobre los procesos de salud y enfermedad se posicionó como modelo universalista en la atención sanitaria y, por lo mismo, las profesiones que acompañan y estudian el fenómeno de la salud quedaron situados en un campo de reproducción del conocimiento dominante, así la enfermería cumplía labores “subalternas”, de subordinación en la ejecución del acto médico²³. Esta dominación del discurso biológico y experimental sobre la salud y la enfermedad la ejemplifica una profesora informante de la siguiente manera:

Sí, hay algo, digamos, yo no fui formada en cuidado como cuidado, sí, como con lo que se dice ahora, yo fui formada pues de que éramos profesionales de enfermería y que atendíamos personas [...] la teoría de las necesidades de Betty Neuman²⁴, si de necesidades, entonces ese fue el enfoque por ejemplo con el que yo estudié, claro, no decíamos enfoque de cuidado sino la atención en enfermería era ver el problema del paciente, solo ver problemas y atender el problema, resolver el problema (Profesora Grupo de Cuidado Cultural Universidad Nacional).

Se entiende, entonces, que el grupo dominante es por excelencia el de la medicina y mantiene su poder y dominio sobre las restantes “ciencias de la salud” a través del discurso fundado en el método empírico de conocimiento de la realidad y, en específico, del cuerpo

²³ En la ponencia de la profesora Velandia Mora (2009) puede rastrearse todo el desarrollo histórico de la enfermería en Colombia. Allí, la historiadora de la enfermería, muestra cómo, desde el comienzo del s. XX, la enfermería siempre estuvo bajo la batuta de la medicina, de hecho, eran los médicos los que educaban a las mujeres para ser enfermeras, comadronas o parteras. Sólo hasta la entrada la década del 40’ fueron “instructoras” las encargadas de impartir los saberes enfermeros.

²⁴ Betty Neuman nació en 1924 en Lowell, Ohio. Enfermera pionera en Enfermería de salud mental y creo un modelo conceptual para la profesión: el Modelo de Sistemas (Marriner & Raile, 2007)

humano como objeto donde se hace medible y cuantificable el fenómeno biológico y físico. La herramienta discursiva que hace posible esta hegemonía es el proceso científico como construcción de conocimiento, dado que la disposición epistemológica que cruza el andamiaje científico se ocupa del proceso sobre la realidad como un hecho autónomo, libre de intereses políticos, económicos, culturales o sociales, dándole a la ciencia médica un estatus de objetividad y superioridad. Ahora bien, si se entiende que la medicina ejerce una relación de poder sobre las demás profesiones sanitarias y aún más sobre la enfermería a partir de su posicionamiento científico-objetivo ¿cómo se veía la enfermería sin tener a la mano el discurso de cuidado antes de los años 90' y estando atada al modelo biologicista?

Podemos encontrar una posible respuesta en la siguiente intervención de una enfermera clínica graduada de pregrado de la Universidad Nacional en el año 1986, en tanto que muestra su disposición al “trato” y atención al paciente y no preocupación por los determinantes externos al cuidado como la operatividad administrativa y los recursos económicos:

“Yo tengo una formación... yo hablo con la gente, o sea, yo tengo una formación muy clínica, muy de paciente, a mí me fascina, a mí no me gusta la parte administrativa yo prefiero mi paciente, prefiero el trato con mi paciente, entonces no, a pesar de los años cada día vengo con la mente pues abierta en la evolución, como que es lo mío, o sea a mí nadie me trae aquí obligada, ni la parte económica, no nada, a mí me gusta” (Enfermera Urgencias Hospital Universitario Méderi).

Otra enfermera profesional que trabaja en el mismo servicio de urgencias rectifica:

Porque es cuestión de vocación, no, es de vocación, de atención, de dar de uno, pero, pero sí falta (Enfermera Urgencias Hospital Universitario Méderi).

En estas referencias puede identificarse un elemento que es transversal al ejercicio de la enfermería: la “vocación”²⁵ hacia el paciente. Es importante resaltar aquí que la enfermería casi siempre ha estado relacionada con la religión, con algunos de sus valores morales y componentes altruistas, pero, y sobre todo, en Colombia se vivió de cerca la relación entre la

²⁵ La vocación puede entenderse como una disposición por la cual alguien se siente inclinado a seguir una carrera, por ejemplo. Es un “llamado” a cumplir una función u oficio que se muestra desinteresado por lo económico y se da de manera incondicional (Chuaqui-Kettlun, Bettancourt-Ortega, Leal-Román, & Aguirre-González, 2014)

enfermería y el mundo religioso hacia finales del siglo XIX, pues desde el punto de vista del fenómeno llamado “periodo radical”²⁶ era importante el progreso del país, por lo tanto se trajeron religiosas francesas que cumplieran una labor calificada en salud, que supieran sobre la organización de los hospitales y la atención a los enfermos (Gaitán, 1999). Así pues, la vocación o la inclinación a “servir” al otro bajo los principios de misericordia y compasión es un elemento que, pareciera, está inscrito en el desarrollo de la profesión en Colombia, dado que se enmarca en el proceso social que llevaron a cabo distintas y numerosas órdenes de monjas, pues se “encargaban del cuidado de pobres y enfermos” (Gaitán, 1999). Entonces, este “gusto” que evidencia la enfermera entrevistada sugiere un posicionamiento que se afilia con la fe cristiana, que muestra sus raíces en el avance de una generosidad y una aptitud religiosa frente a los sujetos sociales que se encuentran con algún grado de vulnerabilidad (Castro, 2008).

Llevando un poco más lejos la interpretación de la relación de poder que ejerce el discurso biomédico sobre la enfermería y cómo queda esta relegada a funciones subalternas –no obstante, sin prescindir de la evidente manifestación que la enfermería, desde sus orígenes, siempre ha sido subsidiaria de la medicina-, puede entenderse que en el ejercicio práctico de la enfermería subsiste el valor del servicio como un derrotero de acción, donde la relación con el paciente tenía implícito el carisma religioso y, en consecuencia, sus acciones quedaban dotas de una aureola de implicación a través de los presupuestos cristianos de caridad y generosidad hacia los necesitados, así “a medida que el Estado fue asumiendo la salud como un deber y un derecho ciudadano, la iglesia, inspirada en las enseñanzas de Jesucristo, apoyó sus iniciativas para la organización y administración de las instituciones de beneficencia” (Gaitán, 1999, p. 127). Indudablemente, esta tendencia religiosa y de servicio hacia los necesitados sugiere algún tipo de desprendimiento de las actitudes científicas y epistemológicas que gobiernan el discurso biomédico, pues no es de

²⁶ El “periodo radical” en Colombia fue un etapa donde gobernaron intelectuales e ideólogos que promovieron cambios sustanciales en las esferas política, económica y cultural. Esta fase de la política colombiana se dio entre 1863 y 1885 en la cual se vio que “hasta 1880 no había en el país sino liberales y conservadores. A partir de esta fecha el partido liberal, gobernante, se divide en dos grupos, uno encabezado por Núñez, partidario de hacer sustanciales reformas a la Constitución de 1863 y de darle un nuevo giro a ciertos aspectos de la política como las relaciones con la Iglesia, buscando para ello la colaboración de la opinión conservadora. Otro, el sector gobernante, que aceptando la posibilidad de hacer reformas a la Constitución defendía la gestión política y la obra de gobierno realizada por los liberales. Al primer grupo, al de Núñez, se le llamó «independiente». A los que estaban en el gobierno, alguien, no se sabe quién, les dio el nombre de «radicales».” (Jaramillo, 1982)

hoy el debate entre la ciencia y la fe y, desde el punto de vista crítico, podría decirse que el discurso teórico sobre el cuidado en enfermería se encontraba enajenado por el discurso religioso y de servicio hacia las personas vulneradas, observándose la subalternidad de la enfermería hacia la medicina profundizada por este “don” de servicio que pudo hacer de su posicionamiento algo frágil, de sumisión y, claramente, podría estar afectando la relación de la profesión con la teorización sobre el cuidado.

2.2 La modernización de la economía y la nueva teoría del cuidado

Ahora bien, en los albores de la década de los 90’ se presenta una coyuntura interesante en lo concerniente al conocimiento y la teoría de enfermería que podría catalogarse como un gran avance en sus posiciones teórico(discursivas, en sus visiones de cuidado, pues –y esto puede ser leído en forma de hipótesis, dado que no se encontró información la que apoye– gracias a la apertura económica los modelos de cuidado en enfermería que se construyeron en la década de los 50’ en Norte América llegaron a la academia colombiana, fomentando, en principio, toda una reacomodación del discurso enfermero frente a la salud y logrando un avance significativo frente a la hegemonía del modelo médico, así, como egresada del pregrado en enfermería de la Universidad Nacional en los comienzos de los 90’, una profesora asegura:

No, no había discurso de cuidado, nosotros recibimos en el primer semestre una parte de investigación como tal, desde el punto de vista como cualitativo pero no, nosotros no profundizamos en teorías de enfermería, teóricos de enfermería, yo que me acuerde ni historia de la enfermería, era una cosa biomédica. Uno viene a enterarse del discurso del cuidado cuando yo empecé a interactuar con enfermeras que después fueron profesoras que yo había conocido en el rural y que luego fueron a ser allá profesoras y cuando convocaban a concursos para vincular nuevas docentes entonces ellas me preparaban digámoslo entre comillas y me decían “ojo que el discurso ahora es este [...] Eso fue en el año...pues...me empecé a interesar en la Universidad Nacional...eso fue en el año 98(99, más o menos, o sea 10 años después de graduada” (Profesora Escuela de Ciencias de la Salud Universidad del Rosario).

Puede interpretarse, entonces, que fue gracias a las acciones de “modernización” de la economía colombiana, a la apertura a los mercados internacionales y a la llegada más

intensa de capital extranjero al país que la enfermería conoció los conceptos, los modelos y filosofías del cuidado como eje principal de su quehacer, porque fue en el transcurso de la década de los 90' que, según la informante, se empieza a transformar el discurso predominantemente biomédico que guiaba el ejercicio de enfermería por la llegada de las construcciones teóricas sobre el cuidado. Lo que parece curioso en este punto es que la estructura económica no se manifiesta como un fenómeno contraproducente o contrario a los intereses de la profesión del cuidado, el “avance” económico, de hecho, favoreció el posicionamiento del discurso enfermero -pues permitió enriquecer la teoría de enfermería del cuidado sustrayéndose al saber dominante biologicista, la enfermería empezó a concebir al ser humano como un ser holístico, en donde las dimensiones sociales, culturales y psíquicas fueron posicionadas como parte del discurso de cuidado (Gunther, 2007), por lo menos en lo que toca al ejercicio académico, pues es allí donde parece encontrarse una cierta autonomía argumentativa y profesional sobre el cuidado frente al discurso oficial de la biomedicina.

Para dilucidar este punto, se mostrarán sucintamente algunas teorías del cuidado enfermero y sus principales representantes que llegaron a Colombia para ser estudiadas, reproducidas y apropiadas por la academia, esto con el fin de entender de qué habla el cuidado cuando se enuncia desde la enfermería. Estas visiones del cuidado surgen con los trabajos desarrollados por las principales representantes de la teoría enfermera desde comienzos del siglo XX. Así, por ejemplo, para Hildegard E. Peplau²⁷ el cuidado de enfermería debía mostrar, en la relación con los pacientes, cuatro “fases” fundamentales: “orientación, identificación, explotación [y] resolución” (Marriner & Raile, 2007, p. 54) , enfocadas a la realización de una teoría de “relaciones interpersonales” que permitiera a la enfermera relacionarse con los pacientes de una manera directa, dado que existe una orientación hacia ellos, una identificación de sus problemas de salud, una explotación de los recursos enfermeros para llegar, finalmente, a solucionar los problemas de salud desde la perspectiva del cuidado.

²⁷ Peplau (Vanegas et al.) fue una enfermera estadounidense que hizo contribuciones a la formalización de la enfermería como profesión. Su especialidad fue la enfermería psiquiátrica y aportó a estandarizar la profesión por medio de la acreditación por medio de credenciales a las futuras enfermeras (Marriner & Raile, 2007).

Para Virginia Henderson²⁸ en la relación de cuidado el paciente debía ser considerado como “un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia” (Marriner & Raile, 2007, p. 54), por lo tanto la enfermería debía ser una “síntesis de muchas influencias” como la biología, la fisiología y la psicología. De otra parte, se encuentra Faye Glenn Abdellah²⁹ quien sostuvo que la relación de cuidado con los pacientes tenía que basarse en la “resolución de problemas”, pues “es el vehículo para perfilar los problemas de enfermería (del paciente) a medida que el paciente se desplaza hacia un estado de salud óptimo” (Marriner & Raile, 2007, p. 56). Sin embargo, es preciso destacar aquí que el cuidado no tiene un enfoque único, pues como apunta una de las informantes de esta investigación, el cuidado

“depende de la perspectiva que uno tenga, entonces el cuidado es la forma como uno aborda el cuidado de la vida, el cuidado digamos para nosotras las enfermeras, el cuidado de la salud de los seres humanos” (Profesora Grupo de Cuidado Cultural Universidad Nacional).

Estas perspectivas del cuidado, que dependen de la manera en que se afronta la vida vulnerada por la enfermedad, también obedecen a las diferentes concepciones de “persona” o de ser humano y de las maneras en que se conciba el fenómeno salud-enfermedad, porque, en palabras de la profesora de la Universidad Nacional:

“Entonces ¿Cómo aborda la persona? Si tú la abor das desde el punto de vista físico, no más, pues habrá unas teorías que son reactivas, donde dice (Penagos-Carreño) para el dolor, es como el enfoque médico, entonces la persona tiene un dolor, póngale un analgésico” (Profesora Grupo de Cuidado Cultural Universidad Nacional).

Se podrían seguir nombrando muchas teóricas de la enfermería que han postulado diferentes formas de asumir el cuidado dentro de la profesión³⁰ y que han tenido una gran importancia histórica (Marriner & Raile, 2007), sin embargo lo importante en este punto es mostrar el

²⁸ Henderson (Estados Unidos, 1897-1996) fue una teorizadora de enfermería que sostuvo la independencia de la profesión frente a la medicina (Marriner & Raile, 2007).

²⁹ Abdellah (Estados Unidos, 1919-presente) fue la primera mujer enfermera en ser la Jefe del Servicio de Salud Pública de Estos Unidos (Marriner & Raile, 2007).

³⁰ Se tiene, por ejemplo, a Ernestine Wiedenbach (1900-1996), a Lydia Hall (1906-1969), a Joyce Travelbee (1926-1973), a Kathryn E. Barnard (1938-presente), a Evelyn Adam (1929-presente), a Nancy Roper (García), etc.

momento de transición del modelo dominante en atención en salud que practica la enfermería al momento de transformación del modelo hacia el cuidado. Se puede deducir que gracias a las acciones encaminadas a modernizar el modelo económico del país y al hecho de que se permitiera la entrada de más capitales extranjeros, también se motivó la “importación” del conocimiento enfermero sobre el cuidado, reduciendo un poco, tal vez, la incidencia del modelo hegemónico biomédico sobre el campo de la salud.

No obstante, es preciso señalar aquí que, como se verá más adelante, a pesar de la llegada del conocimiento experto en enfermería en los años 90’, tanto los discursos como las prácticas de cuidado se ven determinadas y constreñidas por el mismo modelo que permitió su arribo, es decir, si en un primer momento, antes de 1990, la enfermería basaba su quehacer en el conocimiento legado por la medicina, después, mientras que el país transformaba su economía, el conocimiento propio del cuidado se instauró en la academia nacional, por último, se puede interpretar que el sistema social que permitió la apropiación de conocimiento enfermero lo situó por fuera del ejercicio técnico y práctico dentro del ámbito clínico.

En este punto, sin embargo, es necesario mostrar otra visión de cuidado que engloba los presupuestos de cuidado enfermero presentados hasta ahora, dado que recoge una posición y una “agencia” frente a los determinantes sociales que obligan y constriñen a la mujer. Para abordar este punto se debe tener en mente que la profesión de enfermería está constituida en su gran mayoría por mujeres, tanto así que podría considerarse como una profesión eminentemente femenina. Esta visión de cuidado que se presentará a continuación puede considerarse como una “alternativa funcional” a la hegemonía biomédica del abordaje al proceso salud-enfermedad, ya que es una perspectiva emergente dentro del entramado de relaciones de poder que se dan entre hombres y mujeres y, por supuesto, entre el médico y la enfermera.

Para presentar esta discusión se empezará con un pasaje de la conversación sostenida con una enfermera, profesora de la U.D.C.A, que hace la siguiente reflexión sobre el cuidado:

“La vida es un modo de realidad, es una realidad fáctica, tu estas vivo sí, yo estoy viva, eh los animales están vivos, el planeta está vivo, la vida es el punto de partida de todo lo que nosotros deberíamos hacer, deberíamos pensar y hacia donde nos

deberíamos proyectar. Para que esa vida se sostenga, se mantenga, cierto y se potencie necesitamos de cuidarnos, yo necesito cuidar de ti y tu necesitas cuidar de mí, yo necesito cuidar de todo mi entorno natural, animal ¿por qué? porque como la vida es un, digamos que es un principio pero es que es nuestra realidad y frente a esa realidad tenemos que tener un compromiso una implicación. O sea yo tengo que estar implicada y comprometida con la vida, para que esa vida se sostenga, se mantenga y se potencie yo necesito comprometerme contigo, yo necesito darme contigo y tú necesitas darte conmigo y con todo lo que hacemos” (Profesora U.D.C.A).

Esta perspectiva del cuidado, donde se pone a la vida como principio que debería proyectarse hacia toda la actividad humana, hunde sus raíces en la noción de cuidado que nace de las corrientes feministas que lo estudian socialmente, dado que estas “han señalado el conjunto de actividades necesarias para la supervivencia básica de las personas –comer, descansar o asearse, entre otras- como campo específico de conocimiento de la realidad” (Tobío, Agulló, Gómez, & Martín, 2010, p. 11). De tal manera, el cuidado de enfermería contiene una carga social importante, pues hacia donde tienden sus acciones es al mantenimiento de la vida y esto se efectúa a través del conocimiento empírico biomédico, sin lugar a dudas, pero también se hace a partir de un conocimiento holístico de la vida, es decir que la enfermería sostiene la vida por medio de saberes enmarcados en el estudio de lo social, de la cultura y de la psicología, entre otras (Kérrouac, 2001(2002).

