

Enfermería



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Trabajo de grado

**CARACTERÍSTICAS DEL DISCURSO ACERCA DEL ACTO DE CUIDADO
COMO FUNDAMENTO EPISTEMOLÓGICO DE LA PROFESIÓN DE
ENFERMERÍA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA), 2019.**

**CARLA SUSANA ARDILA TÉLLEZ
LIZETH VALENTINA ARIZA CASTILLO
ROSSY TATIANA BENITO PINZÓN
DORA CECILIA GONZÁLEZ BELTRÁN**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ D.C.**

2020

**CARACTERÍSTICAS DEL DISCURSO ACERCA DEL ACTO DE CUIDADO
COMO FUNDAMENTO EPISTEMOLÓGICO DE LA PROFESIÓN DE
ENFERMERÍA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA), 2019.**

CARLA SUSANA ARDILA TÉLLEZ

LIZETH VALENTINA ARIZA CASTILLO

ROSSY TATIANA BENITO PINZÓN

DORA CECILIA GONZÁLEZ BELTRÁN

Trabajo de grado para optar al título de Enfermera.

Asesor:

Luís Antonio Daza Castillo Enf. MSc.

Enfermero UNAL; Magíster en Política Social PUJ.

***Miembro Sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau, Capítulo
Upsilon Nu.***

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

BOGOTÁ D.C.

2020

Nota de aceptación.

Presidente del Jurado.

Jurado.

Ciudad y fecha (día, mes y año). (Fecha de entrega).

AGRADECIMIENTOS

Primero que todo agradezco a Dios quien me ha puesto en este camino y me permitió tal oportunidad tan importante en mi carrera, a mis padres y a mi familia quienes han confiado y apoyado en cada paso de doy; agradezco y respeto a mis profesores de investigación que sin su guía no habría podido finalizar este proyecto, pues con sus conocimientos y respaldo nos han brindado aliento en momentos de adversidad para seguir adelante.

- CARLA SUSANA ARDILA TÉLLEZ

Estoy totalmente agradecida con mis profesores, quienes se han esforzado por ayudarme en la travesía de este proyecto. También quiero darle gracias a Dios por permitirme tener a mi familia al lado, por apoyarme en cada decisión y proyecto. Finalmente les agradezco a todos mis compañeros de

clase en la Universidad, ya que su compañerismo, amistad y apoyo moral me ayudaron a seguir adelante en mi carrera profesional.

- LIZETH VALENTINA ARIZA CASTILLO

Quiero agradecer a la Fundación Universitaria Juan N. Corpas por contribuir a mí formación profesional, al profesor Luis Antonio Daza C, nuestro tutor de investigación; a todos los docentes y compañeros que han hecho parte de mí formación académica y personal desde los primeros semestres; a Dios y a mí familia por apoyarme y confiar en mí de manera constante en cada reto que decido emprender.

- ROSSY TATIANA BENITO PINZÓN

Agradezco a mi tutor de tesis, el Profesor Luis Daza por el acompañamiento y orientación durante nuestro trabajo, a la Universidad por estos espacios en la investigación que aportan a mi formación algo positivo para enfrentar la vida laboral, obteniendo unas bases sólidas para contribuir a la sociedad y a nuestra profesión como Enfermera. Quiero agradecer a las personas que entreviste por su aporte a este proyecto, a mis compañeras de trabajo por su acompañamiento durante el mismo, a mi hijo pues es la parte fundamental para llevar a cabo cada proyecto.

- DORA CECILIA GONZÁLEZ BELTRÁN

“Las mejores competencias técnicas profesionales son anuladas por la ruptura del respeto interpersonal y priva a la persona cuidada de

palabra para defenderse, porque aparecen entonces las realidades de las represalias y la persecución en los cuidados”.

- Marie Françoise Collière [Prof. de Ciencias y Técnicas Sanitarias y Sociales, Universidad de Lyon II].

(Orán, Argelia. 1930 – Lyon, Francia. 2005).

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Dra. ANA MARÍA PIÑEROS RICARDO MD

Rectora

Dr. LUIS GABRIEL PIÑEROS RICARDO MD PhD

Vicerrector Académico

Dr. JUAN DAVID PIÑEROS RICARDO

Vicerrector Administrativo

Dr. FERNANDO NOGUERA ARRIETA MD

Secretario General

Dra. MARÍA ANTONINA ROMÁN OCHOA Enf. MSC. PhD.

Decana

Dra. FABIOLA JOYA Enf. PhD.

Jefatura Gestión Académica Enfermería

Dra. ANA CECILIA BECERRA PABÓN Enf. PhD.

Coordinación de Investigación en Enfermería

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
<u>INTRODUCCIÓN.</u>	<u>1</u>
CAPÍTULO I	
1. <u>MARCO DE REFERENCIA</u>	<u>3</u>
<u>1.1. Descripción del Problema y Pregunta de investigación</u>	<u>3</u>
<u>1.2. Justificación</u>	<u>17</u>
<u>1.3. Objetivos</u>	<u>21</u>
1.3.1 Objetivo General.	21
1.3.2 Objetivos Específicos.	21
<u>1.4 Delimitación del estudio.</u>	<u>21</u>
1.4.1 Espacial.	21
1.4.2 Cronológica.	22
1.4.3 Conceptual.	22

CAPÍTULO II

2	<u>MARCO TEÓRICO.</u>	
	<u>2.1 Antecedentes.</u>	<u>25</u>
	<u>2.1.1 Legales.</u>	<u>25</u>
	<u>2.1.2 Históricos.</u>	<u>28</u>
	<u>2.2 Bases Teóricas.</u>	<u>33</u>

CAPÍTULO III

3	DISEÑO METODOLÓGICO	
	<u>3.1 Tipo de Investigación</u>	<u>46</u>
	<u>3.2 Universo, población y muestra</u>	<u>46</u>
	<u>3.3 Técnicas de recolección de la información</u>	<u>46</u>
	<u>3.4 Técnicas de Análisis de la Información</u>	<u>47</u>
	<u>3.5 Consideraciones Éticas</u>	<u>49</u>

CAPÍTULO IV

	<u>4. ANÁLISIS DE RESULTADOS</u>	
	<u>4.1 Descripción de Resultados</u>	<u>50</u>
	<u>4.1.1 Categorías Lingüísticas / semióticas de la ideología enfermera descrita a partir de la experiencia de cuidadores (formales e informales).</u>	<u>55</u>

<u>4.1.2 Grupos de Actores que desarrollan el discurso derivado de la de la experiencia de cuidadores (formales e informales).</u>	<u>60</u>
<u>4.1.3 Categorías discursivas desarrolladas en las experiencias de enfermería descritas por cuidadores (formales e informales).</u>	<u>65</u>
<u>4.2 Triangulación Teórica</u>	<u>80</u>
<u>4.2.1 Ideologías profesionales</u>	<u>81</u>
<u>4.2.2 Epistemología y Conocimiento Enfermero</u>	<u>85</u>
<u>4.2.3 La “occidentalización” de la Enfermería</u>	<u>92</u>
<u>4.2.4 Las profesiones en tiempos de la Posverdad</u>	<u>100</u>
<u>4.2.5 El “Cuidado” como trabajo remunerable</u>	<u>104</u>
<u>4.2.6 El debate sobre las “Profesiones Feminizadas”.</u>	<u>107</u>
<u>4.3 Discusión de Resultados</u>	<u>110</u>
<u>4.4 Conclusiones</u>	<u>120</u>
<u>4.5 Recomendaciones</u>	<u>121</u>
<u>5. BIBLIOGRAFÍA.</u>	<u>127</u>
<u>6. ANEXOS.</u>	<u>148</u>

LISTA DE TABLAS

	Pág.
<u>Tabla 1. Antecedentes Jurídico-Legales respecto a la Profesión de Enfermería en Colombia</u>	<u>25</u>

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
<u>Figura 1. Programa del VII Seminario Internacional de Cuidado de la Universidad Nacional de Colombia (2003).</u>	<u>4</u>
<u>Figura 2. Portada del libro: “Nursing as Caring” de las autoras: Anne Boykin & Savina Schoenhofer.</u>	<u>5</u>
<u>Figura 3. Sistemas de selección social para las profesiones</u>	<u>34</u>
<u>Figura 4. Características determinantes del rol profesional (y sus diferencias para con los roles No Profesionales).</u>	<u>37</u>
<u>Figura 5. Red Hermenéutica Original, Discurso del Cuidado como fundamento epistemológico de Enfermería</u>	<u>52</u>

<u>Figura 6. Red Hermenéutica mejorada, Discurso del Cuidado como fundamento epistemológico de Enfermería</u>	<u>53</u>
<u>Figura 7. Desarrollo vital del recurso humano de Enfermería y Profesional*)</u>	<u>54</u>
<u>Figura 8. Diferencias en las formas de adquisición del conocimiento entre las Disciplinas y las Ciencias.</u>	<u>87</u>

INTRODUCCIÓN.

La educación y la formación académica de los y las enfermeras en el cuidado es la piedra angular sobre la que se sostiene la disciplina y los procesos de profesionalización en enfermería. La puesta institucional reciente de los programas de enfermería apunta a una concepción que trascienda la atención y la asistencia, directa herencia de la tradición cristiana-vocacional, a una concepción donde el cuidado se vea desde el sentido ético de responsabilidad con el otro, desde toda su dimensionalidad.

El concepto del cuidado se convierte en una necesidad de reflexión propia disciplinar, toda vez que este permite a la profesión la posibilidad de pensarse a sí misma como disciplina profesional, para con ello emanciparse definitivamente de los modelos de pensamiento y de acción heredados de los saberes médicos y de las otras ciencias de la salud. A su vez, replantea la función que tiene la enfermera en la sociedad, ya que muchas veces choca con la realidad de la salud en Colombia, haciendo necesario (en ocasiones) introducir postulados disciplinares de manera obligada en los discursos académicos de registro calificado y acreditación, que aunque presentan problemáticas en su operacionalización, se hacen indispensables para que los programas desde los administrativo tengan validez ante la comunidad académica nacional, y ante los órganos reguladores del Estado.

Pese a lo anterior, no existen consensos acerca del enfoque del Cuidado como principal descriptor del ser y esencia de la disciplina enfermera; las incongruencias y brechas derivadas de ello afectan hasta la fecha, desde las formas en que se diseñan contenidos curriculares, se ejecutan en la docencia – práctica formativa, hasta la organización estructural en que se ha organizado el trabajo y práctica de enfermería en sus dimensiones asistencial, comunitaria y administrativa – gerencial.

Este ejercicio investigativo se propone aportar desde un primer nivel de pregrado, y en una perspectiva exclusivamente descriptiva, de elementos teóricos que permitan a los tomadores de decisiones en política educativa y de salud, de fundamentos elementales que permitan incidir en un real y sustantivo cambio que transforme la teoría y práctica de enfermería en Bogotá D.C. – Colombia, en coherencia con el discurso desarrollado por dicha agrupación.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 Descripción del Problema y Pregunta de Investigación.

En enfoque “Cuidativo” como explicación del campo de acción disciplinar de la enfermería, se adquirió como herencia de la larga y sólida tradición escolástica de la enfermería anglosajona (principalmente la de los E.E.U.U); profesoras de enfermería (como Miss Helen Howitt, primera Directora de la Escuela de Enfermeras y Comadronas de la Universidad Nacional de Colombia) (1), y años después, con la visita de teóricas de enfermería (como la profesora Savina Schoenhofer, quien es junto con la Profesora Anne Boykin, autora de la Teoría de Gran Rango de Enfermería titulada “*Nursing as Caring*”) publicada en 1993, de dicho texto, y de su participación durante el VII Seminario Internacional de Cuidado de la Universidad Nacional de Colombia (realizado en la ciudad de Bogotá los días 06 y 07 de noviembre de 2003), con la conferencia titulada: “*Cómo hacer visible el cuidado*”, incidió en la historia de la Enfermería Colombiana, incorporando al discurso institucionalizado en la academia de Enfermería, de nociones específicas relacionadas con el “Cuidado” (2) – ver en las figuras 1 y 2 la evidencia histórica relacionada.

Actualmente las prácticas pedagógicas de formación en Enfermería se centran especialmente en la transmisión de saberes específicos, pero usualmente olvidan la construcción del sujeto (naturaleza ontológica del profesional), que se hagan cargo de apropiar el “cuidado de si” como comportamiento colectivo y a la vez apoye la apropiación de perspectivas como la “del buen vivir” construyendo redes académicas y sociales donde sea posible que el tema del cuidado sea parte de la responsabilidad social comunitaria.

Dado que este proyecto se propone como fundamento para una reconceptualización del Ser y del Hacer de Enfermería en Colombia y en América Latina, resulta preponderante hacer específica la naturaleza del problema en cuestión:

Figura 1. Programa del VII Seminario Internacional de Cuidado de la Universidad Nacional de Colombia (2003).

DIRIGIDO A

Profesionales y estudiantes de enfermería

INFORMES E INSCRIPCIONES

Centro de extensión e investigación
Facultad de enfermería
Torre de enfermería
Oficina 805 – 703(Adexun)
Teléfono: 3165000 Ext. 17021 – 18668-18668-18651-17023
Telefax: 3165448, 3165447 ó 3165000EXT.17021

 pmaestria@colnet.co
gcuidado@hacafa.usc.unal.edu.co
Adexun Enfermería
Clmiron@unal.edu.co
Adexunenf@latinmail.com

INVERSION

El seminario tiene un valor de \$100.000.000 milite
Profesionales (35 US\$)
\$70.000.000 milite
Profesionales egresados UN (24 US\$)
\$40.000.000 milite
Estudiantes(14 US\$)

Consignar en el Banco Popular –Sucursal Ciudad Universitaria, Cuenta N° 012-720090 a Nombre de Fondo Especial Facultad de

LUGAR

Auditorio anexo, Edificio de Posgrados Facultad de Ciencias Humanas, Ciudad Universitaria.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERIA
GRUPO DE CUIDADO
ADEXUN – ENFERMERIA

VII SEMINARIO INTERNACIONAL DE CUIDADO: La visibilidad social del cuidado

BOGOTÁ, D.C. NOVIEMBRE 6 Y 7



X Encuentro nacional de egresados Facultad de Enfermería

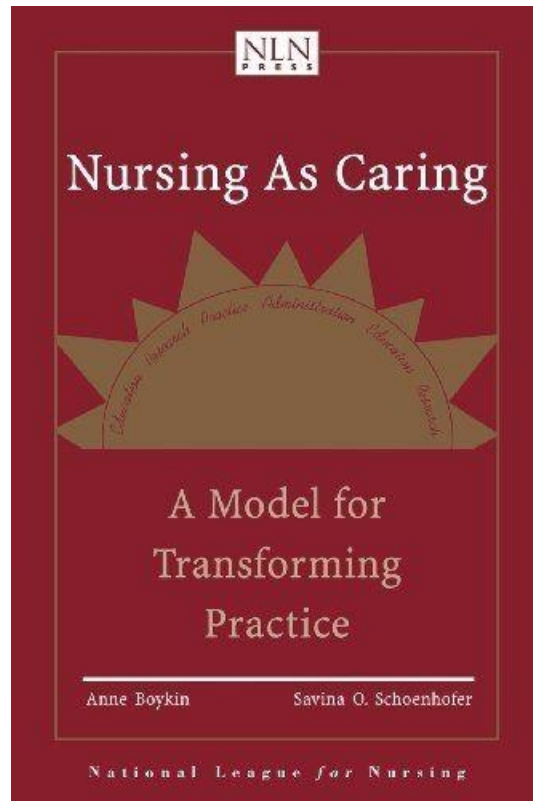
BOGOTÁ, D.C. NOVIEMBRE 8

2003

JUEVES 6 DE NOVIEMBRE	VIERNES 7 DE NOVIEMBRE	SABADO 8 DE NOVIEMBRE
<p>7:15 – 8:30 a.m. INSCRIPCIONES</p> <p>8:30-8:35 a.m. INSTALACIÓN Coordinadora: Mg. Inés Espinosa de Cordero, Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia</p> <p>8:35- 10:00 a.m. La visibilidad del cuidado en salud familiar María Luisa Friedman PhD, Florida International University, School of Nursing</p> <p>10:05-10:30 a.m. REFREGERIO</p> <p>10:30-11:15 a.m. El arte y la ciencia del cuidado. Enf. Sonia Echeverri de Pinero, Fundación Santafé de Bogotá</p> <p>11:15- 12:00 p.m. Presentación de posters Grupo de Cuidado</p> <p>12:00- 1:00 p.m. DESCANSO</p> <p>1:00 - 1:45 p.m. Impacto social de enfermería en las comunidades Enf. Blanca Fariña, Santa Úrsula - Universidad Industrial de Santander</p> <p>1:50- 2:35 p.m. Visibilidad histórica de la práctica de enfermería. Enf. Mg. María Clara Quintana, Universidad de la Sabana</p> <p>2:35-3:00 REFREGERIO</p> <p>3:00-5:00 p.m. Panel: Experiencias de visibilidad en el cuidado Coordinadora: Enf. Mg. Natividad Pinto Alvarado Lic. María Claudia Olave Parra, Hospital Sandoz Bolívar Lic. Elvira Pulido, Fundación Santafé Lic. Gloria Parra Fundación Carboniferos</p>	<p>8:30-9:30 a.m. Visibilidad del cuidado en el contexto de enfermería. Sandra O. Szymanski, Ph. D., Invitada internacional, Alcorn State University</p> <p>9:30-10:15 a.m. Realizando visible lo invisible: la dimensión espiritual del cuidado. Enf. Mg. Beatriz Sánchez, Herrera, Universidad Nacional de Colombia</p> <p>10:15-10:45 a.m. REFREGERIO</p> <p>10:45-11:30 a.m. Visibilidad de enfermería en la política. Dra. Inés Gómez, Páez</p> <p>11:30-12:15 p.m. Presentación de posters Grupo de Cuidado</p> <p>12:15-2:00 p.m. DESCANSO</p> <p>2:00-2:30 p.m. Cómo hacer visible el cuidado. Sandra Szymanski Ph. D., Invitada internacional, Alcorn State University</p> <p>2:30-4:10 p.m. Panel: Visibilidad del cuidado, utopía o realidad. Universidad Nacional de Colombia Clínica: Profesora Sandra Guerrero Psiquiatría: Profesora Martha Lúcia Abate Comunidad: Profesora Nilva Puerto Gerencia: Profesora Virginia Inés Soto Leones</p> <p>4:15- 5:00 p.m. Investigación en enfermería: Manera de doble vía. Pilar Araya de Peña, Ph.D., Universidad Nacional de Colombia</p> <p>5:00 p.m. CLAYTONA DEL VII SEMINARIO DE CUIDADO. Mg. Myriam Parra Vargas, Investigadora Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia</p>	<p>El Encuentro anual de egresados de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia Coordinadora: Enf. Mg. Clara María Olave, Universidad Nacional de Colombia</p> <p>8:30-9:00 a.m. Saludo e informe del Consejo Directivo</p> <p>9:30-10:45 a.m. Conversatorio "La Familia: Conceptualización y Práctica de enfermería" Ponente: María Luisa Friedman PhD, Florida International University, School of Nursing Moderadores: Pilar Araya de Peña PhD</p> <p>10:45 -11:00 a.m. Café</p> <p>11:00- 11:30 a.m. Determinación de asuntos prioritarios de la asociación</p> <p>11:35-12:00 p.m. Lanzamiento Revista "Nana-Inf"</p> <p>12:00 m. 1:30 p.m. Reconocimiento a egresados</p> <p>1:30 p.m. Copa de vino</p>

Fuente: Archivo histórico, Facultad de Enfermería – Universidad Nacional de Colombia.

Figura 2. Portada del libro: “Nursing as Caring” de las autoras: Anne Boykin & Savina Schoenhofer.



Fuente: Anne Boykin, Savina Schoenhofer. Nursing as Caring - A Model for transforming practice (2)

Pese a la influencia ligeramente descrita de las escuelas anglosajonas de la Disciplina, la historia de la Enfermería como saber en Colombia se acerca más a raíces conexas con la colonia española, y el poder que tradicionalmente en esa época ostentaba la Iglesia Católica. Así la práctica de la Enfermería surge a partir del oficio empírico (entiéndase: práctico - artesanal), altamente vocacional, y caritativo de las comunidades religiosas (Hermanos de la Caridad de San Juan de Dios, Hermanas de la Presentación), quienes desde 1872 consagraron a la mujer de clase media baja la labor de asistir al médico en la curación de la enfermedad, y de proveer la asistencia básica requerida por el enfermo menesteroso (3).