Para los estudios sociales del cuidado este término se define como una “herramienta intelectual que identifica y describe las diversas actividades y prácticas sociales encaminadas a asegurar la supervivencia básica de las personas a lo largo de la vida” (Tobío et al., 2010, p. 19). Esta noción se inscribe dentro del gran número de modelos y filosofías del cuidado que arribaron a Colombia con la apertura económica y se muestra como una función social dentro del mismo entramado de relaciones económicas y sociales, dada la carga de significado que se relaciona y se deriva del oficio de cuidar en diferentes instancias intersubjetivas, por ejemplo el ejercicio del cuidar dentro de un grupo específico como los trabajadores, allí la mujer, la madre, se esfuerza por potenciar la vida de la futura mano de obra que sostiene la producción económica, entonces el cuidado es una acción que surge y se establece en el mundo social como una práctica inherente al ser vivo, así lo muestra la profesora de la U.D.C.A:

“Es una práctica cotidiana pero como se mueve en el espacio de lo privado a veces no tiene un reconocimiento en el espacio de lo público importante, o sea eso no logra reconocerse, si el cuidado fuera realmente una práctica que se reconoce, que se conoce socialmente, las enfermeras no ganarían un millón quinientos, si me entiende, ni la educadora de preescolar ganaría un salario mínimo, si, y las mujeres, la sociedad le pagaría a las mujeres toda la dedicación que ellas hacen al reproducir y mantener la fuerza de trabajo, tú sabes eso por teoría Marxista, el sistema capitalista se alimenta de la fuerza de trabajo, pero no le reconoce ni a las mujeres ni a la familia toda esa dedicación, entonces para mí el cuidado es una práctica marginal, necesaria, vital, invisible y marginal” (Profesora Salud pública y Comunitaria U.D.C.A).

Ahora bien, a pesar de la multiplicidad de matices que adquiere el cuidado enfermero, ya sea por las diferentes concepciones teóricas de la misma profesión, por sus enfoques filosóficos y antropológicos o por los modelos de atención en salud, puede observarse una misma línea de reflexión que está inserta dentro de todas estas perspectivas: el cuidado es una acción que procura la atención, el mantenimiento y la seguridad de la vida. De la misma manera, los estudios sociales feministas destacan la idea de “supervivencia de las personas”, pero no sólo desde las profesiones que se ocupan del cuidado obteniendo salarios de su actividad, sino que avanzan y proponen la visión del cuidado como responsabilidad social que va más allá de la familia con actividades y prácticas que tienen como fin último mantener la vida.

Es preciso anotar aquí que lo que toma relevancia es el objeto del mismo: la vida. Sostener la vida, hacer que perdure en condiciones favorables, potenciarla como principio subyacente a toda realidad, tal cosa es cuidar. Para ello, la relación de cuidado debe desarrollarse de manera cercana entre los involucrados, debe existir una implicación radical de la parte que lo ejerce, pues si no es así ¿cómo se asegura y se mantiene la vida a distancia? A continuación se tratará de evidenciar cómo en Colombia esta relación de los y las enfermeras con la vida ha sido constreñida por el mismo fenómeno que permitió la llegada de los enfoques teóricos de la enfermería: el modelo neoliberal de la economía.

2.3 Complejidades del cuidado de la vida: la enfermería en el hospital

La enfermería colombiana hasta finales del siglo XX no tenía una construcción conceptual sobre el cuidado, su ejercicio académico y profesional estaba enmarcado por el modelo biologicista proveniente de la medicina, cuya fuerza radicaba en un esquema científico positivista para el abordaje de los procesos salud-enfermedad, mientras que la enfermería quedaba sujeta a cumplir un “servicio de entrega” a los pacientes por la influencia religiosa, mostrando así una fuerte carga de subalternidad en sus acciones clínicas. No obstante, hacia finales de siglo y gracias al proceso de “modernización” de la economía colombiana, llegan a Colombia las diferentes teorías y filosofías del cuidado que son apropiadas por la academia nacional, lo que sugiere una reacomodación y un avance del discurso enfermero frente a sus propias concepciones epistemológicas, científicas y de su enfoque social de cuidado.

En contraste, el tipo de economía que emergía en el contexto de un país marcado fuertemente por el conflicto armado y por los reajustes y nuevas disposiciones que se hacían institucionalmente gracias al nacimiento de la Constitución de 1991, terminó reacomodando la estructura general del sistema de salud, dado que

Esta transformación estructural estuvo determinada por los cambios en el régimen de acumulación específico del país y por las necesidades políticas de legitimación de un Estado aún en proceso de construcción, el cual ha estado presionado por un conflicto armado de largo plazo y por el proceso de globalización que, en términos de la política internacional, le ha exigido al país una reorientación de su modelo de desarrollo y un reacomodo de su aparato estatal. Por ello, los cambios del sistema de salud, que hemos asumido como “la reforma sanitaria”, se deben comprender como parte de una reforma más estructural llevada a cabo en el país, la cual buscó financiarizar la economía, ajustar el desarrollo del país a las nuevas reglas de los mercados del capital, reducir el papel del Estado y generar una mayor gobernabilidad para el sector político a través del mejoramiento de los mecanismos de clientelización (V. M. Vega, Eslava, Arrubla, & Hernández, 2012).

En este contexto es necesario ver cómo el discurso del cuidado de enfermería, a pesar del gran avance teórico de los 90’ y teniendo como base universal de sus acciones el mantenimiento y sostenimiento de la vida humana, se estanca en procesos que, podría decirse, no tienden hacia el sustento de la misma, dadas las grandes imposiciones económicas que estructuran el proceso social en salud en Colombia. Estas afirmaciones se verán sustentadas a partir de las voces de enfermeras que dieron su opinión en las entrevistas

realizadas en el hospital, es decir que se tendrá la voz de los propios actores que están involucrados con las acciones de cuidado de la salud de las personas en pleno siglo XXI.

Para empezar, se destacarán las apreciaciones de la enfermería que indican cambios profundos en la manera de ejercer la profesión aunado a los procesos de cambio de los discursos sobre el cuidado y al curso social de transformación en el modelo económico, o sea que se evidenciará la incidencia de lo económico sobre la profesión de cuidado. En referencia a esto, se mostrarán algunas diferencias específicas de la forma de ejercer el cuidado bajo la influencia de la ley 100 de 1993 (Congreso de la República, 1993), como por ejemplo se subrayará cómo, para el único enfermero informante en clínica de esta investigación, el trabajo de cuidados dentro de las organizaciones sanitarias fue perdiendo cierto grado de “tranquilidad” en su ejercicio, es decir que antes de la implementación de la ley 100 de 1993 se podía trabajar con más “calma y serenidad”³¹ en las relaciones con el personal de salud. Seguidamente, se abordarán las dificultades encontradas por los participantes en cuanto a las complejidades que se presentan en los diferentes servicios que se dan en el hospital, para luego mostrar sus opiniones sobre los cambios generacionales en la formación de enfermeras y cómo esto influye en las acciones de cuidado, para terminar identificando las diferencias substanciales que se desarrollan en la práctica clínica hoy y el enfoque administrativo que modifica el ejercicio del cuidar.

2.3 Síntomas sociales peculiares en el sistema de salud y su efecto sobre el cuidado

Gracias a la ley 100 de 1993 y después de la entrada de la teoría del cuidado en enfermería a la escena académica 1990, el ejercicio profesional del cuidado en el ámbito hospitalario empezó a sufrir una crisis, una patología severa, debido, entre otras cosas³², a la nueva formación del sistema de salud colombiano basado en un enfoque privado de generación de riqueza. Podría decirse que el cuidado está en estado crítico, porque su enfoque hacia el mantenimiento y sostenibilidad de la vida se ve reducido a una serie de acciones “no

³¹ Como se verá más adelante, estos adjetivos hacen referencia a la situación de “familiaridad” que se gozaba en el ejercicio clínico antes de la reestructuración al sistema de salud colombiano y que da cuenta un informante de la investigación.

³² Algunas investigaciones recientes han señalado que en el ejercicio clínico de la enfermería pueden notarse consecuencias adscritas a la falta de un reconocimiento de los imperativos éticos que acompañan su labor, además de una división profunda entre lo que se enseña en la academia y lo que se encuentra el profesional en la realidad hospitalaria y, en último término, a la falta de autonomía del profesional en la toma de decisiones frente al proceso salud-enfermedad. Véase el artículo “Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería” (Espinosa, Enríquez, Leiva, López, & Castañeda, 2015)

implicadas” con los pacientes, dados los determinantes económicos que necesitan cumplirse para que el sistema, fundado en el aseguramiento, no se desplome y pierda la rentabilidad que promete la empresa privada. Una profesora enfermera reconoce que el cuidado de la vida se pone en peligro bajo el modelo actual de acumulación de riqueza, pues para ella

El modo de vida que tenemos ahora y el sistema en el que estamos justamente ahora es la antítesis del cuidado total, o sea, todo lo que hacemos va en detrimento del cuidado, el modo de producción capitalista va en detrimento del cuidado, la forma de Estado como lo estamos construyendo va en contra del cuidado, o sea algo que es inherente a nosotros, si no lo problematizamos podemos estar yendo justamente en la vía equivocada (Profesora Universidad Salud comunitaria U.D.C.A).

Esta crisis del cuidado puede entenderse como una anormalidad o una causa inusitada que afecta el ejercicio mismo de mantener la vida, es decir que el ejercicio reflexivo y práctico de dar cuidado se encuentra deteriorado y la causa de este malogrado cuidado puede identificarse en los requerimientos económicos que están en la base del actual sistema capitalista de producción. Los objetivos de sostener y mantener la vida se encuentran en crisis, ya sea que se trabaje a partir del reconocimiento de los enfoques biológicos que aseguran la supervivencia de las personas a través de la intervención en los procesos físicos del cuerpo o a partir del reconocimiento de los enfoques humanísticos, sociales y culturales que aseguran una comprensión del fenómeno de la enfermedad y de la salud más holístico, la enfermería como profesión del cuidado debe someterse a las exigencias de la forma de acumulación de la riqueza, que en el caso del sistema de salud colombiano se propone con el enfoque de aseguramiento privado.

Es posible afirmar que la patología que aqueja al cuidado de la vida, a la vinculación directa que supone la relación de cuidado, se debe al contexto general de relaciones económicas, pues ellas generan formas de interacción entre los sujetos sociales basadas en móviles puramente capitalistas, en donde se reconoce al otro como “objeto” que satisface intereses de acumulación, entonces no se trata de que el cuidado *per se*, como actitud ante la vida y una posición frente a ella, se deteriore por sí mismo, sino que el cúmulo de relaciones económicas lo impactan de manera directa. De tal manera lo explora Taussig cuando da cuenta que los síntomas de una enfermedad y la propia enfermedad no son sólo manifestaciones fisiológicas del cuerpo sino que también tienen un origen socio-cultural, es

decir que la enfermedad y la salud dependen en muchos niveles de lo que rodea el cuerpo, su entorno y sus relaciones sociales (Taussig, 1980).

En términos de Lukács –quien plantea una crítica cultural al capitalismo- la economía tiene una fuerza social tan poderosa que sería imposible encontrar campos sociales no invadidos por ella (Lukács, 1970), por tal razón las manifestaciones culturales más elevadas o las relaciones sociales más íntimas se encuentran ineluctablemente sujetadas a los motivos e intereses económicos que están presentes en las sociedades modernas, en consecuencia, pero sin querer llegar a determinismos economicistas, puede leerse en la relación de cuidado manifestado a través de sus discursos que la economía está presente en sus acciones y que, necesariamente, influye en la forma de cuidar la vida.

Así pues, dentro del gran sistema financiero que guía el modelo de salud colombiano la crisis se sitúa en acciones muy específicas que las profesionales de enfermería experimentan en sus quehaceres cotidianos, pues es parte de la institución hospitalaria vivir bajo el régimen de costo-efectividad que propone el “negocio de la enfermedad” y, bajo este enfoque, se pasa de cuidar la vida a cuidar los procesos económicos que generen ganancias a los entes privados que controlan el servicio de la salud. Para ejemplificar estas afirmaciones se trae a colación la opinión, *in extenso*, de una enfermera profesional con más de 25 años de experiencia en atención en clínica:

Eh bueno yo estoy como enfermera jefe hace ya 28 años trabajando, inicialmente hice mi rural en la Cruz Roja en urgencias también, 4 años allá y en esta institución ya llevo 24 años, siempre trabajando como enfermera jefe en urgencias. Con respecto a lo que fueron esos años anteriores del 1989 al 1995-1997 más o menos que empiezan a cambiar las cosas pues con la ley 100, ahí ha habido mucha diferencia, antiguamente uno podía decir que realmente el nombre del paciente era el nombre propio del paciente, porque las cosas se hacían como teniendo en cuenta muchísimo como el dolor, la humanización realmente, pero ahora pues ha cambiado siempre a partir de la ley 100 porque se cambió hasta el nombre ya no es paciente sino es el usuario-cliente y eso ha hecho que las cosas pues eh cambien; eh más volumen de pacientes con más exigencia de la institución, donde tenemos que seguir unos protocolos, donde no hay tiempo pues como para atender eh con mucho tiempo al paciente si, entonces eso hace que a veces las personas por el volumen se sientan como que no me atienden, no me ponen atención, no hay una muy buena

comunicación porque, no porque uno no quiera, sino porque el mismo volumen de pacientes, la misma institución tiene otras exigencias como por ejemplo que se registren medicamentos que no hayan glosas, eh y muchas otras cosas que se han implementado y que hace que nosotras eh estemos como muy atentos a todo eso más que al mismo paciente (Enfermera profesional Urgencias Méderi).

Como puede notarse, la ley 100 de 1993, como norma reguladora fundamental del sistema de salud, transformó la forma en que se da el cuidado de la vida; bajo los postulados económicos que trajo consigo la ley, enfermería empezó a desconocer elementos relacionales básicos en la interacción con sus pacientes: sus nombres. Y en este desconocimiento se reemplaza el nombre del paciente por una caracterización propia de la esfera económica: el ser humano doliente se convierte en cliente-usuario³³.

ya después vino el cuento del usuario, usuario-cliente y se perdió el paciente quedo el usuario-cliente y el otro se desapareció (Grupo Focal ANEC).

De otra parte, es importante resaltar que uno de los principios que guía los postulados de la ley colombiana referentes a la salud³⁴ es la “universalidad”, es decir que la salud debe ser garantizada para todos y todas, entonces al permitir el Estado que la empresa privada prestara el servicio estaba promoviendo la universalización de la salud, sin embargo lo que se logró con dicho principio fue la masificación y burocratización de la atención a las personas, llevando a la enfermería a un ejercicio sin implicación directa con el “paciente”, dado el volumen de “usuarios” que llegan a un servicio hospitalario, lo que conlleva necesariamente a disminuir el tiempo de atención en cuidado y, por último, a la mala o inexistente comunicación con el sujeto de cuidado.

Desde otra perspectiva, existe un término que parece escaparse de los saberes expertos que supone la profesión del cuidado pero que tiene una incidencia en su accionar por estar sujeta a las condiciones de costo-efectividad del mercado de la salud, la “glosa”, término que el Ministerio de Salud define como: “Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad

³³ El cliente, según la Real Academia de la Lengua, es aquella persona que compra, que utiliza asiduamente los servicios prestados por un profesional, por ejemplo. Así mismo, el usuario es aquella persona que “usa” algo (RealAcademiaEspañola, 2001). En este sentido, puede notarse el cambio discursivo que se implementó en los servicios clínicos: los pacientes (aquellas personas que sufren algún padecimiento) ya no son vistos como sujetos a la acción de algún agente, sino como las personas que compran y utilizan el servicio de salud.

³⁴ Ver artículos 48 y 49 de la Constitución colombiana de 1991.

responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud” (Salud, 2009), otra manera de entender esta noción es como una tipo de réplica que se le puede presentar a la “cuenta de cobro” que genera una IPS y se produce por las inconsistencias en facturación de la institución prestadora de servicio por un mal manejo de estas o por el indebido accionar de uno o varios de sus agentes de salud. Para la enfermería las glosas son una de las causas por las cuales la atención de los pacientes es despojada de sus cualidades de implicación con interés en la vida (ella está sometida a cuidar que no se “glose” una cuenta para el hospital), porque este término se convirtió en el motivo guía de sus acciones después de entrar en vigencia la ley 100, mientras que antes de su aplicación no era un moción importante en términos de recaudación financiera, así revivió el cambio hacia la “inconformidad” en la factura una enfermera profesional que vivió la transformación del modelo de salud:

-Eh, pues también teníamos que estar preocupados por el paciente y todo esto pero nos daba como un poquito más de espacio para hablar con ellos para no estar como con tanta zozobra, tanto estrés como ahora lo estamos viviendo debido a que nosotros estamos pendientes de glosas, de si...el sistema...

-En esa época

-En ese entonces no había, no para nada, simplemente usted llegaba, hacía su trabajo y ya pero nadie estaba detrás suyo que venga que la glosa

-Y entonces quien se preocupaba por eso antes

-No, no existía esa preocupación. No porque eso lo hacía la parte administrativa. Entonces, como no había sistema entonces si habían digamos diligenciamiento de la parte administrativa pero como las partes de [] eso es la parte externa mas no como en la parte interna llegar a decirle que mire cuánta, que usted me está gastando todos esos líquidos que eso se va a glosar, que si usted no produce pues entonces no se le va a pagar o tal cosa como ahora, además en ese entonces se recibían pacientes, venían de todo lado de Colombia de toda parte igual se recibían y se les atendía y lo bueno y lo malo pues a partir de la ley 100 fue que en ese entonces la gente andaba volando sin EPS sino que simplemente eh si tenía plata pues pagaba (Enfermera Urgencias Méderi).

También es posible ver la crisis del cuidado de la vida imbuida por el sistema económico a través del imperativo de “cumplir metas”:

Porque aquí en Colombia hoy día hay metas, por ejemplo en salud pública si, entonces no importa, lo que por ejemplo exige la meta es encontrar por decir algo 30 embarazadas, la meta no es que las atiendan bien, la meta es que se reporten y que lleguen al sistema y ya, mejor dicho ahí las atiende el médico o 15 minutos de enfermería pero lo que interesa es cobertura, entonces [lo que nosotros] este momento el sistema monta todo es cuántos atendieron, en cuántos minutos usted tiene que atender tantas personas en tantos minutos, no importa la calidad (Profesora Grupo Cuidado Cultural Universidad Nacional).

A este respecto, es necesario anotar que para el servicio de salud dado por entes privados existen esquemas que permiten regular la calidad de la atención, muy acordes con los presupuestos de una economía global donde prima cumplir con una cadena de producción que haga posible medir exhaustivamente las características y especificaciones del producto (Martínez, 2013, p. 278), y para ello, la evaluación de la calidad se hace desde la perspectiva de la contención de costos y acumulación del capital, lo que, indudablemente, encuadra nuevas disciplinas a los servicios hospitalarios como la gerencia y la administración (Martínez, 2013, p. 280). Sumado a esto, la enfermería debe cumplir con las metas que se proponen los entes de la salud, como por ejemplo el “giro cama”, fenómeno que consiste en propiciar la mejora del estado de enfermedad de un paciente en el menor tiempo posible para que la cama que utilizó en su estancia clínica pueda ser sometida al proceso higiénico consecuente y poder reutilizarla con un nuevo usuario y así sucesivamente.

2.3.1 La “corrosión del carácter”, el abismo generacional y la administración del cuidado: la patología social impide cuidar

Para Richard Sennett “el capitalismo es, con frecuencia, un régimen de poder ilegible” (Sennett, 2000, p. 10) que impacta de manera ineluctable en el carácter de los trabajadores. Este impacto puede leerse dentro del hospital a través de la fragmentación del ejercicio de cuidado y, como lo expone el único hombre enfermero entrevistado para esta investigación, en el trato con el equipo de salud que acompaña a enfermería:

Entonces [Antes de la ley 100] era muy muy familiar, era de mucha unión entre todos, se participaba, no existía lo que hoy existe, ese ataque entre profesionales, yo te ataco, tú me atacas yo miro que hay malo en ti, cierto, en esa época no existía tanto o no estaba tan marcado porque había mucha tranquilidad, la gente era muy tranquila por no decir que sea muy fresca pero si [...] y eso fue una experiencia que lo marca a uno como profesional, esa necesidad de tranquilidad (Enfermero UCI Méderi).

De la misma manera, lo expone una enfermera auxiliar entrevistada:

Yo le venía contando que amanecían hasta 400 pacientes pero el trabajo era, era muy o sea uno trabajaba con gusto porque todos éramos muy compañeristas, entonces si a mí me faltaba algo, me ayudaba la otra sin peleas y sin nada, si iban a entregar turno la compañera me decía no hay problema el turno es continuado, lo que hoy en día no se ve, la gente ya viene predispuesta, entonces es muy diferente (Auxiliar enfermería Méderi).

Para el sociólogo estadounidense el carácter “es un valor ético que atribuimos a nuestros deseos y a nuestras relaciones con los demás” (Sennett, 2000, p. 10), pero ¿cuál es el carácter que prevalece en aquel régimen ilegible del capitalismo que no permite formas relacionales más “tranquilas”? Puede rastrearse a través del nuevo rol que cumple la enfermería y su cuidado de la vida en el marco de una burocracia hospitalaria, en la papelería y en las acciones administrativas que deben verse forzados a seguir y, en este orden de ideas, el carácter que se muestra en el ejercicio profesional de la enfermería sería un tanto de disgusto, de desagrado pues su trabajo varió y ya no depende tanto de sus formación académica sino de una suerte de funcionalidad instrumental dentro de las rutinas clínicas.

Me enfoqué en la coordinación del departamento, una clínica muy pequeña cierto, pero como tú sabes, pueblo chico infierno grande, entonces eso era muy complejo por el personal, ya manejar personal con mucha trayectoria en muchas por decirlo así, costumbres, mañas, entonces son difíciles de manejar, tú tienes un enfoque muy diferente a cómo debe ser el comportamiento de tu personal y choca, choca frente a este (Enfermero UCI Méderi).

Este disgusto, como elemento del carácter, puede identificarse también en las opiniones de las enfermeras que muestran la transformación del cuidado según las generaciones que van llegando al hospital:

Yo he visto que las promociones nuevas no tienen eso, eh o sea las niñas tienen más la visión como administrativas entonces la mayoría quieren hacer sus especializaciones en salud pública, en auditoría, en muchas cosas entonces se ve mucha rotación de personal por eso, porque acá el trabajo es muy exigente llamémoslo así para el paciente entonces como que mucha gente como que no le gusta (Enfermera UCI Méderi).

Así mismo,

Eh, si en ese sentido hay diferencia entre la gente antigua y la nueva es porque la gente nueva que llega, eh a veces llegan como sin el compromiso a lo que vienen a hacer a la clínica, sí, entonces, les interesa más es eh meterse en el sistema, estar mirando ahí y estar escribiendo a toda hora, o sea pegarse al sistema para que nadie le llame la atención para que digan que nunca tienen glosas y sí, pero descuidan al paciente (Enfermera Urgencias Méderi).

Puede observarse un tipo de “comportamiento” ágil por parte de las generaciones nuevas exigido por la burocratización del trabajo de cuidados, sus dinámicas exigen una comprensión más allá de la reflexión del cuidado, sus movimientos van más allá del paciente y de su propia formación académica. Puede argumentarse que este cambio en el discurso y la práctica de enfermería se debe al cambio “organizacional” del sistema de salud y al mantenimiento de la hegemonía médica como discurso predominante, en tanto que es gracias a la consecución de mejoras, de “curas” médicas que el sistema se alimenta y puede darle continuidad y velocidad a la entrada de ganancias a la empresa privada como motor de la economía en salud.

Se debe aclarar que el sistema de salud colombiano, después de ingresar al modelo liberal en economía, se ha propuesto metas como la universalización de la atención y, por lo mismo, ha modificado su accionar frente a la población de más bajos ingresos, llevándole todo su andamiaje de servicios. Así mismo, tampoco se pone en discusión la efectividad de la “cura” que se propone la medicina en su accionar, aquí lo que se discute es que el camino del cuidado dentro del hospital se desvía obligando a los y las cuidadoras a ejercer otras

actividades que se alejan del cuidado de la vida humana. Sin embargo, es posible encontrar que la “carrera” de enfermería y el mismo concepto de cuidado no se extravían en el entramado hospitalario, sino que es la idea de “trabajo de cuidado” la que trunca su discurso y su labor, es decir que es el sistema económico, la forma específica de acumulación de riqueza la que condiciona el cuidar la vida, la que impide cuidar.

3 Las prácticas de cuidado

El objetivo de este capítulo es describir las prácticas de cuidado de un grupo de enfermeras que desarrollan su actividad profesional en los servicios hospitalarios de Urgencias, Hospitalización y Unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario Mayor Méderi, con el fin de analizar los posibles significados que estas prácticas sugieren y su relación con el esquema económico dominante. Así mismo, se tendrán en cuenta algunas entrevistas etnográficas realizadas a un grupo de profesionales pensionados y a profesionales de la enfermería en ejercicio que dan cuenta de los diferentes quiebres y transformaciones que vivió la enfermería con el cambio de modelo económico a comienzos de la década de los 90' en Colombia.

En primer lugar, para cumplir con el propósito del capítulo, se pondrá de manifiesto la literatura específica de enfermería que trata sobre sus actividades o acciones de cuidado, para intentar definir cómo la profesión entiende y sistematiza sus propias prácticas del cuidar. En segundo lugar, se hará una descripción de lo observado en los diferentes servicios hospitalarios visitados para contrastar con el punto anterior, puesto que las prácticas observadas (desde el punto de vista del investigador) no están relacionadas, en su totalidad, con las actividades sistematizadas por enfermería, es decir, la bibliografía especializada de la profesión no especifica que la siguiente secuencia de prácticas observadas: recibo de turno-registro-medicamentos/procedimientos-registro-entrega de turno sean la “norma” a seguir en el tratamiento de los pacientes, encontrándose, lo que podría llamarse, un vacío epistemológico, en tanto que las prácticas observadas no se encuentran sistematizadas en el orden del discurso “científico” enfermero. En este punto se hará especial énfasis en la relación de cuidado entre enfermera y paciente, cómo se da la experiencia del cuidar y, por último, se realizará el ejercicio de “reflexividad” del investigador, teniendo en cuenta su relación con el área de la ciencia a la cual pertenece y su posición como observador externo del cuidado en el hospital.

A partir de esto, en tercer lugar, se identificarán las distintas relaciones entre el cuidado y la estructura económica, cómo, en último término, el gran esquema socio-económico que impera sobre las instituciones de salud también influencia y “determina” la práctica profesional del cuidado. Entonces, se podrá observar, por ejemplo, que la práctica del cuidado que tiene por objetivo la aplicación del medicamento está necesariamente

constituida por el orden económico que imponen las grandes multinacionales farmacéuticas, por lo tanto, la práctica del cuidado se entendería como un cierto lenguaje instituido ya no por la conciencia o los procesos cognitivos de las enfermeras sino por el lenguaje de la estructura, del modelo socio-económico.

3.1 Proceso de atención en enfermería (PAE) y el manual de procedimientos: definición de las prácticas de cuidado en enfermería

Enfermería sustenta la práctica del cuidado clínico en una técnica específica: el proceso de atención en enfermería (PAE). Para esta profesión el PAE es una herramienta que se apoya en el “método científico” para llevar a cabo las acciones correspondientes del cuidar a los sujetos de atención, así pues “Desde mediados de los años 50, varias teóricas de la enfermería habían comenzado a formular sus consideraciones acerca del método de actuación profesional de las enfermeras: el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el que fue realmente considerado un proceso, por primera vez, por Lidia E. Hall, enfermera norteamericana, en 1955” (Cano, 2004). Como puede verse el PAE es un “método de actuación”, una guía que muestra cómo deben ser los pasos a seguir durante la relación de cuidado, por lo tanto “podría decirse que el Proceso de Enfermería, nace de la necesidad de las enfermeras de organizar la práctica del cuidado de una forma sistemática y científica, de manera que se logre satisfacer las necesidades de cuidado de los pacientes en todos los ámbitos del ejercicio profesional de la disciplina, de forma oportuna, dinámica y medible” (Reina, 2010).

“Organizar la práctica del cuidado” es el objetivo del PAE y para Iyer, Taptich y Bernocchi (citado por Reina, 2010) es, en último término, “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud” (Reina, 2010). Este “sistema” está sustentado en el método científico, pues utiliza el conocimiento del contexto, la observación y los datos de la experiencia para valorar una condición de salud determinada, a partir de allí se elabora un diagnóstico, una revisión sistemática de la evidencia científica, se efectúa una evaluación, un plan a seguir y un registro actualizado (E. M, E, L, & M. A,

2016). En total son cinco las etapas del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación³⁵.

Estas etapas son el sistema o mecanismo de abordaje de las prácticas de cuidado, forman el método de actuación de las enfermeras, es decir, las prácticas de cuidado están lógicamente ordenadas dentro del discurso profesional enfermero, pero, como se verá más adelante, en el orden de las acciones dentro de los servicios sanitarios no se encontró evidencia empírica de su puesta en práctica actual. Por lo pronto, es preciso anotar aquí que no sólo el PAE es un instrumento lógico que organiza la acción del cuidado, también se encuentran tipos de prácticas más específicas que se relacionan con los procedimientos del cuidar que están en directa relación con el conocimiento del cuerpo humano, la salud y la enfermedad.

Así pues, se tienen los “manuales de procedimientos”³⁶ de enfermería que abarcan situaciones de salud-enfermedad en todas las etapas de la vida del ser humano, son protocolos y reglas que guían los procedimientos de enfermería relacionados con las particularidades del cuidado de los distintos pacientes (*Manual de procedimientos generales de enfermería*, 2012) y que sirven como medios de estandarización de las prácticas profesionales. Estos manuales varían según los hospitales, las leyes que rigen las profesiones de salud y los países y, puede notarse, que no son procedimientos reglados desde la lógica del discurso enfermero, pues, son procedimientos que cada institución sanitaria estandariza, es decir que dependen de la organización y de las vertientes médico-científicas utilizadas por cada hospital que se generan los manuales, de tal manera:

³⁵ En un trabajo sin publicar del Área de Fundamentos de la enfermería del mismo programa de la Universidad del Cauca, elaborado por la profesora Fanny Cisneros, aparecen las descripciones de cada una de las etapas del PAE. Suministra la información necesaria que se debe tener en cuenta para desarrollar cada actividad, por ejemplo, en la etapa de “valoración” indica los tipos de datos que debe recoger la enfermera para tal proceso, estos son: datos subjetivos, que consisten en la propia intuición del profesional al tener contacto directo con el paciente, de allí se debe observar las condiciones en las que se presenta el sujeto de cuidado. Datos objetivos, que representan los datos mensurables y sistematizados sobre el padecimiento del paciente y, por último, los datos históricos que muestran la información que se ha recogido del sujeto a través del tiempo, es decir, su “historia clínica”. Dada la no publicación del trabajo, su extensión y complejidad (por el vocabulario especializado) nos abstenemos de comentarlo en su totalidad. Cisneros, F. El proceso de atención en enfermería. Universidad del Cauca, Facultad Ciencias de la Salud, Programa de enfermería, Área de fundamentos Tomado de [http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria\(PAE.pdf\)](http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria(PAE.pdf)).

³⁶ Los diferentes manuales de procedimientos consultados pertenecen a instituciones hospitalarias mexicanas, españolas y cubanas. En el caso colombiano no se encontró registro de estos manuales y, particularmente, del Hospital Méderi, pues, según algunas informantes de la investigación, no existe unificación de protocolos a nivel nacional porque cada institución tiene autonomía en la elaboración y aplicación de dichos manuales y, por tanto, hay confidencialidad y autonomía en la decisión de hacerlos públicos o no.

Los procedimientos clínicos son instrumentos de protocolización que se definen como una secuencia pormenorizada de acciones que se han de llevar a cabo en una situación dada, tratando de sistematizar cuáles son y cómo se han de proporcionar los cuidados. Los procedimientos además, tienen un carácter claramente normativo, aspecto que vincula al profesional con su práctica constituyendo en sí mismos un respaldo legal, que proporciona a los profesionales seguridad en su quehacer cotidiano (*Manual de procedimientos generales de enfermería*, 2012).

En este sentido, las prácticas de cuidado adquieren un grado de especificidad única para enfermería, dado que se trata de la reglamentación propia de cada uno de los cuidados necesarios en cada uno de los casos de salud-enfermedad, por lo tanto, aquí se trata de la secuencia unificada de las acciones “independientes”³⁷ de la enfermería. Estas prácticas se realizan en los distintos escenarios donde la enfermera esté presente, es decir, en los múltiples servicios que presta un hospital o en las diferentes ramas de la profesión como la salud pública o la atención comunitaria y van encaminadas hacia la atención al cliente (como el traslado de un servicio a otro, dar de alta a un paciente, etc.), los cuidados básicos (como el baño, la higiene en general, la inmovilización del paciente, etc.), el mantenimiento de dispositivos (como la elección de venas para la canalización de vías periféricas y el cuidado de accesos venosos, etc.), la medición de constantes vitales (como la medición de la frecuencia cardiaca, respiratoria, presión arterial, etc.), la preparación y aplicación de fármacos (por vía oral, venosa, intramuscular, etc.), etcétera (*Guía de práctica clínica. Cuidados críticos de enfermería*, 2004; *Manual de procedimientos generales de enfermería*, 2012).

Por ejemplo, en el caso del servicio clínico de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), de Urgencias y de Hospitalización, en donde se desarrolló la observación etnográfica, los procedimientos estandarizados y reglados para enfermería son aquellas prácticas específicas que soportan, mantienen y asisten a las personas que sufren un déficit de autocuidado y autonomía, tratando de prolongar la vida en condiciones y ambientes controlados, para “atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos

³⁷ Las prácticas del cuidado en enfermería están diseñadas de tal manera que unas se realizan autónomamente por la profesión, es decir que son acciones que sólo requieren el juicio enfermero sin que otro profesional de la salud intervenga, estas son las acciones independientes. Otras son las acciones dependientes que se pueden caracterizar como aquellas que dependen de las órdenes médicas y, por último, están las acciones interdependientes que se manifiestan como las acciones que el grupo de profesionales de la salud realizan entre sí para favorecer los procesos salud(enfermedad de los pacientes (Kozier et al., 2005)

en la hora de la muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios” (Henderson, 1961). Aquí se tiene un ejemplo del manejo de estos protocolos y las actividades ceñidas a él junto con algunas dificultades presentes en su ejercicio.

Fui y dije: bueno los protocolos de mezclas son así, los protocolos de catéter central son así y yo los socialicé con las personas que recibieron en esa época, y cuál fue la dificultad, listo estuvo muy bonito, muy bien escrito y todo, se socializaron listo pero nunca se hizo una evaluación de que aprendieron de esos protocolos, entonces primer error “¿qué fue lo que dijo la jefe Anabelsy?”, si primero no se evaluó, segundo error no se hace un seguimiento, entonces qué pasa, que llega una jefe nueva, que esta con una auxiliar nueva o antigua que después de que yo les he dicho: miren por la línea distal se mide la PVC, por la línea proximal se pone la nutrición parenteral y por la línea media se ponen los vasopresores, es un ejemplo, y uno va y pasa, no, uno va y pasa y empieza uno a recibir turno, por la proximal esta, o sea todo al revés (Entrevista Enfermera Anabelsy Jeréz (UCI norte, Méderi).