Ha de recordarse que solo hasta 1903 el médico Rafael Calvo Castaño preparó empíricamente y por su propia cuenta, a los primeros enfermeros pseudo-profesionales en la ciudad de Cartagena de Indias. Hasta 1911 el médico José Ignacio Barbieri desarrolló un curso de enfermería inmerso en los contenidos de la recién creada Escuela Profesional Para Señoritas (ha de recordarse que para la época, la atención de los enfermos, la maternidad, la crianza de los niños, y el oficio domiciliario, eran tareas exclusivas de la mujer, en lo que sin dudas es una sociedad conservadora y tradicionalista, que asigna el trabajo remunerado al hombre, y el no remunerado a la mujer) (3).

Adjetivos como: “abnegación”, “benevolencia”, y “auxilio” parecen caracterizar este oficio de lo “enfermero”, desestimando cualquier posibilidad de saber [Conocimiento en un sentido epistemológico y ontológico]. A ojos de hoy, resultan debatibles y muy criticables comentarios de los “formadores de enfermeras” como lo señalado por Gómez Serrano et al en 2011 (3):

“La enfermera no deberá manifestar disgusto ni mostrará terror ante las cosas más repugnantes que sucedan; Deberá ser esclava absoluta de la verdad, y decir al médico todo lo que haya observado, bueno y malo; en los intervalos de calma, coserá, tejerá o se ocupará de algún modo, si no tiene oficio que hacer respecto al enfermo. La atención en observar, con escrupulosidad, todo lo que le sucede al paciente, en ausencia del médico, hará que pueda informar a éste hasta de los más mínimos detalles”.

Parcialmente esta visión esclavista y servil de la enfermera va a cambiar en 1924 con la creación por Ley, de la Escuela de Comadronas y Enfermeras adscrita a la Facultad Nacional de Medicina. Este suceso al menos sirvió para alimentar de una visión higienista y de salubridad, al empírico saber preformado de la Enfermera (3); este importante hecho ocurre bajo el

Ministerio de Instrucción y Salubridad Pública, presidido por el médico Juan N. Corpas (3). En dicha época se concebía que las enfermeras debían estar dedicadas solamente para los enfermos y sus familiares, para la profesión médica y para la sociedad en general (aspecto que a 2018 no parece ser muy diferente) (3).

Estas trabajadoras de la salud ejercían principalmente dentro de la institucionalidad generada por el Hospital San Juan de Dios, ubicado para la época en la remota hacienda de la Hortúa, y constituido a sí mismo como un dispositivo del poder biomédico; allí la enfermera no es más que “la ayudante del médico”, según refiere Rodríguez Quiroga, citando a Colliere (3).

“Velar por el bien del enfermo, confortarle y consolarle es la finalidad, la intención, pero el médico es el gran poseedor del contenido profesional de la aplicación de cuidados; además, servir al enfermo conlleva servir al médico”.

En el periodo 1937- 1944 la educación de enfermería evolucionó en el contexto emergente de la Escuela Nacional de Enfermeras, donde ocurren importantes rupturas frente a lo establecido hasta ahora como tradición, entre ellas:

- Cuestionamiento sobre la exclusiva selección de señoritas de clase baja como estudiantes de enfermería.
- El eminente rol de visitadora domiciliaria dado a la enfermera, en ausencia de un rol clínico – hospitalario bien definido (aspecto en el cual más adelante el Hospital de San José en Bogotá va a adquirir un rol protagónico).

Pese a este ligero “progresismo”, la educación de enfermería va a persistir eminentemente feminizada, así como dominada bajo nuevos dispositivos de dominación como fueron: el acuartelamiento en residencias de señoritas, y bajo la extrema supervisión de “profesoras”, encargadas de imperar cánones

de uniformidad (igual vestido, con comunes características en términos de medias, zapatos, y el uso de una capa de paño azul marcada con las iniciales de la Escuela) (3).

Los saberes impartidos para ese tiempo persistían medicalizados (anatomía, farmacia y botica, bacteriología, química, dietética, religión, obstetricia, fisiología, bacteriología, patología, cirugía general, entre otros) (3).

Curiosamente las cátedras llamadas de Enfermería, se disponían bajo modalidades de magistralidad, a hablar acerca de cualidades morales e intelectuales necesarias para la recepción del paciente, la toma de los signos vitales, la recolección de muestras de laboratorio, la realización de curaciones de las heridas quirúrgicas, y la anotación de registros relevantes en la hoja clínica, [enfoque instrumentalizado, de enfermería como pre-saber exclusivamente procedimental] (3).

Solo hasta 1942, con la influencia hegemónica de la escuela higienista de los EEUU, se cuestionó la calidad en la formación de enfermería en Colombia hasta dicha época. Este hecho predice la injerencia de enfermeras estadounidenses en la dirección y administración de la educación de enfermería en Colombia, por lo menos por una década. Esto explicará (como se señalará más adelante, la visión conceptual y teórica de enfermería que hasta la actualidad se mantiene en Colombia, y en América Latina) (3).

El plan de estudios de enfermería solo va a incluir perspectivas humanísticas (enmarcadas en el curso de tercer año de Sociología), hasta el año 1943, manteniendo en gran porcentaje los contenidos medicalizados heredados de los años 30. A su vez, saberes como la fisioterapia y la nutrición (propios de Enfermería) datan de esta época, saberes estos que enfermería va a perder posteriormente hacia las décadas de 1980 y 1990 (3).

Las primeras enfermeras con perfil académico asumen un rol protagónico para finales de los años ochenta, (donde específicamente Inés Durana

Samper y Nelly Garzón Alarcón van a jugar un papel fundamental en la tendencia general de educación de enfermería en Colombia y Latinoamérica), estas colegas aprendieron en primera persona el modelo educativo normalizado en los Estados Unidos, bajo la figura de Bachelor of Science in Nursing (BSN), rol este de enfermería que en Colombia se incorporaría bajo la figura de Diploma, más no como el amplio abanico de roles y perfiles de práctica que a la fecha existen en los EEUU, y en la mayoría de países desarrollados (3). Debe resaltarse que la movilidad internacional realizada por Durana Samper y Alarcón se da en la coyuntura de un interés específico del gobierno de los E.E.U.U. para a través de becas y subvenciones (generalmente administradas por la Fundación Rockefeller), incidir en la cultura, organización y gobiernos de América Latina.

Todo este proceso de replicación de modelos y de saberes, unas veces fiel, otras veces tergiversado, va a incorporarse (consciente e inconscientemente), a la estructuración de otras nuevas escuelas y facultades de enfermería en el país (principalmente las adscritas a la Universidad del Valle, así como a otras regionales en los departamentos de Antioquia, Caldas, entre otras) (3).

Aspectos de geopolítica resultan también determinantes de las diferencias organizacionales, socio-económicas y salariales, que diferencian a las enfermeras anglosajonas de las latinoamericanas, estos enmarcados en los informes Flexner y Goldmark (4, 5).

Así, mientras el informe Flexner definió los alcances de la educación médica, y del mercado ocupacional de la medicina en los EEUU, el informe Goldmark realizó lo mismo para la Enfermería. Ambos documentos coinciden en que fueron impulsados por organismos no gubernamentales, pero con alta incidencia en el sector administrativo del Estado. Estos documentos determinaron parcialmente el curso de la educación médica y de la

enfermería (con algunas coincidencias, y muchas divergencias). Uno de los aspectos subestimados en América Latina, son las deficiencias en términos de la educación prestada propiamente dicha (4, 5).

Como se mencionaba antes, el paso de enfermeras colombianas por escuelas estadounidenses influyó en la incorporación de nuevos conceptos concentrados epistémicamente en los posteriores metaparadigmas enfermeros (persona, ambiente, salud y enfermería), aspecto este que se desenmarca de los postulados tradicionales sobre la naturaleza y filosofía de las ciencias planteadas por el físico y filósofo de la ciencia: Thomas Kuhn. A comienzos del siglo XIX en los EEUU personalizados en las Donaldson & Crowley, quienes propugnaron por hacer trascender la Enfermería de sus obsoletas visiones de saber asociado a lo femenino, al auto-aprendizaje, a la vocación humanitaria de servicio, a los ideales carismáticos religiosos, al uso de la intuición como fundamentos del propio saber. Estos autores son los primeros en definir y limitar la naturaleza de su interrogación respecto al conocimiento general de la salud; este trabajo va a sentar las bases de la disciplina de enfermería (intentando así transformar una práctica basada en el azar, los pensamientos no verificados hacia una disciplina de conceptos organizados sistemáticamente) (6).

Un problema con este desarrollo epistemológico y conceptual, recae en el hecho por el cual este hace disrupción frente a los cánones de la ciencia normal, presentando a Enfermería como un saber “no convencional y complicado” (6). Entre las otras complejidades que hacen del saber enfermero un “tema difícil”, se destaca la amplísima diversidad de visiones sobre la enfermería entre sus profesionales, lo cual puede traducirse como una falta de consenso (6).

El debate se torna más polarizante cuando se introduce la discusión acerca de si enfermería es un saber básico, o si este es una ciencia aplicada:

mientras que para el primer caso el énfasis recae sobre aquello que es único a enfermería, en el segundo planteamiento la pesquisa recae sobre las formas prácticas en que la enfermería se operacionaliza (6).

Para algunos autores resulta conflictivo hablar de “Ciencia de Enfermería”, toda vez que dicha etiqueta no sustenta mayor elaboración, induciendo a pensar en que el enfoque de esta ciencia es la enfermera misma (como sujeto), o la profesión (como práctica diferente a los oficios vocacionales), o al esfuerzo de las profesionales por obtener un doctorado (como un fin puramente académico y educativo) (7).

Los progresos epistemológicos de la enfermería a pesar del paso del tiempo, y del constante cambio del mundo), persisten profundamente filosóficos, dando al saber de enfermería un espectro de utopía y de idealismo que redundan en una cierta imposibilidad de transferencia a la praxis profesional. Así las dimensiones vinculadas al Ser de enfermería: Empirismo (forma de acceso al conocimiento), Esteticismo (sensibilidad hacia el arte), Saber personal (autoconocimiento), y la Ética (saber de lo correcto – incorrecto, justo - injusto), resultan problemáticas al momento de caracterizar y diferenciar a la Enfermería de otros saberes profesionalizantes (8).

Visiones positivistas y neopositivistas acerca de la naturaleza del saber científico, han incidido en la propuesta y asimilación de la organización del conocimiento de enfermería en torno a filosofías, metaparadigmas, modelos conceptuales (de gran y mediano rango), teorías, y de indicadores empíricos, para teorizar el saber disciplinar. A pesar de estos desarrollos, en la tradición enfermera persisten referentes de conocimientos heredados (comúnmente llamados “Teoría Prestada”), los cuales provienen de otras disciplinas, y de los cuales a enfermería le ha sido particularmente difícil desligarse. Esas fuentes de teoría prestada provienen de (8):

- Modelo médico de análisis causal (instrucción modulizada, énfasis en signos y síntomas, así como en la exploración semiológica de la enfermedad; confusión en abordar problemas médicos como temas de enfermería).
- Aportes de las escuelas administrativas (las cuales influyeron sobre la praxis profesional, ideas asociadas a la planificación y medición de procesos).
- Influencia de postulados teóricos sobre la educación, y los procesos de enseñanza – aprendizaje (preparación para un rol específico, centrado más en habilidades que en capacidades).
- Inherencia de saberes socio-humanísticos (destacando la apropiación de problemas tradicionales de las escuelas de pensamiento en psicología, sociología, y antropología), los cuales han llevado a la inclusión de temáticas como: la adaptación, la cultura, la resiliencia, la adaptación, y el estrés (por mencionar algunos).

Debe destacarse que hasta la fecha, no existen consensos desde las agremiaciones nacionales y locales, acerca de la integración de dichos postulados teóricos y de modelos, con la implementación de taxonomías estandarizadas de lenguaje enfermero (proceso de enfermería), así como acerca del uso de estos postulados en la investigación aplicada (8).

Mencionar en debate la aplicabilidad de esta estructura propuesta de saberes enfermeros, en términos de utilidad práctica, y de su consecuente aplicabilidad resulta siempre conflictivo y problemático. Ello se explica en parte, porque los postulados de Ciencia planteados por filósofos de enfermería (como Jaqueline Fawcett y Afaf Ibrahim Meleis), presentan contradicciones y profundas desigualdades frente a los planteamientos de ciencia aceptados por la Física, la Biología, y la Química (planteadas mayormente por teóricos como Thomas Kuhn, Karl Popper, Imre Lakatos y Paul Feyerabend.); esta divergencia entre que el desarrollo de diversos y

múltiples postulados acerca de su naturaleza epistemológica de Enfermería, hace que esta (desde una perspectiva de ciencia positiva) se mantenga en un nivel pre-paradigmático de desarrollo, situación que implica para la Disciplina un desgaste de energía, desconcierto y confusión. En una perspectiva disciplinar endógena, este hecho no es relevante para Enfermería, toda vez que para esta la importancia no está en la unicidad del saber, sino en muchas formas de saberes que dan cuenta de las muchas formas que puede tener el conocimiento de enfermería (9, 10).

Aunque no hay nada concluido en el debate señalado sobre la aplicabilidad y utilidad práctica de esta “nueva visión” enfermera sobre la ciencia, diversos autores señalan que desde una perspectiva filosóficamente estructuralista, la ciencia y por ende la enfermería, no pueden concebirse como entes únicos, sino por el contrario, estos son parte de formas más complejas de partes relacionadas entre sí. En una perspectiva Bourdieuana, la enfermería no debe preocuparse tanto por los métodos de pesquisa de la realidad (cualitativa o cuantitativa), sino más por la naturaleza y características de los datos primarios sobre los cuales trabaja. Solo cuando enfermería tenga claro la naturaleza fáctica de su problema de estudio, y de sus formas de medición, estimación y análisis, permitirá el avance y desarrollo de un cuerpo de conocimientos propio, más claro, específico, práctico, y realmente reflexivo que haga efectivamente posible la aproximación al complejo mundo de la práctica de enfermería (11).

El enfoque de visiones de mundo usado desde hace décadas para explicar la naturaleza ontológica de enfermería, pese a estas, el propósito de estructurar un cuerpo organizado de conocimientos de enfermería persiste inconcluso. De allí la propuesta emergente de enfocar la investigación y la teorización de enfermería más sobre el realismo moderado, y menos sobre las “visiones de mundo” [se entiende por realismo moderado a aquella visión filosófica que postula como las entidades que se pretenden como universales, en realidad

son entidades o conceptos que tratan de describir individualidades de lo real; “el universal no es universal porque “se compruebe en muchos”, sino que es universal porque puede llegar a existir en muchos”] (12, 13).

Estos nuevos postulados amplían el margen de análisis que hasta ahora se ha dado al saber de enfermería, saber este que usualmente se ha concentrado en el pragmatismo [entendido este como la comprensión de lo real y verdadero, como devenido a partir de experiencias plurales, amplias, alejadas de los postulados dicotómicos y empiristas] (14); esta discusión denota el conflicto no resuelto dado entre “las disciplinas prácticas” y el “principio del saber” postulado por las ciencias puras (15).

Las mencionadas inconsistencias epistemológicas señaladas, originan posteriores inconsistencias tanto en la teoría enseñada, la práctica aplicada, y los métodos y diseños de investigación, que en principio deberían acercar la brecha existente entre teoría y práctica de enfermería. Para el caso de la investigación en enfermería, Johnson, M en 1999 señaló como la pseudociencia, y el uso de “perspectivas místicas” del saber de enfermería, amenazan la credibilidad del propio conocimiento, y de sus desarrollos. En algunos casos, como respuesta a esta problemática, Enfermería ha optado por virar al Positivismo, situación está innecesaria, toda vez que en vez de fortalecer las capacidades de pesquisa de “lo real” desde enfermería, limitan y cercenan interpretativo – reflexivo que el paradigma cualitativo puede ofrecer a la disciplina enfermera en constante desarrollo (16).

Otros aportes que desde la filosofía contemporánea invitan a replantear la tradición basada en modelos y teorías, así como en “visiones de mundo” y metaparadigmas, es la perspectiva crítica derivada del trabajo de Jürgen Habermas, para quien existe una estrecha relación entre el desarrollo del saber, y la posibilidad de su transmisión a través del lenguaje y la comunicación. ¿Podría una teoría crítica contextualizar y transformar la forma

en que enfermería se acerca al conocimiento, y aplica a este en la práctica?, es ante esta cuestión que los postulados críticos podrían vincular más claramente, el interés que tiene enfermería sobre fenómenos de tipo social, político y económico que afectan a la salud, y que van más allá del simple estudio de la enfermedad, y de su intervención (17).

Otro debate epistemológico radica en los fallos de la disciplina enfermera para fundamentarse ontológicamente, sobre alguno de los dos principales marcos post-positivistas que en la actualidad emergen: el Crítico-realista, y el Social-construccionista. El primero plantea que existe un mundo más allá de lo humanamente comprensible, que oculta profundas estructuras explicables bajo preceptos de ciencia positiva comprendida desde las dimensiones de lo empírico (aquello observable), lo actual (aquello que ocurre, y que puede no ser percibido por un observador), y lo real (aquellos aspectos que desencadenan en eventos, y denotan en lo superficial a los fenómenos). El segundo escenario post-positivista (Social- construccionista), plantea que la realidad obedece a una construcción social, es decir, una realidad “naturalmente dada”. En esta dimensión post-positivista se enmarcan los diseños de Teoría Fundamentada, y de Etnometodología (18).

En últimas, repensar el saber enfermero desde una perspectiva crítica, provee la potestad para dirimir desde un paradigma alternativo, las difíciles divisiones que devienen del conflictivo debate entre el razonamiento hipotético-deductivo del positivismo, y el reflexivo interpretativo de lo cualitativo (19). La postura crítico reflexiva, al omitir las discrepancias de la ciencia pura y de la ciencia aplicada, permite comprender al conocimiento llamado “de enfermería”, como uno que se interrelaciona de forma flexible y factible con otros saberes, y que a partir del mismo desarrolla la práctica sin vincularse en los dilemas de si dicho saber es efectivo, o de si el mismo presenta deficiencias (20).

Una Enfermería que se desarrolla desde procesos teóricos y prácticos derivados del pensamiento crítico, conducen a actitudes y a conocimientos emancipadores que permiten, por ejemplo, transformar los escenarios comunes donde se desarrolla la práctica de enfermería (21). La perspectiva crítica emancipatoria, antes que negar o contradecir a los postulados empíricos heredados por tradición en enfermería, los evalúa y los afirma o los falsifica, en aras de transformar con efectividad la práctica misma (22).

Un cambio de paradigma, y de visión epistemológica y ontológica en enfermería, conlleva a la posibilidad histórica no solo de transformar la práctica, sino también, de transformar la forma como se enseña Enfermería. Desde allí puede ocurrir una real innovación para el ser y el hacer de enfermería (23). Cambiar las formas en que se enseña y se aprende enfermería, a partir de constructos de conocimiento propios (no importados), en perspectiva post-positivista, y comprensivos de otros saberes y de otras disciplinas, centrados más en la práctica y menos en lo teleológico, habrá de incidir en una disciplina enfermera que facilite para profesores, aprendices y profesionales la comprensión de las experiencias vitales determinantes de la salud y la vida, así como facilite la capacidad para hallar significados compartidos entre grupos de personas, que validen creencias, actitudes y sentimientos, los cuales a su vez, orienten la teoría y práctica de enfermería (24).

Finalmente, un reto derivado de la resolución futura de las inconsistencias epistemológicas del saber enfermero, es la vinculación de los resultados de la investigación con postulados teóricos propios, y que estos se reflejen a su vez en la comunicación de los mismos, así como en el desarrollo de una más potente práctica basada en evidencia (PBE) (25).