En consecuencia, podrían definirse las prácticas de cuidado en enfermería como todas aquellas actividades que tienen como base un conocimiento de las ciencias biológicas y médicas y que se realizan en congruencia a los propios objetivos de la enfermería, en tal virtud, son una secuencia de actividades metodológicamente fundadas en el orden del discurso científico (en donde la evidencia empírica y el cuerpo como objeto de conocimiento son la base de los criterios de verdad) que tienen como meta el mantenimiento de la vida en estrictas condiciones controladas, en busca de potenciar los procesos de autocuidado y generación de bienestar de los sujetos de atención. Estas prácticas se sustentan en los saberes de las ciencias médicas y se realizan bajo el rigor del método científico experimental, por lo tanto, adquieren sistematicidad lógica en los diferentes modelos y teorías de la enfermería (Marriner & Raile, 2007), no obstante ¿las acciones de cuidado desarrolladas metodológicamente desde la enfermería son llevadas a cabo en la realidad práctica hospitalaria?

3.2 Las prácticas de cuidado en Méderi: la rutina de las acciones de cuidado

La rutina y el cumplimiento de normas (Ledesma-Delgado & Mendes, 2009) son la base de la relación de cuidado entre la enfermera y el sujeto de atención. En los servicios clínicos que ofrece el hospital (a los cuales se tuvo acceso) y donde realizan actividades las enfermeras participantes de la investigación, pudo observarse la misma práctica repetida, rutinizada, en el desarrollo de la acción de cuidado: se recibe turno, se registra, se aplican medicamentos, se realizan procedimientos (de ser necesario), se registra todo lo que se hace

con y en el paciente en el computador (mediante un *software* especializado que gestiona las historias clínicas de cada paciente y demás procesos hospitalarios) y se entrega turno.

En la entrega de turno están las dos enfermeras profesionales y cuatro auxiliares –no hay ningún médico o terapeuta- y se van ubicando al frente de cada uno de los cuartos, la enfermera que entrega turno le informa a Verónica los cambios, la evolución, los procedimientos, la administración de medicamentos correspondiente o si hubo alguna “crisis” con todos y cada uno de los pacientes que les corresponden, que son 6 por cada jefe con 4 auxiliares. Mientras las dos profesionales intercambian información y van anotando en su respectivo cuaderno (que más parece una carpeta A(Z) las auxiliares en silencio escuchan, después Verónica entra y saluda [mira] al paciente (Nota de campo.1 23/12/2015 Méderi (Unidad de Cuidados Intensivos –UCI- Turno Mañana- Enfermera Profesional: Verónica Hernández).

Lo anterior respecto a la entrega de turno en la Unidad de cuidado intensivo (UCI), de la misma forma se observa en Urgencias, por dar otro ejemplo:

A las 7:15 am empezó la entrega de turno, son 2 profesionales y 6 auxiliares. Rosa Mercedes con su libro en la mano empieza a tomar nota de lo que le va informando su compañera de la noche (entre el círculo que se hizo alrededor del paciente no sólo hablan de él y sus enfermedades y procedimientos sino que cuchichean y no les entiendo mucho((Nota de campo 2 24/12/2015 Méderi –Urgencias Sala A (Definición prioritaria((Turno mañana(Enfermera Profesional: Rosa Mercedes Rodríguez).

Este es el primer “contacto” de la enfermera con el paciente, la entrega de turno, procedimiento en el cual las enfermeras que han acompañado a los pacientes durante unas horas deben transferir toda la información suscitada con anterioridad al grupo de enfermeras que deben continuar con los procesos de cuidado durante las horas siguientes. Este primer “contacto” no se hace de cara al paciente, es decir, no se hace en contacto directo con el sujeto de atención, sino que se procede afuera de las habitaciones, a cierta distancia de los “usuarios”³⁸. Cabe aclarar que, en servicios como la UCI en donde la mayoría de pacientes están inconscientes, no tendría sentido hacer la entrega de turno frente a frente, sin embargo, en el servicio de urgencias, donde los usuarios que ingresan no necesariamente están inconscientes, la entrega de turno –en las condiciones propias de la infraestructura hospitalaria pues “esta sala no es muy grande, tiene una disposición en forma de L y no tiene camillas sino sillones grandes de color gris y allí recuestan a la gente

³⁸ Aunque el “primer contacto” de la enfermera profesional con el paciente pueda diferir según el servicio clínico donde se encuentre, por ejemplo de urgencias a UCI, se mantiene en la mayoría de los servicios la rutina de entregar y recibir turno a cierta distancia de los pacientes, pues, como se pudo observar, en urgencias también permanecen usuarios por más de 12 horas, por lo tanto, un paciente que permanece allí todo el día se encontrará a varias enfermeras profesionales entregando y recibiendo turno.

que llega” (Nota de campo 2)- se hace de una manera muy precaria en esta institución, pues el grupo de profesionales del cuidado se reúne delante del sujeto de atención, pero se hace un círculo de personas casi impenetrable, donde realizan el traspaso de la información, en consecuencia el paciente no escucha qué se dice de él.

En este último servicio pudo observarse que la entrega de turno se lleva a cabo frente al paciente, pero es como si él no estuviera allí, pues todo el proceso es administrativo y no hay un trato cercano que involucre a la enfermera y al sujeto de atención, la enfermera no habla, no interactúa con las personas que están esperando atención:

Mientras las auxiliares vigilan la jefe va mirando los expedientes de los pocos pacientes que hay, en sala sólo hay enfermeras, quizás hay una terapeuta sentada frente al único computador pero no hay médicos. Rosa Mercedes, una vez revisó los expedientes, ordena remisiones, salidas, ve qué drogas se les está aplicando a los pacientes y ordena más, todo el movimiento hasta ahora es administrativo (Nota de campo 2(24/12/2015 Méderi –Urgencias Sala A (Definición prioritaria- Turno mañana- Enfermera Profesional: Rosa Mercedes Rodríguez).

Inmediatamente después de la entrega de turno, en donde se evidencia una relación distante entre las dos partes de la relación de cuidado, pues la profesional de salud realiza la transferencia de la información de los pacientes sin que ellos tengan acceso a ésta, sin que los pacientes obtengan el conocimiento de su evolución directamente y haya un diálogo directo entre sí, la enfermera en servicio procede a recopilar la información en un computador:

Me siento en el “centro de operaciones”, es el star de enfermería, que tiene 6 computadores y 2 monitores desde donde controlan los signos vitales de 12 o 14 pacientes, ahora se escucha una alarma, suave, aguda, pero constante. Al terminar de recibir el turno, alrededor de las 8 am, la jefe Verónica se sentó frente a uno de los computadores y, tablas y cuadernos en mano, empezó a montar toda la información recibida con anterioridad. Se acercan a ella las señoras que traen los desayunos y le preguntan cuáles pacientes pueden comer y cuáles no, ella charla con el médico que está en el computador inmediato al de ella como si fueran buenos amigos (Nota de campo.1(23/12/2015 Méderi (Unidad de Cuidados Intensivos (UCI -Turno Mañana- Enfermera Profesional: Verónica Hernández-.

En los restantes servicios visitados la rutina es la misma, una vez recibido el turno cada enfermera se dispone frente al computador, así en Urgencias:

Rosa Mercedes después de recibir el turno y observar a cada uno de los pacientes se sienta frente al computador. Ahora son las 9:37 y el servicio permanece igual, de hecho ya han dado de alta a dos personas que llegaron a la madrugada, para ello Rosa Mercedes los observa y monitorea, llama al médico de turno e indica su diagnóstico enfermero, luego el médico revisa al paciente y firma la orden de

salida (Nota de campo 2(24/12/2015 Méderi –Urgencias Sala A (Definición prioritaria -Turno mañana- Enfermera Profesional: Rosa Mercedes Rodríguez).

Así mismo, en el momento de la observación, en el servicio de Hospitalización Crónicos³⁹, el investigador dio cuenta de la misma práctica: la enfermera recibe turno fuera de las habitaciones de los pacientes y, luego, se dispone a buscar un computador para registrar lo sucedido. El registro de las acciones, los procedimientos, de los medicamentos aplicados, etc. parece ser de vital importancia para el cuidado enfermero, pues las acciones de cuidado deben ser perfectamente anotadas en cada uno de los turnos, dado que el seguimiento de los procesos de cada uno de los pacientes asegura la continuidad del tratamiento. Las dificultades presentes en el momento del registro no permiten darle continuidad al cuidado y atrasan los procedimientos de enfermería y de las otras profesiones; sobre esto pudo observarse lo siguiente en el servicio de UCI Sur:

Siendo casi las 3 pm tienen que esperar a que les den la orden de registrar a mano, pues el *software* que utilizan en Méderi presenta problemas continuos y sin esta orden no es mucho lo que pueden adelantar. Me dice la jefe que “La entrega de turno es tener ya la mitad del turno hecho”. (Nota de campo 4(29/12/2015 Méderi –UCI Sur- Turno tarde 1 pm a 6 pm –Enfermera profesional Aminta Martínez).

El *software* que utiliza el hospital presenta problemas constantes, es una manifestación de la mayoría de las enfermeras entrevistadas, sin embargo, se pudo apreciar otro problema respecto al registro en los computadores:

Pasadas las 8 de la mañana llegó un médico al star y levantó del puesto a una auxiliar de Verónica con una leve actitud de superioridad: llegó hablando por celular, no le dijo nada y no la dejó terminar lo que hacía, la auxiliar le dijo “ayy doc por qué es tan desagradable?” y Verónica le ayudó diciéndole al Dr. que la dejara guardar los cambios antes de que se perdiera el trabajo. Lo que pasa aquí es que hay 3 computadores por cada especialidad, es decir, cuidado intensivo mixto tiene 3 computadores los cuales deben ser utilizados por el médico intensivista, el médico especialista, la enfermera profesional, la respectiva terapia que necesite el paciente y cada una de la 4 auxiliares que estén con la especialidad. Lo mismo sucede con los coronarios y demás servicios que tenga la UCI, y los computadores son utilizados para montar al sistema general todos los cambios, medicamentos y procedimientos que paso a paso se les han hecho a los pacientes (Nota de campo.1 23/12/2015 Méderi (Unidad de Cuidados Intensivos (UCI -Turno Mañana- Enfermera Profesional: Verónica Hernández).

Puede notarse, entonces, cierta dependencia de los profesionales de la salud, en general, hacia los sistemas de información que alimentan las bases de datos de los pacientes y puede

³⁹ Los pacientes crónicos son aquellos que padecen una afección de salud de larga duración (*Manual de procedimientos generales de enfermería*, 2012).

inferirse que existe cierta jerarquía en el uso de estos elementos, en tanto que la prioridad de la práctica del curar debe estar por encima de todas las demás, así pues la enfermería profesional debe supeditarse al uso que hacen los médicos de los sistemas de información. Todos deben registrar lo que se hace a los sujetos de atención sin excepción, desde las enfermeras auxiliares hasta los médicos especialistas, de hecho, mientras se acompañaba este servicio de la UCI un médico increpó al investigador:

Mientras Verónica termina de administrar medicamentos al señor de la cama 241 uno de los médicos que se encontraba en el star me espeta y me pregunta el por qué de mi presencia, después de contarle todo el rollo de la investigación este médico (Mayorga, me enteré después(me comenta que en clínicas como la Shaio o el hospital Cardio Infantil siempre hay alguien que llega sobre las 5 am y sube todo al sistema mientras el médico internista llega a las 7 am y sostiene contacto directo con el paciente, mientras que aquí en Méderi el médico pasa más tiempo frente al computador que con el paciente. Otro médico –que ha estado desde las 7:30 am (y son las 9:05) frente al PC- hace el mismo tipo de comentario. Irónicamente, llegó el médico especialista de la cama 240, entró 1 minuto al cuarto y luego salió dirigiéndose hacia el médico que me habló de últimas, le pidió explicación de por qué no había hecho la evolución del paciente y a este le tocó disculparse porque no lo había visto “por estar frente al PC.” Entonces el paciente de la 240 se quedó sin revisión del especialista porque el médico interno no le había quedado tiempo de observarlo. El primero se fue y no lo volví a ver durante el turno. (Nota de campo.1-23/12/2015 Méderi (Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) -Turno Mañana-Enfermera Profesional: Verónica Hernández).

La realización de procedimientos y la aplicación de medicamentos son los pasos siguientes de la rutina de la enfermería en los servicios clínicos. Según la ley 911 de 2004 que rige el ejercicio de la profesión es la enfermera profesional la que, bajo la responsabilidad de la autoridad competente, puede administrar los medicamentos (Congreso de la República de Colombia, 2004). Esto es claro para las profesionales visitadas, de hecho, parece ser el único momento del servicio donde se evidencia un contacto directo entre las enfermeras y los usuarios, pues la aplicación las drogas depende, en la mayoría de los casos, de ellas.

La jefe tiene a cargo 6 enfermos, todos tienen una infección profunda además de tener una enfermedad de base y 4 de ellos no superan los 40 años. Tienen un hombre con VIH positivo y una mujer con leucemia, otro paciente no tiene identificación así que en su hoja de registro aparece como N.N (esta UCI realmente es muy fuerte, las habitaciones deben permanecer cerradas y no se puede ingresar a ellas sin las medidas asépticas necesarias). Todos y cada uno de los pacientes están canalizados por varias partes del cuerpo, todos tienen ventilador por lo que en la boca tienen un gran tubo que les permite respirar. Más o menos a las 4 pm es la hora de los medicamentos, Aminta es una mujer mayor pero con gran energía y se adentra en cada uno de los cuartos. Empieza por hablar con los pacientes, evidentemente lo hace para estimular respuestas en ellos pero sólo la mujer con leucemia le responde y empieza a mover sus manos. Les revisa todos y cada uno de los tubos a los que están conectados, los monitores y el goteo de los medicamentos, a uno de ellos le

aplica una inyección en el estómago y le pregunta que si puede mover las manos, no obtiene respuesta. Con cada uno de sus pacientes dura alrededor de 30 minutos por lo que va delegando tareas a sus auxiliares, que el baño, que el cambio de posición, que traiga la medicina, etc. (Nota de campo 4 - 29/12/2015 Méderi –UCI Sur- Turno tarde 1 pm a 6 pm –Enfermera profesional Aminta Martínez).

En el caso de los servicios de cuidado intensivo puede inferirse que por su alta complejidad en el tratamiento sanitario el contacto de las enfermeras con el paciente es de manera mucho más presente, es decir, en los servicios especializados hay una mayor cercanía entre los sujetos de la relación de cuidados, no obstante, puede argumentarse también que dicha presencia se limita al acto mismo de la administración del medicamento, pues es allí donde la enfermera entra en contacto directo con el paciente. Con todo, en los servicios de urgencias y hospitalización no pudo observarse la misma dinámica de presencia total de la enfermera junto al paciente, pues aquí el contacto entre las dos partes (por la misma situación de los pacientes) se hace más ligera, menos perceptible. Así quedó registrado en las notas de campo:

Siendo las 9:51 am la jefe sigue frente al computador, hace 10 minutos la vi asistiendo a una señora que necesitaba ir al baño y no más. Las 10:10 am y continúa frente al PC y ¿qué tanto hace allí? Pasa o transcribe historias, ordena nuevos medicamentos y confirma la aplicación de los mismos. En este lapso de tiempo se han realizado 2 procedimientos, pero uno por otra jefe y el otro por dos auxiliares: son exámenes, específicamente electrocardiogramas. Llegaron 3 pacientes más, las auxiliares los reciben, la jefe frente al PC y los familiares y pacientes que esperan afuera de las salas me miran con desdén y otros con signo de interrogación en las caras. A las 10:30 se puso de pie Rosa Mercedes, atiende al paciente, llena la historia clínica y habla con él, al rato llegó un especialista a realizar un procedimiento, ella lo asiste y vuelve a sentarse frente al computador. (Nota de campo 2
24/12/2015 Méderi –
Urgencias Sala A (Definición prioritaria) -Turno mañana- Enfermera Profesional:
Rosa Mercedes Rodríguez).

Así mismo, en el servicio de hospitalización, a la enfermera se le nota una cierta preocupación por terminar de administrar medicamentos, no habla mucho con sus pacientes, corre de una habitación a la otra, saluda cordialmente pero no se detiene, murmura y pasa a la siguiente habitación. Puede distinguirse una diferencia entre los tipos de servicio y el trato entre los sujetos de la relación de cuidado, sin embargo, se obedece al cumplir la norma del cuidar, que, en estos casos, termina por la acción de registro del quehacer enfermero (aplicar y registrar medicamentos) en el computador y, nuevamente, entregar y recibir turno.

3.2.1 La relación de cuidado: una relación sin implicación

La mayoría de las teóricas del cuidado en enfermería (Kérouac, 2001(2002; Marriner & Raile, 2007; Purnell, 2007) -aunque también lo plantea la ética del cuidado (García Moyano, 2015) cuando afirma que la solución a dilemas éticos desde esta perspectiva se hace de manera presencial y contextual- sostienen que la relación de cuidado entre los sujetos de intercambio debería manifestarse de manera directa, es decir, la enfermera para dar cuidado debe estar presente, entonces es necesario que la enfermera se implique en una relación intersubjetiva, pues “La enfermería incluye diferentes funciones como: cuidado directo, cuidado médico delegado, coordinación de servicios, educación e investigación. Estas funciones se concretan en el cuidado directo o asistencial, el cual está mediado por la relación intersubjetiva y por la comunicación” (Alcaraz, Zapata, Gomez, & Tavera, 2010).