Con base en todo lo anterior, este proyecto de investigación quiere aportar a construir una fundamentación epistemológica y conceptual del “acto de

cuidado”, que expliquen la profesión de enfermería en Colombia, y que de alguna manera permitan unificar la visión compartida de la Enfermería en Colombia, en función de los alcances de la misma en los campos de la teoría y práctica en la visión de cuidadores formales e informales.

Pregunta de investigación.

¿Cuáles son los fundamentos sociales, culturales, filosóficos y epistemológicos asociables al acto de cuidado como sustento de la profesión de Enfermería en la ciudad de Bogotá D.C. (Colombia), para el año 2019?

1.2 JUSTIFICACIÓN

En Colombia (y en la mayoría de países de la región de América Latina y El Caribe – ALyC), donde la relevancia del sujeto, la familia, la comunidad y su entorno; junto con el desarrollo de habilidades y competencias asociadas al liderazgo, y la autonomía definen preliminarmente el ser profesional de la Enfermería. Pese a ello, los postulados del Cuidado, como descriptor del ser de la profesión, entendido este como un proceso intencional de ayuda a quien se encuentra afectado por procesos de enfermedad, y discapacidad (26), no encuentra suficientes estímulos en las políticas públicas que

organizan y sustentan la organización del sistema de salud colombiano, y la prestación del servicio, ni tampoco en las condiciones en que se práctica la enfermería (Hospitales, Clínicas, Comunidades, Empresas, Escuelas, Academias).

Tras el incremento de la formación de magísteres teóricos de Enfermería en Colombia (ocurrida entre 1993 y 2013), perspectivas teóricas anglosajonas heredadas (en su mayor parte) del trabajo filosófico de la académica Jacqueline Fawcett en la Escuela de Enfermería de Laval Université en Québec - Canadá, quien permeó la formación universitaria de enfermeras (no solo de Colombia sino de toda América Latina gracias al apoyo de organizaciones y fundaciones multilaterales), con una ideología del cuidado en la que arquetipos misionales y axiológicos de preservación, protección, simpatía, amor servil, trascendencia existencial, uniformidad de la personificación profesional, demostración de perfeccionismo, y conexión con formas metafísicas de ser del tipo espiritual, configuraron una simbología enfermera que aunque es conocida por el gremio, al tiempo es incomprensible y poco adaptable al contexto de los servicios médico-asistenciales de prestación de servicios, y a los modelos y sistemas de salud, aseguramiento y protección social; así como incomprensible para el paciente o sujeto de atención (9, 81, 82).

Al respecto menciona la enfermera escolástica Peggy L. Chinn:

“Las enfermeras de todos los géneros, edades y culturas aún albergan una profunda tendencia a ignorar y devaluar la enfermería. Ahora llamo a esto "nursoginia", que está relacionada con la misoginia porque es una corriente subyacente de prejuicios culturalmente arraigados, incluso para aquellos de nosotros que buscamos fervientemente rechazarla y superarla” (82).

Es preciso allí cuestionarse respecto a los mencionados prejuicios hacia la “Enfermerología”, ¿Cómo el discurso ideológico propagado es incompatible con la experiencia real de ser enfermero? Así, la promovida “Cuidadología” (o en inglés: “Neurology”, redundante como neologismo que a primera vista no significa nada, un término que hace referencia superficial al pasado religioso de la profesión, al latín “*infirmus*” razón de ser del oficio; este neologismo, antes de unificar la definición profesional, y enmarcarla en un fenómeno lógico de indagación, mantiene sin resolver las profundas reflexiones sociológicas acerca de los roles, campos de acción, alcances de autonomía para el ejercicio, estándares de práctica, jerarquías adscritas, mecanismos de promoción y reconocimiento; y distribución del poder – toma de decisiones (83, 84).

Uno de los postulados considerados problemáticos en la ideología del Cuidado, es su doble dimensionalidad ontológica, en tanto es asumida por las filósofas de enfermería como Ciencia y a la vez como Arte, minimizando importantes conflictos epistemológicos, como lo es el de la gran diferencia que yace entre la una y la otra entidad: en filosofía el Arte, se engloba en la disciplina de la Estética, la cual es el estudio de las distintas dimensiones del arte y sus cualidades (pasando estas desde lo horrible, lo disonante, lo feo; llegando hasta lo bello y lo sublime); en este sentido las posiciones y las visiones frente al fenómeno artístico son diversas y disímiles; es difícil generalizar o hallar consensos sobre la finalidad de las bellas artes, y su utilidad o propósito dentro de las organizaciones sociales. Así, variables sociológicas y culturales están profundamente implícitas en los significados y en las representaciones que acerca del “arte” se hacen las personas: de allí los dilemas entre las visiones empiristas, racionalistas y románticas acerca de la cuestión estética (27).

Para la Enfermería, el uso del sustantivo “Arte” proviene de la herencia biomédica recibida del pasado médico, para el cual el Arte es una capacidad

o posibilidad humana para “hacer algo” (28), sin ninguna connotación estética; a pesar de ello, la enfermería institucionalizada en Colombia adoptó el nombre “Arte” como “una proyección imaginaria y subjetiva de lo posible”, que se materializa como expresión, como restauración de una habilidad perdida (8). Nótese la delgada frontera entre esta concepción sui-generis del Arte de Enfermería, con lo que en psicología se comprendería como “Terapéutico. Es evidente la subjetividad y reflexividad que engloba esta visión “Artística” de la enfermería, que más que facilitar la comprensión de lo disciplinar, parece hacerla más confusa.

Respecto a la visión de la Enfermería como “Ciencia”, la cual describe como una aproximación al conocimiento fundamentado en múltiples paradigmas que se relacionan en concordancia con una multiplicidad de factores que definen y determinan los fenómenos de interés para la enfermería (29), sustentando explícitamente con ello, que las visiones positivistas y racionalistas de la ciencia (que asumen rigores como la generalidad del lenguaje, el consenso racional, la falsación y comprobación de la hipótesis como características de las ciencias revolucionarias, son exiguos o carecen de valor para describir la “totalidad” de la enfermería). Esta crisis de visiones entre una post-positivista (defendida por la institución enfermera), y la tradicional positivista, ha llevado a: “que el progreso de la enfermería haya siempre sido medido con los cánones propuestos por Thomas Kuhn, y como resultado su evaluación sea siempre negativa y crítica; así, la anticipación de una revolución científica en enfermería parece seguir siendo un suceso distante y difícil de ocurrir” (30).

En términos de la American Psychological Association – APA (31), se entiende por Ciencia al:

“estudio sistemático de la estructura y el comportamiento de los mundos físico, natural y social, involucrando a la generación,

investigación y comprobación de hipótesis, la acumulación de datos, y a la formulación de leyes generales y de teorías. Hay varias ramas principales de la Ciencia, incluyendo a las ciencias naturales (por ejemplo, biología, física) y a las ciencias sociales. Existen subdisciplinas que se consideran como científicas por ellas mismas, sin que ello implique que estas hagan parte de una Disciplina mayor (por ejemplo, la neurociencia y el estudio de las bases biológicas para el comportamiento se pueden clasificar como derivadas de las ciencias naturales, al tiempo que el estudio de las características de la personalidad y de la conducta puedan ser vistas como pertenecientes a las ciencias sociales)”.

Finalmente, si bien se han desarrollado algunas tradiciones investigativas en enfermería, (que en principio deberían dotar de sustentos metodológicos y teóricos suficientes para falsear y comprobar el conocimiento de enfermería), estos en su mayoría corresponden a estudios no concluyentes, con algunos grados de subjetividad, y de poca capacidad de replicación y de generalización, los cuales no hacen méritos en la tarea de definir a la Disciplina como un saber científico (9, 32, 33, 34, 35).

Resultan ser todos estos motivos los que ameritan la investigación acerca de las particularidades del discurso asociables al acto de cuidado como fundamento epistemológico de la profesión de Enfermería, en el contexto de la ciudad de Bogotá D.C, y de su historia y retos en términos de educación de enfermeras, y estandarización de prácticas y modelos de trabajo en enfermería.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las características del discurso descritas para el acto del cuidado como fundamento epistemológico de la profesión de Enfermería, a partir de la experiencia de otros cuidadores identificados en la ciudad de Bogotá D.C – Colombia durante el segundo semestre de 2019.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reportar las experiencias de cuidadores enfermeros, no enfermeros, acerca de su visión y opinión frente a la disciplina de enfermería.
- Interpretar las vivencias de cuidadores empíricos, y/o procedentes de otras profesiones u oficios, que den cuenta acerca de las posibles dimensiones descriptoras del acto de cuidado en enfermería.
- Problematizar respecto de las ideas y proposiciones de los participantes, en perspectiva de planteamientos sociales y culturales orientadores del ser de enfermería en Bogotá D.C. – Colombia.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

1.4.1 Delimitación espacial

Esta investigación la cual tiene por objeto Identificar las características del discurso descritas para el acto de cuidado, se realizará en las locaciones o escenarios a los que de común acuerdo, se concierten con los potenciales informantes del estudio. Se estima que todas las entrevistas se desarrollen en la ciudad de Bogotá D.C., Colombia.

1.4.2 Delimitación cronológica

En el desarrollo de la presente investigación se establecen unos tiempos según las fases propuestas tanto para el marco teórico, así como para el diseño metodológico. Los tiempos de desarrollo planeados van desde el Primer Semestre de 2019, hasta el final del Primer Semestre de 2020. En la sección Anexos puede consultarse el Cronograma de Gantt, donde se proponen los tiempos asignados al desarrollo de cada una de las actividades de investigación (Ver Anexo A).

1.4.3 Delimitación conceptual.

1.4.3.1 ACTO DE CUIDADO:

Disciplinadamente se asume al “Acto de Cuidado” como la esencia de la Enfermería, sustentándola como “disciplina científica” y como Profesión; entre los factores característicos del Acto de Cuidado se encuentran: la habilidad para expresar al propio ser; la capacidad para percibir e interpretar las experiencias subjetivas de la persona que es cuidada; y la expresión de acciones específicas de una enfermería líder que mantienen a la otra persona implícita en la relación. Una dificultad de la visión “Cuidativa” de la Enfermería, es que el concepto “Cuidado” fluctúa entre lo psico-emocional (subjetivo), y lo racional – observacional (objetivo), soportándose más en lo subjetivo-experiencial que en lo objetivo-evidente; de dicha ambivalencia proceden en parte las debilidades epistemológicas de la disciplina. Se han señalado para el concepto, vínculos con la familia y la maternidad, los cuales vinculan dimensiones de rol, que feminizan al ser profesional (33, 34, 35, 36).

1.4.3.2 EPISTEMOLOGÍA:

Es la rama de la filosofía que cuestiona la naturaleza, origen y limitaciones del conocimiento. Se preocupa también por la justificación de las afirmaciones acerca de la verdad. Se origina en el trabajo de René Descartes. La epistemología ha sido una cuestión dominante en la filosofía desde el Siglo XVII. La mayoría del trabajo sobre epistemología se concentra sobre el método científico y sobre la justificación de las afirmaciones del conocimiento científicamente derivado (31).

1.4.3.3 SOCIOLOGÍA DE LA CIENCIA:

Rama de la Sociología encargada de la comprensión genérica de los aspectos sociales de la Ciencia. Esta resume la investigación propia de las instituciones sociales vinculadas a la Ciencia y su relación con otras instituciones que influyen en el desarrollo del Conocimiento Científico (37).

1.4.3.4 CONOCIMIENTO Y RELATIVISMO:

Si bien la naturaleza del “Conocer” constituye la esencia de la Epistemología, es problemático intentar definirle, toda vez que si el conocimiento representa “abstracciones de la verdad”, y que desde lo genérico de la cuestión filosófica sobre el conocer, la verdad no existe; así, el conocimiento *per se* tiene un carácter relativo. Si bien existen objetos o fines del “Conocer”, la forma en que los sujetos interactúan con los objetos, definen y determinan la verdad y a la naturaleza misma del Conocimiento. Así el conocimiento puede derivarse en: Semiótico (propio del saber fáctico y del saber tácito); Popular – Experiencial (derivado de la relación entre los saberes individuales y colectivos en interacción); y el Generalizable – Proposicional (específico y derivado del método científico, el cual busca tanto declarar el saber, popularizar el saber, y operacionalizar al saber). Es también problemático

definir sub-tipos de conocimiento, que derivan de los espacios dados entre las tres anteriores categorías señaladas. De entre dichos sub-tipos del saber emergen “otros saberes” como son: la pseudo-ciencia, el escepticismo, la Moral, y la Religión (38).

1.4.3.5 IDEOLOGÍA:

Toda ideología representa en sí misma, una distorsión entre las relaciones de producción e interacción entre entidades y actores, para con las demás que derivan de ellas; en dos dimensiones, unas imaginarias y otras reales frente al devenir cotidiano de la existencia y de todo aquello que existe. Las ideologías representan “sistemas de ideas”, que en una perspectiva amplia fundamentan la filosofía, la política y el arte; la ideología generalmente no son neutrales, implican culturas, signos, símbolos; utilizan al discurso para tomar forma, y para asumir representaciones sociales. La Semiótica se encarga (entre otras), del estudio, análisis y deconstrucción de las ideologías como componentes de los lenguajes y la comunicación (39); tal y como menciona Lamo de Espinoza, E.; *et al* (85):

"... no es el sujeto quien se engaña a través de sus prejuicios o quién engaña a otros –consciente o inconscientemente--, sino que es la propia realidad la que engaña al presentarse con formas engañosas. La apariencia de los fenómenos engaña al sujeto y lo mistifica, lo fetichiza".

Las ideologías engloban intereses de grupos u organizaciones humanas, representan intereses económicos, políticos o de clase; vincula valores morales o éticos; dependen de las culturas dentro de las que se circunscriben; y, Operacionalizan estados de dominación en forma de políticas o de estrategias de poder (86).

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

2.1.1 Antecedentes Legales.

En la Tabla No. 1 se sintetizan las normas más relacionadas con la jurisprudencia y legislación asociada a la profesión de Enfermería en la República de Colombia.

Tabla 1. Antecedentes Jurídico-Legales respecto a la Profesión de Enfermería en Colombia.

DOCUMENTO LEGAL.	PROPONENTE - ASPECTOS NORMADOS.	ESTADO ACTUAL.
<i>Decreto 1345 de 1924</i> (40).	<ul style="list-style-type: none">• Presidencia de la República de Colombia. Reglamenta la Escuela de Enfermeras de la Universidad Nacional de Colombia, creada a su vez mediante la Ley 39 de 1920.	Archivado.
<i>Decreto 371 de 1961</i> (41).	<ul style="list-style-type: none">• Presidencia de la República de Colombia. Genera partidas presupuestales para la organización y puesta en marcha de la Escuela de Auxiliares de Enfermería de Villa María - Manizales.	Archivado.
<i>Decreto 2681 de 1963</i> (42)	<ul style="list-style-type: none">• Presidencia de la República de Colombia.	Archivado

	Asume partidas presupuestales para el funcionamiento de Escuelas de Enfermería.	
Decreto 1192 de 1963 (43)	<ul style="list-style-type: none"> ● Presidencia de la República de Colombia. Distribuye partidas presupuestales para algunas escuelas de enfermería de todo el territorio nacional. 	Archivado
Decreto 1522 de 1963 (44)	<ul style="list-style-type: none"> ● Presidencia de la República de Colombia. Asume partidas presupuestales para el funcionamiento de Escuelas de Enfermería. 	Archivado
Ley 87 de 1946 (45)	<ul style="list-style-type: none"> ● República de Colombia, Congreso de la República. Ley ordinaria que regula el funcionamiento de las escuelas de enfermería en el territorio nacional. 	Archivado
Decreto 1152 de 1949 (46)	<ul style="list-style-type: none"> ● Presidencia de la República de Colombia. Crea y organiza un puesto de Enfermería en el Municipio de Pueblo viejo en el Departamento de Boyacá. 	Archivado
Decreto 148 de 1950 (47)	<ul style="list-style-type: none"> ● Presidencia de la República de Colombia. Se crean escuelas de enfermería en zonas rurales del territorio nacional. 	Archivado
Decreto 2821 de 1955 (48)	<ul style="list-style-type: none"> ● Presidencia de la República de Colombia. Permite a personas pertenecientes a comunidades católicas, que hayan practicado por 10 años o más labores de enfermería, dar continuidad al ejercicio de dicha profesión. 	Archivado

<p>Decreto 1579 de 1964 (49)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Presidencia de la República de Colombia. Se distribuyen recursos públicos para el funcionamiento de distintas escuelas de enfermería en el país. 	<p>Archivado</p>
<p>Decreto 1029 de 1965 (50)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Presidencia de la República de Colombia. Asigna recursos para becas de Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia 	<p>Archivado</p>
<p>Decreto 1037 de 1965 (51)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Presidencia de la República de Colombia. Asigna recursos para diferentes escuelas de auxiliares de enfermería en Colombia. 	<p>Archivado</p>
<p>Decreto 161 de 1975 (52)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Presidencia de la República de Colombia. Se crean y organizan para su funcionamiento, diversas escuelas de auxiliares de enfermería. 	<p>Archivado</p>
<p>Ley 266 de 1996 (53)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Congreso de la República de Colombia. Reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia; crea al Consejo Técnico Nacional de Enfermería; al Tribunal Nacional Ético de Enfermería; y establece los lineamientos para el registro y reconocimiento de los profesionales de enfermería en Colombia. 	<p>Vigente</p>
<p>Ley 911 de 2004 (54)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Congreso de la República de Colombia. Estructura y resuelve el código de ética para el ejercicio y práctica de la Profesión de Enfermería en Colombia; crea y organiza los tribunales éticos de enfermería a nivel regional y nacional 	<p>Vigente</p>

Fuente: Elaboración Propia a partir de datos del SUIN Juriscol.

Si bien para el tiempo asociado a la jurisprudencia de enfermería, la normatividad es poca, resulta interesante que para comienzos del siglo XX el Estado Colombiano implementó estímulos financieros para la formación de enfermeras(os) a nivel técnico y profesional (situación que va a disminuir para comienzos del siglo XXI); y la existencia de las únicas leyes profesionalizantes de enfermería para los años 1996 y 2004, respecto de las cuales no existen posteriores decretos reglamentarios.

También resulta relevante observar que de toda la jurisprudencia, solamente la Ley 266 de 1996 define a la enfermería, tanto como profesión liberal, así como disciplina de carácter social, sin que quede claro las inherencias, o implicaciones de cada una de estas dimensiones del ser de la misma. Este enfoque disciplinar controvierte con lo estipulado en el Artículo 4, donde se menciona que el ejercicio de la enfermería subyace a un quehacer interdisciplinar, multiprofesional y transdisciplinar.

En ninguna de la normatividades halladas se definen normas o procedimientos específicos para la gestión del talento humano, ni acerca de la estandarización del ejercicio profesional a nivel asistencial, comunitario, ni administrativo. De otro lado, si bien las leyes que regulan y reglamentan la Enfermería en Colombia, respondieron a momentos históricos de unidad y cooperación entre los distintos gremios y asociaciones de enfermeras, dicha unidad y grado de colaboración permanece débil hasta la fecha, haciendo con ello que el deseado cambio y renovación de la profesión no prospere al nivel soñado, sin mencionar las debilidades existentes en cuanto a liderazgo, autonomía y compromiso con la axiología humana (26).

2.1.2. Antecedentes Históricos.

Pese al progreso en términos de la popularización del conocimiento, y del acceso a las diversas fuentes de información, resulta particularmente difícil

escribir una historia de la enfermería colombiana, previa a los tiempos de la Colonia española, y en general, previa a la vida y obra de la enfermera inglesa Florence Nightingale. Si bien el mantenimiento y soporte de la especie humana ha sido milenario, poco puede decirse de las formas del cuidado humano de épocas remotas, preliminares incluso, al tiempo anterior a Jesucristo.

Dicho ello, es preciso mencionar que la Enfermería como profesión data de mediados del siglo XX en Europa, donde la organización de los servicios profesionales de Enfermería dependían de las necesidades de los ejércitos, para atender a sus heridos en el contexto de las guerras de la época (55); en oposición, la historia de la Enfermería obedece más a las necesidades de distintas misiones religiosas católicas traídas durante los años de la colonia española, tiempo durante el cual la historia es incapaz de recordar experiencias de enfermería distintas a la religiosa, tal vez en un intento de hacer parecer a la enfermería colombiana como una profesión secular y moderna, sin apego a doctrinas religiosas (55).