De tal forma, podría afirmarse que el cuidado es dialógico, dado que favorece la posibilidad de discusión e interacción entre las partes, pues las intervenciones de enfermería suponen un diálogo entre la enfermera y el sujeto de cuidado (los dos extremos de la relación) en donde la práctica del cuidado se realiza atendiendo a las necesidades del paciente, entonces es un proceso de ida y de vuelta, entre un sujeto con conocimientos especializados que buscan un fin y otro sujeto que requiere ser escuchado, observado, evaluado con miras a la recuperación de su bienestar. De tal manera, podría sugerirse aquí una postura, tomada desde la ciencia social y la filosofía de corte crítico(social (Honneth, 2007), que permita entender el acto de cuidado enfermero, en su sentido más diáfano posible, en un nivel racional y teórico, como aquella *praxis* sanitaria en la que la relación intersubjetiva se da como un momento de cura o cuidado (*sorge*, Heidegger)⁴⁰ en el intercambio dialogal entre los dos sujetos de la práctica del cuidar.

Esta posición supone una práctica de relaciones sociales sujetas a la forma de conocer el mundo (proceso cognitivo) de manera crítica, pues debe ser capaz de comprender algunos procesos sociales acaecidos como modelos de contención de lo individual, es decir, como estructuras que constriñen la subjetividad (Rose, 1999), es decir que las prácticas sociales

⁴⁰ Para Heidegger el “ser” ha caído del mundo, es decir, ha sufrido un proceso de “degradación” hasta el punto de perder la facultad de *autognosis*, por lo tanto es preciso que, a través del cuidado (*sorge*), se devuelva a su existencia, retome su lugar en el lenguaje, ante todo, el ser-ahí, debe ser “preocupación” (otra forma de significar el cuidado) (Heidegger, 1951).

están sometidas a procesos sociales estructurales, lo que obligaría a tomar posiciones críticas dentro de tales relaciones. De otra parte, esta figura dialógica del cuidado supone una intencionalidad ética correcta, en términos de no tratar al otro como una cosa o un simple medio (Kant, 2002). En consecuencia, la teoría del cuidado enfermero asume una posición ética y social, es decir pragmática, atendiendo a las consecuencias sanitarias que acarrearía un trato superficial, distante y sin implicación en el diálogo que supone la práctica del cuidado. Tales consecuencias se presentarían en la esfera profesional de enfermería, en tanto que se manifestarían como fallas en el “buen trato” y la búsqueda de bienestar de los pacientes, lo que llevaría a procesos en los diferentes entes regulatorios de la actividad profesional como los tribunales y comités de ética correspondientes.

Sin embargo, esta dialogicidad o, en términos de la enfermería, la intersubjetividad necesaria en las actividades del cuidado, no lograron ser evidenciadas por la observación etnográfica, porque las acciones registradas muestran una relación a la distancia, sin diálogo y, quizás, en consonancia con otros fines diferentes a los del cuidado, porque, como dará cuenta la siguiente intervención, el trato enfermero hacia los pacientes es esporádico, frío, instrumentalizado:

Cuando termina este intercambio [La entrega de turno] se reasignan auxiliares para cada una de las camas y la enfermera que se va, por lo menos en la entrega de turno, no se despiden de los pacientes. En este momento me percato de un sonido constante que parece venir de lejos, parece una máquina con agua que bulle y parece que yo soy el único que la escucho, ninguna enfermera presta atención (Nota de campo.1 23/12/2015 Méderi (Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Turno Mañana Enfermera Profesional: Verónica Hernández).

La dialógica del cuidado presupone una “implicación con interés” (Lukács, 1970), pues al presentarse entre dos partes de una relación social o sanitaria, es decir, entre sujetos de intercambio de cuidado, no puede reducirse a posiciones instrumentalizadas y frías, una *praxis* de este tipo sólo pondría de manifiesto una conducta errónea frente a los procesos de salud-enfermedad, en tanto que el sujeto de atención perdería sus características humanas y sería valorado, diagnosticado y evaluado como un ser vacío de significados, un “saco de órganos” (Quevedo, 1996) que debe ser dado de alta a la mayor brevedad.

Como una vigilancia continua y muy minuciosa de la parte fisiológica, psicológica y física del paciente, digamos eso es como lo que monitorea, si, eh una segunda característica es digamos la parte de la asertividad en el dialogo, en que un paciente que tiene un tubo en la boca y otro paciente que no tenga ningún tubo en la boca

para poder dialogar, sí que debe ser igual pero con una respuesta diferente (Entrevista Enfermera Anabelsy Jeréz UCI norte, Méderi).

No obstante, puede rastrearse en el ejercicio de la enfermería un distanciamiento “interesado” entre la enfermera y el sujeto de cuidado, dado que el contacto directo entre los dos se ha transformado en acciones sin implicación, sin comunicación y sin diálogo, porque la enfermería, en la actualidad, tiene por fin de sus actividades todo aquel aspecto relacionado con las consecuencias indirectas de proceder incorrectamente frente a los procesos económicos representados en el objeto-fármaco. Así, puede verse, cómo una enfermera que entregaba su turno toma una posición desobligante por tratarse de un error al suministrar y registrar un medicamento, ella prefiere distanciarse de la responsabilidad porque sabe que tiene repercusiones económicas para la IPS y para ella misma:

Hubo un problema con un paciente, lo hace notar una auxiliar de la noche, resulta que la droga le fue administrada por un profesional diferente a ellas y la jefe que entrega turno dice “yo me lavo las manos”, “yo no sé”. (Nota de campo 5 22/1/2016 Méderi –Hospitalización Crónicos- 4º piso sur- turno mañana- Enfermera profesional: Gladys Pérez Torres).

De la misma manera, como explica una enfermera entrevistada del servicio UCI, pueden verse formas de actuar en las profesionales que indican un cierto grado de exoneración de obligaciones por su propia autoridad, es decir, sin que ningún miembro del equipo de salud les conceda tal libertad:

Entonces, son cosas que han cambiado mucho sí, si tu llegas a la 1: 30 a trabajar porque te toca llegar a la 1 e irte a las 7:30 qué te dice tu responsabilidad, tu llegas a la 1 y tienes 15 o 20 minutos, a las 3 a las 4 a la hora que quieras tomarte un tinto cierto? No, acá llegan a la 1 reciben turnos y se van a almorzar, pero no eres tú, se va Pepito se va Juanito se van, y luego Sutanita dónde está? Están almorzando jefe, qué? Es que la Aminta jode, ella molesta mucho, tenemos derecho, un día les dije no tenemos derecho, lo mismo que yo no tendría derecho de desayunar porque yo debo venir desayunada de mi casa. Entonces, de pronto yo Aminta no puedo desayunar en mi casa a las 5, entonces yo traigo mis cosas y yo en cualquier momento digo voy a tomar tinto y yo me como mi desayuno en 15 minutos cierto? Entonces súmale eso, súmale el tiempo de chateo (Entrevista Enfermera Aminta Martínez UCI sur Méderi).

Así mismo, puede entenderse la actitud del profesional que “sobrestima” sus conocimientos y subestima la experiencia de las personas mayores:

A la pregunta que me dices si hay cambios de enfermería de antes a ahora. Sí, obvio muchos, porque nosotros como enfermeras teníamos como la habilidad de cuidarlos, de dedicarle tiempo, de aprender, de preguntar, ahora que hace la jefe que llega nueva, no pregunta, cree que se las sabe todas, comete errores, no pasa nada, no viene a turno, se la pasa en whatsapp, eh subestima las personas que tienen

experiencia y ni les pregunta (Entrevista Enfermera Verónica Hernández UCI norte Méderi).

Para concluir, puede inferirse que, según la teoría enfermera, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) le dio a la profesión un cierto estatus epistemológico dentro de las demás profesiones de la salud, dado que se reconoció como un “método científico” que sistematizó las prácticas del cuidar en el ámbito clínico (Cano, 2004). No obstante, mediante la observación directa a los servicios de salud visitados, el investigador no pudo dar cuenta de que las enfermeras utilizaron este método de sistematización de las prácticas, no se pudo ver la secuencia: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de enfermería, contrariamente, el quehacer de las informantes se centra en la rutina: recibo de turno, registro, preparación y aplicación de medicamentos, registro, y entrega de turno. Esta secuencia de actividades del cuidado evidencia que los procedimientos protocolizados son una pequeña parte de las actividades enfermeras en medio de las prácticas más notorias como el recibo y entrega de turno.

Del mismo modo, esta secuencia de actividades descrita más arriba permite observar la rutinización de las prácticas del cuidar y una suerte de abdicación en el ejercicio enfermero debido al alejamiento de la enfermera del sujeto de atención. El cuidado como diálogo, preexistente en la teoría y en el “ideal” de la profesión, no es un hecho notorio en algunos servicios clínicos visitados, pues la norma del cuidado –que proviene de las guías y manuales- se transforma en otra norma, en otro lenguaje en la práctica, dada la superposición de actividades monótonas pero no sistematizadas sobre las reglas que proponen los protocolos institucionales. El cuidado, pues, como práctica sanitaria se convierte en los servicios clínicos en actividades regladas por un sistema que estructura las relaciones bajo condicionamientos e intereses ajenos a los propios objetivos del cuidado, en tanto que el motivo guía del cuidar, es decir la relación directa, presente e implicada con el sujeto de atención, se aleja en virtud de “hechos sociales” reductibles a hechos económicos.

3.3 El cuidado bajo reflexión y observación: evocaciones estructurales del cuidado

Durante la observación directa en el servicio y a la enfermera de Hospitalización crónica, mientras se acompañaba el transcurrir de la rutina de las acciones de cuidado que ejercía la profesional, pudo notarse un elemento cardinal a la práctica del cuidado: los medicamentos son uno de los objetos materiales del cuidado enfermero. No se trata del sujeto de cuidado

como aquel receptáculo sobre el cual recae la práctica profesional del cuidado, se trata del medicamento como elemento transversal de la práctica:

El objeto material que se intercambia cumple su fin al llegar al paciente. El fármaco es el objeto con el cual existe una real intención de cuidado, no sólo porque en su suministro puede acarrear la muerte del paciente, sino porque de él depende todo el recorrido del capital del hospital, de las aseguradoras y, por supuesto, de las grandes farmacéuticas. Claro, la enfermera se mantiene vigilante del “cliente” en tanto éste se encuentra vulnerable, pregunta por su dolor, por su ánimo, pero el eje que atraviesa la actividad del cuidado es el medicamento, como objeto material de transacción económica (Nota de campo 5 22/1/2016 Méderi –Hospitalización Crónicos- 4° piso sur- turno mañana- Enfermera profesional: Gladys Pérez Torres).

A través del suministro del medicamento la enfermera se apropia de su papel de enfermera profesional, pues, la ley 911 (Congreso de la República de Colombia, 2004) exige que sea ésta la única responsable de su administración. En consecuencia, la práctica del cuidado en enfermería podría asumirse como la práctica del buen suministro del fármaco y no como la atención directa, en donde se haga evidente una “implicación con interés”, es decir como diálogo, hacia las personas hospitalizadas. Aquí la motivación de la enfermera está encaminada a la diligencia oportuna y correcta de suministrar el fármaco al paciente, de realizar un registro adecuado del mismo en los sistemas informáticos del hospital, pues

Las profesionales de enfermería son las encargadas de la administración de medicamentos: ellas recién reciben el turno son las encargadas de llevar todo el papeleo de los fármacos, revisan las historias médicas y dictan las nuevas dosis y el mantenimiento de la droga. Esto sugiere que todo el control de los medicamentos lo tienen estas enfermeras (excepto su formulación), además la ley colombiana obliga a que sean ellas las únicas con el conocimiento y preparación para su administración. De otra parte, son la institución hospitalaria y la EPS las que invierten en la compra de medicamentos a las grandes farmacéuticas, por ello, uno de estos mal aplicado supone pérdidas para el hospital, porque depende de lo bien que se haga que la institución no pierda dinero invertido, por tanto depende en gran medida del ejercicio de la enfermería y su destreza para la aplicación de fármacos que no se pierda lo invertido y, de no ser así, se glosa a la profesión y muchas veces del mismo bolsillo de las profesionales se debe pagar lo que se pierda (Nota de campo 2 24/12/2015 Méderi –Urgencias Sala A (Definición prioritaria) -Turno mañana- Enfermera Profesional: Rosa Mercedes Rodríguez).

El registro etnográfico evidencia otra situación transversal al ejercicio del cuidado enfermero que está directamente relacionado con los fármacos: la glosa. Esta se entiende como “una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud”

(Palacio, 2009). Así pues, aplicar un medicamento de forma errónea o hacer su registro indebidamente en los sistemas de información del hospital lleva a la glosa (Ferreira, De Souza-Braga, Cavalcanti-Valente, De Souza, & Carvalho-Alves, 2009), es decir a la no conformidad en la factura que surge del préstamo del servicio de salud y que el hospital, en este caso el prestador del servicio, debe someter a revisión pues no se le pagaría por el servicio prestado. Esta glosa surge, la mayor parte de las veces, del ejercicio de enfermería, dado que, como se ha recalcado, es esta profesión la encargada de la aplicación del medicamento.

Sumado a la administración del medicamento (como ejercicio presencial del cuidado, más allá de un contacto directo) y a la glosa financiera que acarrea el error en su aplicación y registro, en el servicio de cuidado intensivo (UCI sur) pudo observarse otro “hecho económico” que afecta el trabajo de los servicios de salud y en específico a la enfermería, se trata del cambio arquitectónico en esta parte del hospital para convertirlo en un servicio diferente:

Esta UCI no tiene el sistema de entrada que tiene la UCI norte (sistema de identificación con huella), ni siquiera tiene puerta, de hecho hay 3 o 4 hombres trabajando en la entrada, están quitando una pared. Entonces, cuando se entra lo primero que se observa es el estado de construcción, una obra que, según me cuenta Aminta con un poco de decepción en el rostro, llevan más de un año haciendo y que el objetivo es dejar esa sala para otros servicios y sólo dejar UCI en el norte. El servicio que quieren dejar es “Hemodinamia”, pues, cuenta la jefe: “Hemodinamia produce (gesto de dinero) y necesita mucho espacio” (Nota de campo 4 29/12/2015 Méderi –UCI Sur- Turno tarde 1 pm a 6 pm –Enfermera profesional Aminta Martínez).

Para el hospital es importante la generación de utilidades económicas y ser competitivo frente a otras instituciones sanitarias, por lo tanto, suspender el servicio de cuidado intensivo y cambiarlo por el de hemodinamia es favorecer el recaudo de ganancias, porque “Los servicios médicos de alta complejidad constituyen un sector con alto potencial de generación de divisas y buen desempeño competitivo por el acceso a altos desarrollos tecnológicos” (España, Ávila, & Barceló, 2011). Siendo esto así, la productividad y la eficiencia del hospital deben ser puntos de análisis económico-financieros, pues “la salud” es un sector de la economía que en Colombia genera lucro, desde la atención a los ciudadanos que pertenecen al sistema general de salud hasta los “turistas” médicos que ven en el país un centro de atención médica de bajo costo (España et al., 2011).

3.3.1 Reflexividad: condicionamientos del investigador

En este apartado se cambiará de voz en la forma de comunicar las ideas a través de la escritura, se utilizará la primera persona, abandonando en este breve espacio el estilo impersonal. Debido a que se intentará mostrar el proceso propio del investigador en campo, en el análisis de la realidad estudiada para intentar llegar a lo que Bourdieu llamó “objetivar al sujeto objetivante” (Bourdieu, 2003) “con tal de analizar los condicionamientos sociales que afectan al proceso de investigación, tomando como punto especial de la mirada al propio investigador y sus relaciones (las que mantiene con la realidad que pretende explicar y con los agentes cuyas prácticas investiga, y las que derivan de su posición relativa en el espacio de juego científico)” (Gutierrez, 2005).

Mi relación con la enfermería y el cuidado data desde cerca de ocho años atrás. Siendo investigador del área aprendí su lenguaje y estuve directamente relacionado con el hospital y las ciencias de la salud. Para las instituciones en las que trabajé (una universidad y un hospital) el tema del “cuidado humanizado” era de gran importancia debido, principalmente, a que querían instituirlo como eje transversal al componente de “atención con calidad” en los servicios clínicos, quizás (entre otras razones) al notar constantes quejas de los usuarios desde el ámbito de la enfermería por ciertas manifestaciones “deshumanizadas” en el trato. Esta primera investigación, sobre las alternativas para brindar un cuidado humanizado en enfermería, dio lugar a una segunda, dado que se encontró un vacío en el conocimiento enfermero acerca de la separación entre la teoría del cuidado y la práctica del mismo en la realidad clínica. Aquí se intentó dar cuenta de las posibilidades de la enfermería de llevar su acervo de conocimientos sobre el cuidado a su práctica cotidiana al hospital.

En estas investigaciones (y en las demás labores con las instituciones contratantes) siempre existió un condicionamiento político por el cual la investigación cumple con la función de construir conocimiento y nunca contemplarse como un vehículo de denuncia social, acortando, susceptiblemente, el discurso científico-objetivo sobre los temas tratados. Desde una perspectiva crítica, los desarrollos teóricos e investigativos del cuidado están controlados por un orden jerárquico establecido por la medicina y su *leitmotiv* la cura, puesto que esta última se entiende dentro de su pertenencia a la vanguardia de los desarrollos de la ciencia y la tecnología, de los discursos lógicos y válidos, de las

construcciones masculinas hegemónicas y, en último término, de las pretensiones de verdad. Contrariamente, el cuidado –naturalizado en las madres y en las mujeres- no tendría las pretensiones de verdad del discurso médico, pues tiene como base tal naturalización, cierta disposición caritativa y emocional que no permite su realización a la par que la ciencia médica.

De la misma manera, puedo observar otra derivación del orden jerárquico en la organización de las ciencias de la salud: los medios de subsistencia dentro de las condiciones materiales de vida. Otra situación política y éticamente incorrecta, dadas las notorias diferencias entre el reconocimiento social entre un médico y una enfermera, la subordinación en sus quehaceres y los imaginarios instituidos sobre el estatus que proporciona la medicina y una suerte de poca “especialidad” de la enfermería. De alguna manera, estas ideas fueron controladas y matizadas por las instituciones que me contrataban.