Un primer hecho histórico relevante es que la instrucción a enfermeras data del año de 1857 cuando llegaron al país procedentes de Francia, las religiosas Hermanas de la Caridad de la Presentación de Tours, y las Hermanas de San Vicente de Paul, pudiéndose asumir con ello, que la primera escuela (en un sentido escolástico y académico) de la Enfermería, es la francesa. Para 1903 el médico cirujano Jorge Calvo fundó en la ciudad de Cartagena de Indias la primera Escuela de Enfermeras, la cual funcionó en el Hospital de Santa Clara en el corazón de la ciudad amurallada. Ocho años después (en 1911), en la capital del país el médico José Ignacio Barbierí creó la Escuela Municipal de Enfermeras al interior del Hospital de Niños de la Misericordia; hasta ese momento estas organizaciones de formación de enfermeras funcionaban como entidades profundamente vocacionales para señoritas, solo hasta 1924 como consecuencia de la Ley 39 de 1920, cobra

vida la Escuela de Enfermeras de la Universidad Nacional (la cual funcionó dentro de las instalaciones del Hospital San Juan de Dios, dirigido por las Hermanas de la Caridad de la Presentación); curiosamente para la admisión, solamente se requería contar con la educación básica primaria (56).

En 1919 la Liga de Sociedades de la Cruz Roja trajo al país a una enfermera desde Bélgica llamada Madame Ledu, quien estructuró la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja. Para 1929, en una alianza organizada entre la Fundación Rockefeller, el Gobierno Colombiano, y la Oficina Sanitaria Panamericana (hoy Organización Panamericana de la Salud – OPS), se organizó la Escuela Nacional Superior de Enfermeras y Comadronas, la cual tuvo como director al médico José María Montoya, con el apoyo de la enfermera canadiense Helen Howitt, quienes introdujeron la modalidad de “internado” o “Escuela - Hogar”, estrategia consistente en que las aprendices de enfermería vivían en el mismo claustro universitario (56). De las rotaciones de estas enfermeras por los hospitales Militar y San José, así como en la Clínica de Marly en Bogotá, surgirían en el futuro nuevas escuelas privadas, también guiadas por médicos, Durante la década de 1940 nacerían las escuelas de enfermería de la Universidad Javeriana, y la del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario (hoy Universidad del Rosario), la cual años después cerró su operación. Es también interesante encontrar en el archivo histórico, que desde sus orígenes, la enfermería en Colombia se pensó como un oficio de mujeres, con las implicancias sociales y de género consecuentes (56).

La conexión histórica entre la Medicina y la Enfermería, a través de comentarios como: “la enfermera, mano derecha del médico”, o “la enfermera, auxiliar de la medicina”, contradicen las visiones de enfermeras eméritas, quienes sostienen que con el avance de la enfermería colombiana se resume una “revolución por la libertad y la emancipación femenina”, aspecto debatible y parcialmente cierto, toda vez que una profesión se

caracteriza por contar con un cuerpo propio de conocimientos (discutible en enfermería, toda vez que se depende en alto grado del saber biomédico); autonomía para el ejercicio profesional (cuestionable ante un débil posicionamiento del rol); capacidad de autorregulación (cuestionable también ante la dispar distribución y participación en la toma de decisiones en el sistema de salud); y por asumir un compromiso ético con la sociedad (único requisito totalmente cumplido desde la promulgación de la Ley 911 de 2004) (57, 58).

Una revisión de las características en la historia de la profesionalización de la enfermería (dado su nacimiento no académico, no ortodoxo, y práctico-artesanal), con el mayor problema sociológico que es el aspecto no definido y/o confuso, respecto de la naturaleza principal de la profesión sobre un problema determinado (es decir, no es claro si el problema esencial de la enfermería es el mantenimiento de la salud, la atención de la enfermedad, o la provisión del confort y del bienestar) (59).

Otra limitante del éxito en el proceso profesionalizante de la Enfermería, es su alta dependencia con otras disciplinas de las ciencias de la salud (por ejemplo: la fisioterapia, la terapia ocupacional, el trabajo social, la instrumentación quirúrgica, y la terapia respiratoria); todo esto ha llevado a que socialmente, los imaginarios y las representaciones sociales acerca de la enfermería sean mayormente desdibujadas, o incoherentes con la realidad. Las incompatibilidades entre la teoría que se enseña en las escuelas, y la práctica que se formaliza en los hospitales; así como las discontinuidades y las tensiones entre la misma comunidad de enfermeros hacen que el avance y desarrollo de la enfermería como disciplina profesional (en una visión ortodoxa de las disciplinas), sea restringido y lleno de limitaciones (59).

Otro aspecto relevante y determinante del devenir de la Enfermería en Colombia, es la influencia de la llamada “cuestión femenina” sobre la

profesión. Entendida no solamente por el hecho de que esta sea ejercida mayoritariamente por mujeres, sino por la visión compartida acerca de que esta represente “una ayuda al quehacer de la mujer”, es decir, un complemento a la labor socialmente designada para la mujer, que aparentemente es una de las cuestiones domésticas y del hogar (llamadas por la ley en 1928 como “oficios propios del sexo”) (60).

Si bien gobiernos de corte liberal (como el de Enrique Olaya Herrera en el cuatrienio 1930 – 1934, y el de Alfonso López Pumarejo en el período 1934 - 1938) en teoría otorgaron nuevos lugares sociales a la mujer colombiana, en la práctica solamente convirtieron la discriminación negativa en una positiva, creando instituciones de mujeres como lo fueron: los institutos femeninos, los colegios y gimnasios “de la cultura femenina”; los llamados religiosos “vocacionales” persisten como una de las principales razones para estudiar enfermería (los cuales fueron y parecen seguir siendo más atractivos para las mujeres) (60).

Así Velandia M citando a Cardaci resume en tres los fines de socialización de la mujer, prominentes a mediados del Siglo XIX (60):

1. La mujer debe estar siempre a disposición de los demás.
2. La mujer debe definir su vida en función del hombre, y en dicha relación busca su identidad.
3. Toda mujer debe anticiparse a las necesidades de los otros para cuidarlos¹ y ayudarlos a expresar sus necesidades; la mujer es “un ser para los otros” (60).

Para la década de 1970, se incrementan en su número las profesiones “femeninas” (las mujeres que logran estudiar son o enfermeras, o maestras, o secretarias), sin que ello signifique un alto acceso de las mujeres a las mismas (brecha entre profesiones masculinas y femeninas). Resulta tardío el

¹ Subrayado hecho para el presente trabajo escrito por las autoras.

ingreso de los hombres a la enfermería (suceso que ocurre hasta 1966, con los primeros enfermeros hombres graduados hasta 1973 en la Universidad Nacional de Colombia).

Un aspecto que habla por sí solo, es la diferencia salarial entre la Medicina como saber originariamente masculinizado, y el de las enfermeras con su saber originariamente femenino. Si bien la influencia internacional asociada al avance histórico de la enfermería es relevante e indiscutible, los profundos arraigos hispanos implantados en la sociedad colombiana, principalmente la consolidación de estructuras sociales patriarcales, sirven de lastre a los desarrollos de la enfermería como un saber liberal y multigenero (60).

De dicha historia resulta paradójico que, a pesar del paso de los años, por momentos, y en determinados escenarios, la profesión de enfermería en Colombia parece persistir en un dilema que fluctúa entre el servicio social, y el asistencialismo hospitalario; este último (y en alto grado), dependiente del saber biomédico, un saber medicalizado que por momentos parece ser incompatible con la esencia misma de la enfermería, la cual no es otra más que el “cuidado familiar”, entendiendo a éste como el conjunto de prácticas encargadas de la provisión de bienestar a otro(s), que implica procesos emocionales de personalización, y de creación de vínculos personales y subjetivos, que implican emociones, sentimientos, actos y pensamientos disímiles con la posición disciplinar biomédica; en el presente, enfermería persiste en intentar encajar en dicho escenario idealizado (55).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 Aspectos básicos para el análisis sociológico de las profesiones.

2.2.1.1 Injerencia de aspectos socioeconómicos como el ingreso, el prestigio, la selección y el nivel educativo como determinantes sociológicos de las profesiones en Occidente.

Entre los muchos aspectos determinantes del estatus social de las profesiones, se destaca la relación positiva que existe entre la antigüedad de una profesión y su nivel de reconocimiento – prestigio en la sociedad. Así, como también el grado de autonomía en la empleabilidad (práctica independiente versus práctica dependiente), definen también el posicionamiento de las profesiones dentro de la pirámide de clase social. Un tercer aspecto determinante es el número de personas que componen la población de profesionales, definiendo con ello las razones de oferta/demanda, preponderantes al momento de amortizar el mercado ocupacional, al igual que necesarios para definir el valor salarial de dicha profesión (61).

Así, en esencia, los procesos sociales adscritos a la profesionalización de los saberes implican subprocesos de reclutamiento, socialización, práctica y organización, que definen en últimas a las profesiones como grupos de élite, cerrados, que comparten creencias y experiencias en común (61). Desde una perspectiva marxista, el solo hecho de compartir creencias y experiencias no implica *per se*, que todos los miembros de dicho grupo hagan parte de la misma condición de clase social (es decir, que todos pertenezcan por ejemplo, al mismo estrato socioeconómico).

En cuanto a la selección de candidatos a profesionalizar, en la práctica existen diversos sistemas de selección que se sobrepasan o entremezclan entre ellos (como se demuestra en la Figura No.: 3); entre estos sistemas, el educativo se ubica intermedio entre los sistemas tradicional (o de estatus), y el ocupacional (hoy día el técnico-laboral). Resulta particularmente interesante hallar a las “vocaciones” como sustento de las profesiones

ocupacionales, y a la vez de las profesiones derivadas del sistema educativo (61).

Es pertinente decir que es común que entre estos sistemas existan tensiones, y que mientras que las profesiones derivadas de la educación busquen relacionarse con el desarrollo de nuevos conocimientos, las ocupacionales se centren en la “praxis”, y las tradicionales en el estatus como ocurrió hasta hace cierto tiempo con las disciplinas militares, religiosas, y jurisprudenciales (61). Así la universidad contemporánea (como se conoce en la época actual), surge a partir del desarrollo de las profesiones derivadas de la educación.