Sin embargo, creí que siendo estudiante y ya no trabajador podría utilizar la investigación no sólo como una forma de construir conocimiento sino como un instrumento de denuncia. Por tal motivo escogí el tema del cuidado, sus discursos y prácticas a travesadas por la lógica económica y las transformaciones que suscitaron en él el fenómeno de la apertura económica en Colombia, para dar cuenta de todos aquellos procesos de la enfermería que me fueron silenciados por el orden institucional y, por qué no, social. Ahora bien ¿qué otros condicionantes tiene mi perspectiva como investigador al abordar el tema del cuidado y de la enfermería?

Mi formación en filosofía con énfasis en política me permitió acercarme críticamente al fenómeno social del cuidado, entonces a partir de Marx, de la Teoría Crítica de la sociedad y la crítica cultural realizada por G. Lukács, hice una lectura tratando de definir una posición abierta y decididamente materialista y estructuralista. De tal suerte, mi lugar como investigador siempre ha estado marcado por un lenguaje político, desde el cual considero agotadas las capacidades humanas para vivir autónomamente dentro de una sociedad que se dice a sí misma “liberal”, de poseer cierto grado de libertad cómoda y, necesariamente, con las condiciones materiales de vida satisfechas en su totalidad.

De la misma forma, considero que la “Razón” como facultad cognitiva humana por excelencia ha perdido su fin como capacidad para conocer y contemplar el mundo, ahora esta es un “instrumento” de dominación de la naturaleza y de la vida social, es una herramienta que permite controlar los fenómenos para evaluarlos, codificarlos y con ello tratar de predecirlos, por lo tanto, esta razón –filosóficamente fundada- ha permitido, gracias a su omnipresencia en todos los contextos de la vida, que se consideren las otras facultades por las cuales también conocemos el mundo como secundarias, así los sentidos y la sensualidad (Eros). Esta instrumentalización de la razón ha generado contenidos universales para la experiencia humana desde la incuestionable verdad que pregona la ciencia, pero ¿no habría, en rigor, una tendencia más humana hacia el conocimiento si se presentara bajo el signo de la duda escéptica? ¿No sería necesario confiar más en aquellas facultades “secundarias” del ser humano?

Así pues, asumo que mi postura como investigador está determinada políticamente, porque, en términos de Marx, creo que no es la conciencia de la enfermera la que determina su vida o su ser social, sino es el ser social lo que termina por determinar su conciencia, su lenguaje, sus formas de concebir el cuidado, de practicarlo y experimentarlo. Ella, por el afán impuesto por el frío desarrollo de la ciencia y la tecnología (razón instrumental) no se permite un acercamiento vital a la idea del Eros como representación de aquellas facultades dominadas la razón calculadora. La enfermera (al igual que muchas otras profesiones), entonces, realiza su ejercicio “constreñida” por las estructuras sociales, por las normas impuestas desde afuera de su conciencia y, en este caso, desde la estructura económica vigente en Colombia, por tanto, creo que los resultados de la investigación (la gran mayoría) están necesariamente permeados por esta posición, así como se ha visto a lo largo de este informe y se verá en el siguiente apartado.

3.4 La transformación de algunas prácticas de enfermería: contacto con el territorio y el individuo, asociación laboral, departamentos de enfermería y ajustes salariales.

A continuación se expondrán las opiniones de algunas enfermeras que vivieron la transformación del cuidado enfermero en tanto que tuvieron la experiencia de trabajar en servicios clínicos antes de la apertura económica y después de la misma. Algunas de estas reflexiones fueron reveladas en un grupo focal y otras a través de las entrevistas etnográficas realizadas en el hospital. Aquí podrá notarse, entonces, un “antes” y un

“después” de la práctica del cuidado profesional de enfermería, una mutación de las relaciones con los pacientes y algunos quiebres en los procesos propios de la profesión del cuidado.

Así pues, el modelo económico proteccionista, que tenía Colombia antes de la década de los 90’, favorecía un ejercicio práctico del cuidado enfocado en el paciente y en su contexto (aspectos que la ética del cuidado relaciona directamente con el cuidar, pues esta ética tiene por premisa que, más allá de plantear normas de acción dirigidas a formalizar conductas universalmente válidas, el cuidado debe sostenerse en el marco que determina la actividad del sujeto o, en este caso, las circunstancias que rodean al sujeto de atención enfermero, es decir que el cuidar no debe practicarse de manera abstracta como si pretendiera construir normas de acción que funcionen en todos los contextos, por el contrario, la acción del cuidado es directa y presencial, por lo tanto limitada por el contexto (García Moyano, 2015)) a pesar de desarrollar procesos biomédicos, enfocados desde el conocimiento de las ciencias médicas, de tal manera, una enfermera comenta

Para nosotras como enfermeras la posibilidad de ir atender a las comunidades en condiciones remotas era importantísimo y era como lo máximo de ejercer mi profesión en esos territorios que se llamaban los territorios nacionales, entonces era una enfermería que se contactaba mucho con la persona, con la familia y con la comunidad en forma directa eso lo percibí yo así en los años en que yo salí (Grupo focal-ANEC. Enfermera pensionada).

Tener contacto directo con el paciente, estar implicado en la relación de cuidado es el objetivo de la enfermería: “El papel de la enfermera, la enfermera es quien está en contacto directo, es mantener unas medidas de seguridad evitando los riesgos tanto para incrementárselos al paciente como para incrementárselos al personal que está trabajando con el paciente” (Grupo focal-ANEC. Enfermera pensionada). Sin embargo, atendiendo a los nuevos requisitos que planteaba el modelo neoliberal en salud, la presencia de la enfermera y la práctica del cuidado directo hacia los pacientes se fue desvaneciendo, así como las posibilidades de enfrentar colectivamente los cambios suscitados en el nuevo régimen económico

Yo creo que un modelo, el modelo que nosotros manejamos era el modelo ecologista de Florence Nightingale, que fue una persona de mucha observación, la enfermera es una persona que observa mucho, es una persona de una alta sensibilidad social, hoy en día esos paradigmas han cambiado porque hemos incorporado los paradigmas del modelo neoliberal, altas tecnologías, individuos

solos, enfermeras trabajando por sí solas, no hay colectivo, poco estas organizaciones que son escuelas de formación en lo político en lo social hoy día cada vez se están quedando menos y poco les interesa a los jóvenes vincularse a estas organizaciones (Grupo focal-ANEC. Enfermera pensionada).

Bajo las dinámicas de su interacción entre el sujeto de cuidado y la enfermera es donde se supone el intercambio del proceso social del cuidar, no obstante tal interacción se ve afectada por la lógica económica

Y hoy en día una mujer que no quiere tener ni la relación directa con los pacientes porque el mismo modelo ha dicho que las enfermeras nos vamos es más bien hacia la auditorías y nos han hecho especializaciones para la administración de servicios y menos en la asistencia sí, entonces eso lo está tomando el nivel auxiliar que es el que se queda allí y entonces llamamos la desprofesionalización de la enfermería, entonces yo ya me siento más cómoda con el sistema, es haciendo ese tema de facturación(Grupo focal-ANEC. Enfermera pensionada).

El mismo lenguaje, los dispositivos y las formas de hacer operativo el cuidado dentro de las clínicas sufrieron transformaciones profundas en la medida en que se fueron apropiando otras formas de llamar los sujetos y los objetos del área clínica, así pues, el sujeto de cuidado llamado paciente cambió a cliente y los departamentos de enfermería dentro del hospital desaparecieron y se institucionalizaron las llamadas “unidades funcionales de negocio”:

Un tema de estructura que eran los departamentos de enfermería, o sea, existían los departamentos de enfermería en ese momento, hoy atravesamos por unas cosas que se llaman las unidades funcionales de negocio, entonces el negocio de la cirugía, el negocio, entonces usted encontrará que para este sistema actual no es, no es rentable tener una unidad pediátrica, entonces la pediatría eh termina por acabarse y cerrarse en hospitales tan importantes como el de la Clínica del niño, Lorencita Villegas, el infantil Hospital infantil, porque no son rentables económicamente y entonces aquí me sitúo en el tema de que la salud y las enfermeras hablábamos de rentabilidad social, no de rentabilidad económica, que es otra diferencia del momento que vivimos y obviamente cuando a mí me ponen a contar cuantas jeringas se gastaron para hacer la factura etc., yo me voy yendo a ese elemento de las cosas voy cosificando y voy entrando en esos ambientes que es de contar (Grupo focal ANEC Enfermera pensionada).

En las condiciones laborales que tenían las enfermeras antes de la apertura económica se veían algunas ventajas salariales –como el reconocimiento por ser profesionales o especialistas-, de contratación, pues gozaban de contratos fijos, así mismo, algunas enfermeras madres podían llevar sus hijos a las guarderías de los hospitales. No obstante, todas estas implicaciones económicas fueron mutando en desventajas para las profesionales, pues, como dicen algunas informantes:

Cierto, lo que pasa es que nosotros en nuestra época trabajábamos por contrato de trabajo indefinido con toda una serie de garantías, situación que hoy en día no existe, sí, entonces ya la enfermera tiene que responder por su seguridad social por su tal cosa, le sacan para la cooperativa, le sacan para “los sindicatos” que cobran cierto, eso lo que nosotros vivimos ya no existe (Grupo focal ANEC Enfermera pensionada).

De la misma forma:

Los prestadores nuestros tenían un ambiente de trabajo que le eran favorables a las mujeres, por ejemplo teníamos nuestras guarderías teníamos, podíamos dejar a nuestros hijos e ir a trabajar y hoy yo le preguntaba a una mujer y la mujer dice que ya no quiere tener hijos porque ya no hay condiciones, porque tú con quien los dejas, entonces la mujer en ese ejercicio de estar trabajando, yo lo vivía con las auxiliares de enfermería entonces cuando ella tenía que dejar su niño encerrado y venir a atender otro niño que no era su hijo porque tenía que trabajar entonces empiezan a venirse todos esos problemas de que la enfermera no es ese mejor personaje para atender, que maltratamos, etcétera, o sea que va muy ligado al tema de lo económico (Grupo focal ANEC Enfermera pensionada).

Como puede verse, la enfermería frente al contacto directo con los pacientes, es decir bajo la lógica del diálogo, de cara a los procesos de organización y movilización social, a los requisitos de especializaciones en áreas financieras y no en cuidado clínico, frente al cambio en las estructuras operacionales del cuidado y a las transformaciones de los regímenes laborales en Colombia, ha tenido cambios sustanciales en sus esquemas de actuación más puros, debido a los desarrollos económicos que se vivieron en el país durante la década de los 90'. Esta carga del sistema económico sobre las prácticas asistenciales de la enfermería demuestra, como más arriba se hizo notar, que la profesión tuvo que abandonar la autonomía de sus acciones, sus objetivos propios, para empezar a discursar discursiva y prácticamente bajo el modelo impuesto de la lógica económica en salud, por tanto, la enfermería ya no habla su idioma propio, habla el idioma de la estructura.

Conclusiones

El camino recorrido por esta investigación permitió observar con detenimiento algunas características particulares del cuidado de enfermería en el ámbito clínico y académico, su intención, sumada a los propios vacíos de conocimiento del autor, nunca fue hacer un análisis completo y exhaustivo de la profesión y del sistema de salud. Estas particularidades se analizaron bajo la perspectiva de la posible influencia del sistema económico colombiano en el transcurso de treinta años, con el objeto de determinar los cambios o continuidades en el ejercicio práctico y en la esfera discursiva del cuidado ejercido por la enfermería.

El sistema de salud en Colombia sufrió transformaciones radicales con el cambio de modelo económico, cuando se pasó de un sistema proteccionista a un sistema de libre mercado (Kalmanovitz, 2010; Ocampo, 1987), lo que ocasionó crisis en la prestación del servicio médico y la vulneración del derecho a la salud. Aunque las intenciones de lograr un servicio con cobertura universal en salud eran loables, su aplicación a través del sistema privado y el nuevo modelo de aseguramiento en salud produjeron dificultades de acceso y atención oportuna a los miles de colombianos que, ya fuera por subsidio o por pagar el aporte obligatorio, buscaban satisfacer sus necesidades médicas.

De la misma manera y gracias a la ley 100 de 1993 (Congreso de la República, 1993) las condiciones laborales de las profesiones de la salud fueron desmejoradas. Con todo, la enfermería sufrió los embates de un sistema que privilegió la “razón biomédica” y las estructuras financieras privadas por influencia de los actores internacionales de la banca mundial (Riveros Pérez & Amado González, 2012; Salcedo & Arrivillaga, 2014), así pues la enfermería en el país pasó de tener contratos fijos a tener contratos por prestación de servicios, se vio obligada a pagar las llamadas “cooperativas de trabajo” en donde muchas profesionales perdieron sus ahorros, y, por último, a ver disminuidos sus salarios y su seguridad social (Castrillón, Orrego, Pérez, Ceballos, & Arenas, 1999).

Las profesiones de la salud sufrieron cambios substanciales en el periodo de la apertura económica, algunas se posicionaron en el escenario económico como la medicina –tras aportar, por ejemplo, a la conformación de las diferentes Eps(s) e Ips(s) privadas-, otras, como las terapias (físicas, respiratorias), fortalecieron e hicieron homogéneas sus

actividades frente a la enfermería, pues fue desde allí donde se desprendieron y se dieron impulso académico y competitivo en el ámbito clínico. Por su parte, la enfermería, deudora del modelo biomédico establecido, resintió la transformación económica como consecuencia de no fortalecer y posicionar sus conocimientos provenientes de las teorías del cuidado norteamericanas y mantener un perfil bajo en las áreas hospitalarias a pesar de ser su fuerza de trabajo mayoritaria.

Para la profesión de enfermería el cuidado es su característica principal, es el “ser y esencia de la profesión” (Congreso de la República de Colombia, 2004), así pues, es desde esta categoría donde se desarrollan sus filosofías, teorías y modelos clínicos. A pesar de tener claridad en su “ser y esencia” la enfermería define el cuidado de múltiples formas, cada teórica del mismo, a partir de sus propias concepciones de lo “humano”, especifica la noción del cuidado (Marriner & Raile, 2007). No obstante, gracias a los desarrollos teóricos, la enfermería logró proponer un esquema epistemológico basado en cuatro focos de conocimiento para el cuidado: la salud, la persona, el entorno y la enfermería (Fawcett, 1995; Henderson, 1961; Newman, Sime, & Corcoran-Perry, 1991), de tal manera proporcionó un estudio del cuidado basado en la evidencia empírica y la sistematización teórica.

Sin embargo, el conocimiento enfermero, la investigación, la teoría y la práctica clínica, han estado supeditados a los imperativos de la ciencia médica, desde sus comienzos con Florence Nightingale hasta sus desarrollos más recientes que implican técnicas y tecnologías propias. Esta subordinación parece estar incrustada en todo su desarrollo, pues cuidar no significa lo mismo que curar y, esta última, es la acción que procura la biomedicina, por lo tanto, a pesar de ciertos privilegios adquiridos por la enfermería en Colombia gracias a la apertura económica, como la adquisición y actualización del conocimiento de los cuidados, la profesión no puede transitar a un posicionamiento más eficaz de su quehacer en el hospital por cuenta de su dependencia al modelo hegemónico de la medicina. En otras palabras, la enfermería no sería prestadora de cuidado sin los saberes de la medicina, entonces el cuidado de la salud depende de los avances y desarrollos propios de las ciencias que acompañan la práctica médica como la biología, la química y la física, las ciencias que, entre otras cosas, procuran el curar.

No obstante, el acervo de conocimientos de la enfermería también se presenta bajo otros esquemas y posibilidades epistemológicas. Bajo las sombras de las ciencias naturales y positivas aparecen las ciencias sociales y humanas en el cuerpo de conocimientos enfermeros. Los cuidados, alimentados necesariamente por la biomedicina, se refuerzan con la apreciación cualitativa del ser humano y sus relaciones, se presentan como prácticas sociales y culturales sobre los sujetos de atención que, asimismo, subyacen bajo estas esferas, lo que, en último término, se desarrolla como el cuidado del cuerpo humano, también es el abordaje de las dinámicas de la salud y la enfermedad como consecuencia de los procesos bio-psico-sociales. Observar y estudiar el proceso salud-enfermedad reivindicando la visión cualitativa del cuidar puede ser un *plus* de la atención de enfermería, sin embargo, también puede ser visto como el desmérito de la profesión en tanto que no se conecta con los avances cuantitativos de la medicina.

Las ciencias socio-humanísticas, fundadas en la interpretación y comprensión de los sentidos de la acción humana (de la Garza Toledo, 2000), han dado herramientas funcionales al ejercicio del cuidar enfermero, como el conocimiento de los contextos socio-económicos en la prestación de servicios en salud comunitaria, asimismo ha dado bases conceptuales en las determinaciones bioéticas que problematizan la relación entre ciencia, tecnología y decisiones éticas frente a la vida. De hecho, las ciencias humanas han aportado al conocimiento de los significados de la vida del ser humano haciendo que el ejercicio del cuidado se torne correspondiente a tales sentidos, es decir, se presta cuidado atendiendo a los posibles significados de la vida humana. A pesar de ello, el positivismo de las ciencias médicas, el biologismo que abriga sus actividades, puede ser una de las barreras por las cuales la enfermería no puede hacer una conjunción perdurable entre los dos sistemas de pensamiento.

Siendo esto así, la enfermería en Colombia podría buscar un reposicionamiento en la jerarquía de las profesiones de salud y frente al paciente si robusteciera los contenidos cualitativos del cuidado, en tanto que le otorgaría una visión alternativa a sus desarrollos teóricos y prácticos, y supondría la realización del cuidado más allá de los presupuestos hegemónicos de la ciencia médica, buscando, como siempre, la satisfacción de las necesidades físicas de los sujetos de atención y la consecución de su bienestar integral.

De otra parte, el cuidado enfermero es realizado en su mayor parte por mujeres, lo que lleva a pensar que la enfermería es una profesión esencialmente femenina. Aquí se pone en discusión la construcción social y cultural del género y qué actividades y trabajos están dispuestos para cada sexo. La noción de cuidado ha sido pensada desde los estudios feministas como “territorio” de una crítica social hacia las fuerzas hegemónicas masculinas que dominan los esquemas sociales económicos, científicos, políticos y éticos en el mundo contemporáneo (L. Arango & Molinier, 2011). Esta crítica busca penetrar en la categoría del cuidado y separarla de las representaciones sociales que la conciben como una actividad natural de la mujer, debido a que, por tales representaciones, se ha formulado como una condición esencial femenina y, por tanto, no tiene por qué manifestarse como una acción social validada por las normas económicas, éticas y políticas. Sin embargo, la noción de cuidado está entrecruzada por todas estas dimensiones, pues, es una forma de conocer y comprender el mundo (dimensión epistemológica), sostiene pretensiones de verdad (como el discurso científico), es un trabajo (dimensión económica) y es una ética (crítica a las éticas deontológicas, normativas y universalistas).

Para la profesión de enfermería, esencialmente femenina, el cuidado como categoría analítica, que pone de manifiesto una diferencia entre las actividades realizadas según el género, no logra ser evidenciado por las informantes de la investigación. Esta visión del cuidado y el género, abordados desde las ciencias sociales y humanas, podría ser otra forma de reivindicar y reposicionar la enfermería en el contexto de las ciencias de la salud y de fortalecer los procesos sociales que propenden por la igualdad y equidad entre sexos.

El cuidado de la vida, todas las prácticas asociadas a su preservación y potenciación en el área de la salud, son vistas como subsidiarias de la medicina, sin embargo, es posible observar que la enfermería “podría” distanciarse de la visión netamente biologista si enfocara sus desarrollos teóricos y prácticos al plano de las “ciencias del espíritu”, en tanto que los fenómenos de la salud y la enfermedad no son objetos de conocimiento puramente biológicos, sino que son susceptibles de un abordarse social y cultural, por lo tanto, las ciencias que buscan la preservación de la vida se complementarían con los estudios de la comprensión de las relaciones humanas y no sólo de la explicación biológica. De la misma manera, podría argüirse que, en tanto la enfermería formalice procesos políticos que

busquen equidad de género –pues la subalternidad de la enfermera no sólo está presente como un hecho en la producción, apropiación y reproducción del conocimiento científico, sino como un hecho de su posición social como mujer y, entre otras cosas, en la división sexual del trabajo-, bajo la dirección de la ciencias sociales y humanas, sus actividades profesionales gozarían de proyección y reconocimiento social y económico.

Para Ernst Cassirer (Cassirer, 1976) algunos objetivos de la ciencia pueden ilustrarse como dar seguridad en un mundo cambiante, satisfacer las necesidades y mejorar la vida del hombre. A pesar de ello, los avances y saberes científicos también son motivados por los grandes intereses económicos y así se justifica la creación de nuevas necesidades o de necesidades falsas (H Marcuse, 1986). En el caso de la enfermería, práctica que procura el sostenimiento de la vida de los seres humanos en estado de vulnerabilidad, la economía también juega un papel importante en el desarrollo de sus acciones. Un sistema económico que busca, entre otras cosas, la acumulación de la riqueza en pocas manos, que no reparte justamente el capital entre el conjunto de la sociedad ¿qué entiende por cuidado del ser humano?

En Colombia la práctica del cuidado enfermero se sitúa entre las pretensiones económicas de los grandes capitales que controlan el “mercado de la salud” y las motivaciones personales y profesionales que ponen a la enfermería como un ejercicio de dedicación, constancia y proclividad a generar bienestar. Las fuerzas sociales que, después de 1990, acapararon el sistema de salud se enfocaron en la obtención de clientes y usuarios, las cualidades humanas se convirtieron en cantidades económicas, la dignidad pasó a ser un término dentro de los discursos de calidad y servicio al cliente. La enfermería se adaptó a estos discursos, sus tiempos y movimientos hospitalarios se trasladaron del plano cualitativo del cuidado –de un cierto sentido hospitalario- a un plano de inmediatez en la atención, a estadísticas y cuentas de servicio.

puede concluirse que la noción de cuidado y la profesión de enfermería se transformaron al mismo tiempo que se sucedían las respectivas mutaciones de los procesos estructurales de la Colombia de fin de siglo. Todo el contexto socio-económico que campeaba entre las décadas de los 80’ y de los 90’ se manifestaba en constante cambio, Colombia, según palabras del presidente de la época César Gaviria (Dinero, 2013), no necesitaba quedarse

atrás de los procesos globales en donde las economías más poderosas del mundo se permitían hacer tratados de mercado internacionales, por lo tanto, el país también necesitaba estar a la vanguardia. Siendo así, el cuidado en enfermería, al ritmo de los cambios de aquellas décadas, necesariamente presentó quiebres y fracturas debidas al fenómeno de la libertad de mercado entre naciones.

Ahora bien, tales cambios pueden leerse, en primer lugar, desde los discursos de cuidado en enfermería. Aquí puede verse un “antes” y un “después” del orden discursivo de la profesión, pues antes de la década de los 90’ la enfermería estudiaba y ejercía su actividad clínica bajo los preceptos de la biomedicina, no existía el conocimiento de los modelos y de las teorías del cuidado desarrollados por las teóricas norteamericanas (Marriner & Raile, 2007; Purnell, 2007), por tanto, podría decirse, que el ejercicio de la enfermera se encontraba en una posición de subalternidad por el dominio de las ciencias biomédicas hegemónicas. No obstante, con la apertura económica en Colombia también llegaron al país las teorías del cuidado construidas en el “norte global”, por lo que en la academia se empezaron a difundir y a estudiar los discursos del cuidado, esto fue un gran avance en términos de desarrollos teóricos para la academia colombiana y la profesión de enfermería.

De tal manera, en la década de los 90’ la enfermería empieza a hablar de cuidado, llegan teorías como las Peplau, Abdelah y Herdenson (Marriner & Raile, 2007) y permiten un empoderamiento de la profesión del cuidado en vista del objetivo principal de sus acciones clínicas: mantener la vida, sostenerla (Tobío, Agulló, Gómez, & Martín, 2010), esto como principio y motor de su quehacer. Contrariamente, después de acomodarse el discurso de cuidado en las instancias educativas, pudo encontrarse que en la práctica clínica aún domina el discurso biomédico. Aquí puede leerse cómo el discurso científico, calculador, basado en el método experimental genera un poder sistemático que ensalza el discurso médico y rechaza todo aquel saber que no proviene de sus mismos métodos. Se trata de relaciones de poder creadas por la abdicación de unos (en este caso la enfermería) y el enaltecimiento de otros (la medicina), entonces, a pesar de la circulación del conocimiento sobre el cuidado en Colombia la enfermería continúa realizando actividades basadas en la biomedicina.

Para los estudios sociales del cuidado (Tobío et al., 2010) y para la enfermería el cuidado es una herramienta conceptual por la cual se comprenden las actividades y prácticas que buscan la supervivencia humana, entonces es la vida misma la que se pone en juego como constante del quehacer enfermero. Sin embargo, gracias a la nueva forma de acumulación de la riqueza (Abadía-Barrero et al., 2008) provocada, en gran medida, por las fórmulas económicas de privatización y, en este caso, de privatización de los servicios de salud, puede verse que en la enfermería y en el cuidado este principio bajo las condiciones que impone el capital entra en crisis y dificultades profundas para cumplir con su objetivo. Así, por ejemplo, para algunas enfermeras entrevistadas el gran sistema económico está completamente en contra del cuidado de la vida, pero, y podría agregarse, está en contra de la salud del planeta, de la salud global (Sfez, 2008). La vida ya no parece ser el elemento unificador del discurso enfermero, ahora, bajo el sistema capitalista de producción, es otro lenguaje el que tiene que manejar el profesional, tiene que hablar de metas, de costo-efectividad, de glosas y de usuarios-clientes.

Así mismo, las relaciones entre los sujetos de cuidado y entre el grupo de trabajo de la enfermería se ven corroídas por el “régimen de poder ilegible” (Sennett, 2000) que es el capitalismo, pues las condiciones laborales inseguras generan estados de incertidumbre entre el personal, producen en el individuo un carácter desobligante, de disgusto, dada la gran cantidad de burocracia, de papeleo y actividades encaminadas a otros objetivos diferentes al cuidado de la vida. Frente a esto, es preciso distinguir las acciones concretas que debería ejercer la enfermería en el hospital, ya que, como se verá más adelante, las prácticas de cuidado observadas etnográficamente dan cuenta de otros procesos y prácticas a las que están sistematizadas en la literatura especializada de la enfermería.

Por consiguiente, en esa gran amalgama de acciones que ejecuta la enfermera en el hospital, existen prácticas concretas de la profesión que están protocolizadas en las instituciones sanitarias (*Manual de procedimientos generales de enfermería*, 2012) y que tienen su fundamento en el método científico (Cano, 2004), tales acciones tienen por objetivo el sostenimiento de la vida humana a través de técnicas sustentadas en el conocimiento del cuerpo. Los protocolos son normas del cuidado, deberes encaminados a la atención pronto

del sujeto para lograr su bienestar, las cuales, en su errónea realización, rompen con las reglas básicas del sistema de salud en general.

Con todo, a pesar de tener prácticas y procedimientos muy concretos para la realización de los cuidados, estos pasan desapercibidos para el observador, dado que se hacen en plazos de tiempo muy cortos, mientras que lo fácilmente destacable, por su duración, es una rutina (Ledesma-Delgado & Mendes, 2009) de prácticas forzosamente acomodadas por la estructura que prevalece en el sistema entero de salud. Entonces, se pueden identificar como prácticas de la enfermería bajo la rutina patente de los servicios sanitarios la entrega de turno, el registro de este proceso en el sistema informático del hospital, la preparación y administración de los medicamentos, nuevamente su registro informático y por último la entrega de turno.

Esta rutina no permite que la enfermera tenga un contacto real con el paciente, como insiste la teoría enfermera (Alcaraz, Zapata, Gomez, & Tavera, 2010; E. M, E, L, & M. A, 2016) y como propone la ética del cuidado (L. G. Arango, 2011; García Moyano, 2015). Este distanciamiento entre la enfermera y el sujeto de atención podría llamarse, en términos de G. Lukács, reificación (Lukács, 1970), pues para este autor las relaciones sociales y culturales advenidas dentro del sistema capitalista de acumulación de la riqueza adquieren frialdad, extrañamiento, instrumentalidad, son relaciones en las que se cumplen los intereses propios haciendo del otro el objeto que proporciona tal satisfacción, restándole sus características humanas, convirtiéndolo en cosa. En tal virtud, de aquí se desprende una propuesta para la práctica de enfermería, pero que, lastimosamente, puede quedarse en el mundo de la razón y de las ideas, como la mayoría de propuestas teóricas de enfermería para dar cuidado directo. Se trata de asumir el cuidado como un proceso dialógico, de ida y vuelta entre los sujetos de intercambio, que logre una sensibilidad diferente para alcanzar una relación de “implicación con interés” como el mismo Lukács propone para superar la reificación.

Así como en el análisis de los discursos de cuidado se pudo dar cuenta de una diferencia entre su orden en la década del 80', a comienzos de los 90' y los años siguientes, sucede lo mismo en el orden de las prácticas del cuidado, pues, cuando el país mantenía un esquema económico proteccionista la enfermería tenía más contacto directo con los pacientes, sus

familias y el territorio, tenían algunos privilegios salariales en tanto se especializaran, las madres contaban con el apoyo institucional para proteger a sus hijos y tenían contratos laborales estables. Por otra parte, en la década de la apertura económica, cuando por fin se liberalizó la economía, las enfermeras del país perdieron capacidad de organización y movilización social, les quitaron la posibilidad de ascender en los rangos salariales así se contara con un título de especialización en cuidados, pero si se les abrió la posibilidad de estudiar asuntos relacionados con la administración financiera y las auditorías, de la misma manera, se cerraron muchos departamentos de enfermería en los hospitales y fueron reemplazados por las “unidades funcionales de negocio” y, por último, las condiciones laborales se estremecieron y dejaron a muchas profesionales a la deriva laboral.

En última instancia, comprender las prácticas del cuidado enfermero supone un ejercicio de comprensión de las estructuras sociales en las cuales se desenvuelven y dar razón de los condicionamientos que determinan su actividad. Así pues, la estructura económica evidencia su lenguaje instituyéndolo en la práctica del cuidar, se puede observar en las dinámicas del servicio sanitario cuando la enfermera se aleja, no porque quiera sino porque se le obliga, del paciente, de tal manera, se puede afirmar que el cuidado en enfermería se encuentra entre la subalternidad y la reificación.

Anexo 1

NUEVO GUIÓN ENFERMERAS

22/12/2015

1. Características del servicio

1.1 ¿Cuáles son las características que debe tener el servicio de enfermería en su Unidad?

1.2 ¿El protocolo de la institución difiere (es diferente) de lo que dicta la teoría de enfermería en cuanto a su servicio? ¿Cómo? ¿En qué?

2. La experiencia personal dentro de la enfermería

2.1 ¿Cómo ha sido su experiencia personal como enfermera desde que empezó a ejercerla?

2.2 ¿Qué ha observado de la profesión de enfermería en los últimos años?

2.3 ¿Usted cree que ha habido cambios en la atención enfermera? ¿Cuáles?

3. Mujer

3.1 ¿Cómo cree que influye su feminidad y el hecho de ser profesional de enfermería en sus relaciones cotidianas con el personal de salud masculino?

3.2 Si no influye ¿Por qué?

4. Relación con los pacientes

4.1 ¿Cómo es su relación con los pacientes?

4.2 ¿Existe algún tipo de interacción con ellos, es decir, ellos llegan a conocerla a usted?

4.3 ¿Cómo definiría esa relación? (Implicación, interés, conexión, etc.)

5. Enfermería y economía

5.1 ¿Usted cree que el sistema económico actual (Apertura económica, globalización financiera, Estado como ente regulador, capitalismo, etc.) interviene en la profesión de enfermería? ¿Por qué? ¿Cómo?

5.2 ¿Existe algún tipo de beneficio para la enfermería con el sistema de salud tal cual está formulado hoy?

5.3 ¿Tiene seguridad laboral la enfermería?

6. Cuidado

6.1 ¿Cuál es el objetivo principal del cuidado?

6.2 ¿Cómo lo define?

6.3 ¿Desde su propia experiencia cree que el cuidado se ha transformado? ¿Cómo? ¿Por qué?

6.4 ¿Cómo ve al cuidado dentro del sistema de salud colombiano? ¿Es viable? ¿Se puede dar? ¿De qué manera?

Bibliografía

- Abadía-Barrero, C., Cortés, G., Fino Sandoval, D., García Álvarez, C., Oviedo Manrique, D., Pínula Alfonso, M., & Valdés Serrano, E. (2008). Perspectivas inter(situadas) sobre el capitalismo en la salud: desde Colombia y sobre Colombia. Retrieved from <http://sedlocal.sedbogota.edu.co/dleusme/images/stories/saludalcolegio/perspectivas.pdf>
- Abbasi, K. (1999). The World Bank and World Health: Changing Sides. *BMJ: British Medical Journal*, 318, 865(869). Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1115285/>
- Alcaraz, G., Zapata, M., Gomez, M., & Tavera, E. (2010). Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo. *Investigación y educación en enfermería*, 28 No 1, 43(53). Retrieved from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120\(5307201000010006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120(5307201000010006)
- Apple, R. (2006). *Perfect Motherhood. Science and Childrearing in America*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Arango Bayer, G. L. (2013). Enfermería y el respeto a la autonomía en el ámbito hospitalario: entre la sobreprotección y el descuido. *Nursing and respect to professional autonomy in hospital environment: overprotection or negligence.*, 31(1), 126(132).
- Arango, L., & Molinier, P. (2011). *El trabajo y la ética del cuidado* (C. A. Hurtado Ed.). Medellín Colombia: La Carreta Editores.
- Arango, L. G. (2011). El cuidado como ética y como trabajo. In C. A. H. Orozco (Ed.), *El trabajo y la ética del cuidado* (pp. 15(22)). Medellín: La Carreta Editores.
- Arias, R. (1993). La jerarquía eclesiástica colombiana y el proceso de paz de belisario betancur (1982(1986). *Historia Critica*(8), 1.
- Becerril, M. V., Medina, G., & Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública de México*, 53 suplemento 2, 120(131).
- Bourdieu, P. (2003). *El oficio del científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad. Curso del Collège de France 2000(2001* (J. Jordá, Trans.). Barcelona: Anagrama.
- Cano, M. d. C. A. (2004). El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas. *Revista Cubana de Enfermería*, 20(1), 1(1).
- Careaga, Y. Z., & Klijn, T. P. (2009). El género en el desarrollo de la enfermería. (Spanish). *Gender present in nursing development. (English)*, 10(1/2), 1(9).
- Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Sciences*, 1(1), 13(24).
- Carrasco, C., Borderías, C., & Torns, T. (2011). *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas*. In C. Carrasco, C. Borderías, & T. Torns (Eds.). Retrieved from <https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Economia critica/El trabajo de cuidados C. Carrasco C. Borderias T. Torns.pdf>
- Carrasquer, P. (2013). El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. *Cuadernos de relaciones laborales*, 31, 91(113). Retrieved from <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/viewFile/41633/39693>
- Carvajal, B. C. (2009). Prácticas filantrópicas en Colombia, 1870(1960. *Historia y Sociedad* (01218417)(17), 37(68).

- Cassirer, E. (1976). *Antropología filosófica : introducción a una filosofía de la cultura* (E. Ímaz, Trans. Vol. 1). México: Fondo de cultura económica.
- Castrillón, M., Orrego, S., Pérez, L., Ceballos, M., & Arenas, G. (1999). La enfermería en Colombia y la reforma en el sector salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 17(1).
- Castro, B. (2008). Los inicios de la asistencia social en Colombia. *Revista CS*. Retrieved from https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/405
- Chuaqui-Kettlun, J. R., Bettancourt(Ortega, L. P., Leal(Román, V. J., & Aguirre(González, C. A. (2014). La identidad profesional de la enfermería: un análisis cualitativo de la enfermería en Valparaíso (1933(2010). *The Professional Identity of Nursing: A Qualitative Analysis of Nursing in Valparaiso (1933(2010)*. 14(1), 53(66).
- Collier, R. B., & Collier, D. (2002). *Shaping the political arena: Critical junctures, the labor movement, and regime dynamics in Latin America* (2° ed. ed.). Notre Dame: University of Notre Dame.
- Congreso de la República. (1993). *Ley 100 de 1993*. Bogotá Retrieved from www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%20100%20DE%201993.pdf.
- Congreso de la República de Colombia. (2004). *Ley 911 de 2004*. (45.693). Bogotá Colombia: Congreso de la República Retrieved from [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles\(105034_archivo_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles(105034_archivo_pdf.pdf).
- César Abadía, B., Pinilla A, M. Y., Katherine Ariza, R., & Ruíz S, H. C. (2012). Neoliberalismo en salud: La tortura de trabajadoras y trabajadores del Instituto Materno Infantil de Bogotá. (Spanish). *Neoliberalism in health: the torture of the health care workers of the Bogota's Instituto Materno Infantil (child and maternity hospital)*. (English), 14(1), 18(31).
- de la Garza Toledo, E. (2000). Subjetividad, cultura y estructura. *Biblioteca virtual CLACSO*. Retrieved from [http://biblioteca.clacso.edu.ar/subida/Mexico/dcsh\(uam\(i/uploads/20100518064934/garza.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/subida/Mexico/dcsh(uam(i/uploads/20100518064934/garza.pdf)
- de Souza Minayo, M. C. (2003). *Investigación social. Teoría, método y creatividad* (M. Urquía, Trans.). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Dinero, E. R. (2013). La apertura económica. *Revista Dinero*, 468.
- Durán, M. (2001). Disciplina de enfermería. In *Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. Proyecto Innovar* (pp. 16). Bogotá, D.C.: Unibiblos.
- Durán, M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichán*, 2(2).
- Durán, V. M. (2001). *Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo*. (P. Bellón Ed.). Bogotá: Unibiblos.
- E. M, B.-G., E, S.-H., L, R.-L., & M. A, V.-G. (2016). Resultados del proceso de atención en enfermería. El camino hacia la efectividad de los cuidados. *Results of the nursing process. The path to the effectiveness of nursing care.*, 70(3), 244(253).
- Eriksson, K. (2010). Concept determination as part of the development of knowledge in caring science. In *Scand J Caring Sci* (Vol. 24 Suppl 1, pp. 2(11). Sweden: 2010 The Author. Journal compilation 2010 Nordic College of Caring Science.
- España, J. L. N., Ávila, F. M., & Barceló, R. V. (2011). La eficiencia de los Hospitales Colombianos en el contexto Latinoamericano. Una aplicación de Análisis Envoltante de Datos (DEA) en un grupo de hospitales de alta complejidad, 2009. *The efficiency of Colombian hospitals in the Latin American context. An application*

- of Data Envelopment Analysis (DEA) in a group of complex surgeries hospitals, 2009., 15(33), 71(93).*
- Espinosa, Á., Enríquez, C., Leiva, F., López, M., & Castañeda, L. (2015). Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería. *Ciencia y Enfermería, 21 No 2.* Retrieved from [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717\(95532015000200005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717(95532015000200005)
- Evans, D. B., Elovainio, R., & Humphreys, G. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo.* In 3. Financiamiento de la salud, *La financiación de los sistemas de salud El camino hacia la cobertura universal.* Retrieved from <http://www.who.int/whr/2010/es/>
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptual models* (Vol. 1). Philadelphia: F.A Davis Company.
- Ferreira, T. S., De Souza(Braga, A. L., Cavalcanti(Valente, G. S., De Souza, D. F., & Carvalho(Alves, E. M. (2009). Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. *Nursing audit: The impact of nursing annotation in the context of hospital gloss., 9(1), 38(49).*
- Flores Acosta, J. H., Atehortúa Becerra, S. C., & Arenas Majía, A. C. (2009). Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993. *Revista Gerencia y Políticas de Salud, 8 (16), 107(131).* Retrieved from
- Gaitán, C. M. C. (1999). *La enfermería en Colombia. Orígenes de audacia y compromiso.* Tunja (Boyacá): Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Instituto de investigaciones y formación avanzada.
- García, G. I. (2008). Modernidad y cosificación: Simmel y Schütz. (Spanish). *Revista de Filosofía de la Universidad de Costa Rica, 46(119), 57(68).*
- García Moyano, L. (2015). La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. *The ethics of caring and its application in nursing profession., 21(2), 311(317).*
- Giglioli, G. (1994). Bloque histórico y hegemonía en Antonio Gramsci. *Revista de Filosofía Universidad de Costa Rica, 79 extraordinario, 253(285).* Retrieved from [http://inif.ucr.ac.cr/recursos/docs/Revista%20de%20Filosof%C3%ADa%20UCR/Vol.%20XXXII/No.%2078\(79/Bloque%20Historico%20y%20Hegemonia%20en%20Antonio%20Gramsci.pdf](http://inif.ucr.ac.cr/recursos/docs/Revista%20de%20Filosof%C3%ADa%20UCR/Vol.%20XXXII/No.%2078(79/Bloque%20Historico%20y%20Hegemonia%20en%20Antonio%20Gramsci.pdf)
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development.* Cambridge: Harvard University Press.
- González, J. I. (2014). Globalización financiera, regla fiscal y gastos sociales. In *Globalización, libre comercio y salud* (pp. 23(36). Bogotá D.C: Ediciones Aurora Pontificia Universidad Javeriana Universidad de San Buenaventura
- Guerrero, R., Gallego, A., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud en Colombia. *Salud Pública de México, 53, 144(155).* Retrieved from [www.insp.mx](http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002618) website: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002618
- Gunther, M. (2007). Seres humanos unitarios. In EdiDe (Ed.), *Modelos y teorías de enfermería* (pp. 244(266). Barcelona: Elsevier España.
- Gutierrez, A. (2005). *Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu.* Córdoba, Argentina: Ferreyra Ed.

- Guzmán B, C. (2013). Economía del cuidado. *Revista Económica Supuestos*. Retrieved from <http://revistasupuestos.uniandes.edu.co/?p=4934>
- Guía de práctica clínica. *Cuidados críticos de enfermería*. (2004). In H. TXAGORRITXU (Ed.). Retrieved from <http://www.seeiuc.com/profesio/criticos.pdf>
- Gómez, D. O., Sesma, S., Becerril, V., Knau, F., Arreola, H., & Julio, F. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México, 53 suplemento 2*, 220(232).
- Gómez, F. R., Jaramillo, T. Z., & Beltrán, L. G. (2013). Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003(2008). *Análisis de la equidad en cinco dimensiones del sistema de salud de Colombia, 2003(2008., 33(2)*, 107(115).
- Heidegger, M. (1951). *El ser y el tiempo* (J. Gaos, Trans.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Henderson, V. (1961). *Principios básicos de los cuidados de enfermería* (Vol. 57). Washington: Organización Panamericana de la salud.
- Honneth, A. (2007). *Reificación: Un estudio en la teoría del reconocimiento* (G. Calderón, Trans.). Buenos Aires: Katz Ediciones.
- Iglesias Aparicio, P. (2003). *Mujer y salud: las escuelas de medicina de mujeres de Londres y Edimburgo*. (Estudios históricos de la mujer), Universidad de Málaga, Málaga. Retrieved from <http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/16272791.pdf>
- Kalmanovitz, S. (2010). *Nueva Historia Económica de Colombia*. Bogotá: Taurus.
- Kant, I. (2002). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (R. Aramayo, Trans.). Madrid: Alianza Editorial.
- Kawulich, B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum: Qualitative social research, 6 No 2*. Retrieved from [http://www.qualitative\(research.net/index.php/fqs](http://www.qualitative(research.net/index.php/fqs)
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2005). *Fundamentos de enfermería: Conceptos, proceso y práctica* (Séptima Edición ed. Vol. I y II). Madrid: Mc Graw(Hill).
- Kérouac, S. P., Jacinthe. Ducharme, Francine. Duquette, André. Major, Francine. (2001-2002). *El pensamiento enfermero* (M. A. Blanco, Trans.). Barcelona: MASSON.
- Lamprea, E. (2011). *La Constitución de 1991 y la crisis de la salud Encrucijadas y salidas* (Universidad de los Andes Vicerrectoría de Investigaciones ed.). Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Ledesma(Delgado, M. E., & Mendes, M. M. R. (2009). The nursing process presented as routine care actions: building its meaning in clinical nurses' perspective. *El proceso de enfermería como acciones de cuidado rutinarias: construyendo su significado en la perspectiva de las enfermeras asistenciales., 17(3)*, 328(334).
- Lopes, L. M. M., & dos Santos, S. M. P. (2010). Florence Nightingale ((Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. *Florence Nightingale ((Notes on the founder of Modern Nursing., 3(2)*, 181(189).
- Lukács, G. (1970). *Historia y conciencia de clase* (F. Duque, Trans. T. Franco Ed.). La Habana.
- Mafort, O. A., & Fleury, S. (2005). El Proceso de Reformas del Seguro Social de la Enfermedad de Alemania durante la Década del '90. Avances e Impases. *Salud Colectiva, 1 (2)*, 173(194).

- Malvárez, S., & Castrillón, M. (2005). *Panorama de la fuerza de trabajo en América Latina*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Malvárez, S. M. (2005). *Panorama de la fuerza de trabajo de enfermería en América Latina* (Vol. 39). Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Manual de procedimientos generales de enfermería*. (2012). In H. U. V. d. R. S. A. d. Salud (Ed.). Retrieved from http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Marcuse, H. (1969). *Un ensayo sobre la liberación* (J. G. Ponce, Trans.). México.
- Marcuse, H. (1986). *El hombre unidimensional Ensayo sobre la ideología de la sociedad industrial avanzada* (A. Elorza, Trans. Vol. 1). Bogotá: Planeta(Agostini).
- Marriner, A., & Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería* (Sexta Edición ed.). Barcelona: Elsevier.
- Martínez, P. A. (2013). ¿Calidad de la atención en salud o contención de costos? El neoliberalismo en el sistema de salud colombiano. In U. N. d. C. U. d. R. E. d. abajo (Ed.), *Salud, normalización y capitalismo en Colombia* (pp. 277(298). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- McGraw, J. (2007). Purificar la nación: eugenesia, higiene y renovación de la periferia del Caribe Colombiano 1900(1930. *Revista de Estudios Sociales*, 27, 62(75). Retrieved from
- Ministerio de Hacienda. (1990). *Programa de modernización de la economía colombiana CONPES: DNP—2.465—JCDCE: INCOMEX/ACDCE/003/90*. Bogotá Retrieved from <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/2465.pdf>.
- Molinier, P. (2011). Antes que todo, el cuidado es un trabajo. In L. G. Arango & P. Molinier (Eds.), *El trabajo y la ética del cuidado* (pp. 45(64). Medellín Colombia: La Carreta.
- Newman, M., Sime, A., & Corcoran-Perry, S. (1991). The focus of the discipline of nursing. *Adv. Nurs Sci*, 14(1), 1(6).
- Noddings, N. (2002). *Starting at home. Caring and social policy*. Los Angeles: University of California Press.
- Noddings, N. (2003). *Caring*. Los Angeles, California: University of California Press.
- Nájera, R., & Castrillón, M. La enfermería en América Latina. Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un Plan de Desarrollo. Retrieved from
- Ocampo, J. A. (1987). *Historia económica de Colombia*. Bogotá: Siglo Veintiuno.
- Orjuela Escobar, L. J. (1998). El Estado colombiano en los noventa: entre la legitimidad y la eficiencia. *Revista de Estudios Sociales*, 57, 56(60). Retrieved from <http://res.uniandes.edu.co/view.php/28/index.php?id=28>
- Palacio, D. (2009). *Anexo técnico no. 6 manual único de glosas, devoluciones y respuestas Unificación*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social Retrieved from [https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20tecnico%20No.%20%206%20Res%203047\(08%20y%20416\(09\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20tecnico%20No.%20%206%20Res%203047(08%20y%20416(09).pdf).
- Paperman, P. (2011). Ética y trabajo del cuidado. In C. Hurtado (Ed.), *El trabajo y la ética del cuidado* (pp. 25(44). Medellín Colombia: La Carreta Editores.

- Penagos-Carreño, J. (2015). 1984 Representaciones de las Farc en la prensa: guerrilla comunista o narcoguerrilla. *1984 Press Declarations of the Farc: Communist Guerrilla or Narco-Guerrilla.*, 18(1), 12(40. doi:10.5294/pacla.2015.18.1.2
- Perry, A., & Potter, a. (2002). *Guía clínica de enfermería: Técnicas y procedimientos básicos* (Cuarta edición ed. Vol. I). Santafé de Bogotá: Quorum.
- Portelli, H. (1983). *Gramsci y el bloque histórico*. México D.F: Siglo Veintiuno.
- Purnell, M. (2007). La enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica. In A. Marriner & M. Raile (Eds.), *Modelos y teorías en enfermería* (Vol. 1, pp. 404). Barcelona: Elsevier(Mosby).
- Quevedo, E. (1996). La relación salud(enfermedad: un proceso social. *Salud para la calidad de vida. Bases de un plan del programa nacional de ciencia y tecnología de la salud. Programas Nacionales de Ciencia y Tecnología*, 105(106.
- Rawls, J. (1995). *Teoría de la justicia* (M. D. González, Trans. Segunda edición ed.). México: FCE.
- RealAcademiaEspañola. (2001). Diccionario de la lengua española. Retrieved from <http://lema.rae.es/drae/?val=cuidado>
- Reina, G. N. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*, 17, 18(23. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
- Restrepo Piedrahita, C. (1995). *Constituciones Políticas Nacionales de Colombia* (D. d. p. d. I. U. E. d. Colombia Ed.). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Ricoeur, P. (2001). *Del texto a la acción: ensayos de hermenéutica II* (P. Corona, Trans.). Bueno Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Riveros Pérez, E., & Amado González, L. (2012). Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11, 111(120. Retrieved from www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol11_n_23/estudios_2.pdf
- Rodríguez, A. (2014). La realidad detrás de las farmacéuticas: sendas de una posmodernidad que no perdona. *Rev. Enfermería Actual de Costa Rica*, 26(1(13). Retrieved from <http://www.revenf.ucr.ac.cr/farmacautica.pdf>
- Romero, M. (2005). Los cuidados de enfermería en la adversidad. *Presencia*, 1(1).
- Romero, M. (2007). El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia. *av. enferm*, XXV(2), 112(123.
- Rose, N. (1999). *Governing the soul: the shaping of the private self*. London: Free Association Books.
- Sacristán, M. (2013). *Antología Antonio Gramsci* (Vol. 72). Madrid: Akal.
- Salcedo, J., & Arrivillaga, M. (2014). Globalización, inequidades sociales y financiarización de la salud. In M. Arrivillaga (Ed.), *Globalización, libre comercio y salud* (Ediciones Aurora ed., pp. 37(54). Cali, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana Universidad San Buenaventura.
- Salud, M. d. (2009). *Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. Unificación Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009*. Bogotá.

- Sampieri, C., Fernández, C., & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Sennett, R. (2000). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Sfez, L. (2008). *La salud perfecta. Crítica de una nueva utopía* (T. y. Rodríguez., Trans.). Bueno Aires: Prometeo Libros.
- Taussig, M. (1980). The Reification and the consciousness of the patient. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology* 14 (1), 3(13). Retrieved from <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/23319/0000258.pdf?sequence=1>
- Tobío, C., Agulló, T. M. S., Gómez, M. V., & Martín, P. M. P. (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Barcelona: Fundación "la Caixa".
- Vallejo, M. C. (1987). *Recesión, crisis y ajuste en Colombia, 1980(1985: costos y perspectivas*. Reunión sobre crisis externa: Proceso de ajuste y su impacto inmediato y de largo plazo en el desarrollo social: ¿Qué hacer? CEPAL, PNUD y UNICEF. Lima, Perú.
- Vanegas, B. C., Barrera, G., Bautista, L. A., Gómez, N. L., Hernández, L. J., Ramírez, K. J., & Roa, V. M. (2008). Construcción de la identidad profesional en estudiantes de enfermería de la Universidad El Bosque, 2007. *Revista Colombiana de Enfermería*, 3, 33(43). Retrieved from http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen3/construccion_identidad_profesional_estudiantes_enfermeria_universidad_el_bosque.pdf
- Vazquez Navarrete, M. L. F. d. S., R. Mogollón P, A. Fernández de Sanmamed Santos, M. Delgado G., M. Vargas, I. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Servei de publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.
- Vega, C., & Gutiérrez, R. E. (2014). Nuevas aproximaciones a la organización social del cuidado. Debates Latinoamericanos. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 50, 9(26). Retrieved from [http://www.flacsoandes.edu.ec/iconos/images/pdfs/Iconos50/I50_1Doss_Vega\(Gutierrez\).pdf](http://www.flacsoandes.edu.ec/iconos/images/pdfs/Iconos50/I50_1Doss_Vega(Gutierrez).pdf)
- Vega, V. M., Eslava, C. J. C., Arrubla, S. D., & Hernández, Á. M. (2012). La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo xx: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11 (23), 58(84). Retrieved from http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/
- Velandia, M. A. L. (2002). Regímenes laborales en enfermería y calidad de la atención. *Avances de enfermería*, XX, 5(22).
- Velandia Mora, A. (2011). La enfermería en Colombia 1990(2010 Ejercicio profesional y situación legal. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, 13, 65(78). Retrieved from <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/1634/1055>
- Velandia Mora, A. L. (2011). Fundamentos teórico metodológicos de investigación en historia de la enfermería. *Foundations theoretical research in history of nursing metodologicos.*, 15(31), 118(126).

Yantek, T. (1988). Polity and Economy under Extreme Economic Conditions: A Comparative Study of the Reagan and Thatcher Experiences. *American Journal of Political Science*, 32(1), 196.