Figura 3. Sistemas de selección social para las profesiones.



Tomado de: Elliot, P. The Sociology of the Professions. New perspectives in Sociology (61).

Dado que los mecanismos de reclutamiento de candidatos para ser profesionalizados, propios de los subgrupos “de estatus” y “vocacional - ocupacional” escapan al Sistema Educativo: [en la mayoría de los casos; por

ejemplo el único acceso de “estatus” en enfermería se ubica en la formación doctoral (*doctor philosophiae*), la cual está fuera de las regulaciones más genéricas del sistema educativo colombiano; y por su parte, la formación de técnicos profesionales, y de auxiliares de enfermería (conocidos en Colombia como “formación para el trabajo”), o entrenamiento ocupacional], se hace interesante observar que hasta la actualidad, la enfermería reconocida como profesional se ubica intermedia entre las dimensiones de estatus y de vocación-ocupación; emergiendo con ello un sub-sistema de clases sociales entre la disciplina enfermera misma.

Si bien está normada la forma de ingreso, y el proceso de selección en el sistema educativo; dichas reglas son más débiles o laxas tanto para los sistemas “estatus” y “vocacional-ocupacional”; tanto en la Inglaterra del Siglo XX, así como en América Latina, las profesiones vocacionales desarrollaron sus propios sistemas educativos, y sus propios mecanismos de reclutamiento y de regulación del proceso formativo, los cuales en muchos casos, son incompatibles con los formalismos ortodoxos de la academia universitaria (61).

Una de las características diferenciales de la educación vocacional, es su principal enfoque en las técnicas, lo procedimental, y las formas personalizadas de aprendizaje (a diferencia de la academia más formal – la universitaria, donde se requieren ciertos requisitos para ingresar, y para promocionarse, los cuales usualmente corresponden a competencias cognitivas, actitudinales y aptitudinales) (61).

Estas diferencias de estatus, de selección, y de formación, determinan el tipo de rol que el profesional va a desempeñar dentro del mercado correspondiente para su trabajo (61).

2.2.1.2 Diferencias entre Práctica e Ideología Profesional.

Como se mencionó atrás, el ideal profesional está condicionado por variables socioeconómicas, contextuales e históricas, que implícitamente determinan tanto a la noción de servicio implícita, el poder de autoevaluación del saber teórico-práctico propio, y el grado de libertad – autonomía auto percibida. Así, un enfoque muy pragmático puede llevar al saber profesional a centrarse en la práctica, y un enfoque muy teórico podría llevarla a concentrarse mayormente en el campo ideológico y de las abstracciones cognoscitivas (61).

Así (como se aprecia en la Figura 4), tanto las conductas así como las actitudes y habilidades (secundarias a un cuerpo recibido de conocimientos), distinguen en un sentido estricto a las profesiones de las no profesiones, entendidas las primeras como un adecuado balance entre teoría – práctica - autonomía, y a las segundas como aquellas más enfocadas en los aspectos técnicos-manuales del hacer, y con mayores restricciones de la autonomía (61).

Al dar lectura a las características de las profesiones, y de las no profesiones, en un sentido vertical (es decir, dando lectura a la figura de arriba hacia abajo), es posible interpretar el impacto y la significancia que a nivel social que caracterizan y condicionan las formas de trabajo.

Un asunto de gran debate (y de difícil argumentación teórico – conceptual), es la distinción que debiera hacerse entre las profesiones ocupacionales, y las disciplinas profesionales.

En términos generales, las disciplinas profesionales emerjan en las sociedades como formas de aplicación de conocimientos teóricos sólidos, que se aplican en un contexto de necesidades y de problemáticas de interés a la sociedad; de allí que las profesiones ocupacionales aunque en su base e configuren de manera similar a las disciplinas profesionales, en la práctica

operen más como ocupaciones no profesionales; así, las profesiones ocupacionales constituyen *per sé*, profesiones inusuales (62).

Figura 4. Características determinantes del rol profesional (y sus diferencias para con los roles No Profesionales).

No - Profesional		Profesional
Técnicas y habilidades	Conocimiento ↔	Más teóricamente fundamentado
Rutinarias	Tareas ↔	No hay rutinas establecidas
Programada	Toma de decisiones ↔	No programadas
Fines decididos por la sociedad (u otra institución)	Autoridad ↔	Derivados por el Conocimiento – por la sociedad – o la Institución.
No está claramente establecida	Identidad ↔	Asociada a la ocupación
Atiende a los fines del oficio (hacer cosas)	Trabajo ↔	Es el énfasis central, la razón del ser.
Ocupacional / Ascender en la empresa	Carrera ↔	Individual / Cualificarse más
Limitada	Educación ↔	Extensa (implica adquirir habilidades y estatus)
Específico	Rol ↔	Siempre superior a las expectativas

Tomado de: Elliot, P. *The Sociology of the Professions. New perspectives in Sociology* (61).

Este dilema (de si el ejercicio de la profesión corresponde a una profesión ocupacional, o a una disciplina profesional), resulta sociológicamente complejo, y polémico (si se tiene en cuenta que las fronteras entre una y otra, usualmente son borrosas, invisibles, o difícilmente claras).

Tradicionalmente otros saberes (distintas a la enfermería), se han preocupado por esto; tal es el caso de la Terapia Ocupacional, para quienes esta es:

“el arte y ciencia de restaurar, reforzar, facilitar el aprendizaje de habilidades, y de funciones esenciales para la adaptación y la productividad, que disminuyan y corrijan lo patológico, y que promuevan y mantengan a la salud. Esto a lo largo del ciclo vital, de modo que se satisfaga al propio ser, a los demás, y se ejerzan los roles de una vida productiva, con maestría para el propio ser, y para el ambiente” (62).

Ha de notarse la estrecha similaridad que existe entre esta definición de la terapia Ocupacional, con una de las muchas definiciones que existen de Enfermería:

“En las postrimerías de la década de 1980 y los primeros años de 1990, resurgió una filosofía de la enfermería humanística. Su visión de la enfermería como una combinación de ciencia y arte nos ha llevado a agrupar en una misma lección a Nightingale, Wiedenbach, Henderson, Abdellah, Hall, Watson y Benner” (63).

Si bien este híbrido de “Ciencia y Arte” resulta interesante, es también problemático, si se tiene en cuenta que las conexiones entre el saber Científico y el Artístico, van en sentidos opuestos, y poco se traducen en un modelo positivista del saber y del conocimiento (como problematizan Daza C, L.A. & Ladino, L.E.) (9).

Sobre estas ambigüedades no existen consensos sólidos, solamente se puede señalar un interés desde la sociología de las profesiones, para describir y discriminar formas de **Cierre Social**² (tanto interno, como

² Para la Sociología clásica, se entiende por Cierre Social al proceso excluyente de estratificación social (en este caso, derivada de la organización del trabajo). *“El rasgo distintivo del Cierre Social es la pretensión de un grupo de asegurarse una posición privilegiada a expensas de otros grupos mediante*

externo), que restauren, reconozcan, y respeten las delgadas líneas que separan los oficios de las profesiones, y las profesiones ocupacionales de las disciplinas profesionalizantes (64). No está claro si del todo dichas diferencias dependen del grado de teorización, o de practicidad de cada una; o si se trate del grado de reconocimiento social que exista para una u otra; lo cierto e importante es, que dichas ambigüedades afectan no solo la forma como socialmente se organiza el trabajo de enfermería, y la calidad, congruencia y especificidad con que se brindan los servicios de salud prestados por la Enfermería.

2.2.1.3 Problemas de la “Vocación” como sustento disciplinar.

Otra arista que emerge en el problema de los modos de profesionalización de la Enfermería en Colombia (y por extensión en América Latina), es que por tradición se ha asimilado e incorporado al discurso político y educativo, de una forma “normalizante”, la visión de la Enfermería como una Vocación. Las vocaciones en principio hacen referencia a inclinaciones o manifestaciones religiosas (como sienten las monjas – por ejemplo, un llamado para servir a Dios o a la Iglesia). También las vocaciones implican una percepción social y económica, de que no implican mayores gastos ni costos, ni esfuerzos en su formación o entrenamiento. Ello quiere decir, que las ocupaciones vocacionales (vamos a decir, profesiones ocupacionales), rayan casi en lo técnico – tecnológico.

Para Ercin, *“el concepto de vocacional implica que la formación que surge a este punto, en general, es una formación entre técnica y profesional, que se dirige a cumplir con las necesidades de los miembros, quienes exhiben una*

un proceso de subordinación. Ello constituye una forma de acción colectiva que da lugar a la categoría de rechazados o de extraños” (64). Debe entonces hacerse la pregunta: ¿Quiénes son los rechazados en Enfermería, los Profesionales, los Auxiliares, todo el gremio? El Cierre Social divide, fracciona, genera conflictos, y usurpa libertades.

estructura dinámica para responder a las necesidades de la industria, así como a la producción de distintos métodos y aproximaciones al conocimiento tecnológico.” (65),

Entre los muchos problemas de la orientación vocacional que se hace de las profesiones, se destacan: la debilidad para garantizar una permanencia y lugar en el mercado laboral; la dificultad para transmitir de forma efectiva saberes netamente académicos (teórico – conceptuales); falencias en los modelos de entrenamiento; incapacidad para satisfacer las expectativas de los estudiantes; y una pobre percepción social – ciudadana respecto del ser y del que hacer profesional (65).

Un rol central en los procesos de profesionalización de la enfermería, más allá que el natural emergente de las asociaciones profesionales, y de los distintos grupos de interés, es el del Estado (Gobierno), mismo, toda vez que es este el único con el poder suficiente para reorganizar tanto los esquemas formativos, así como para regular el escenario de trabajo (mercado laboral), el cual determina y condiciona las necesidades y los enfoques de la formación; tal y como describe Kapborg, I para el caso de la transición de Vocación a Profesión de la Enfermería en Suecia (66).

Otro problema con En este artículo, el autor sostiene que la enfermería se entiende mejor como una ocupación profesional. Utilizando el modelo de vocaciones de Blum, se argumenta que tales ocupaciones se expresan socialmente en prácticas que incorporan tradiciones, normas y una variedad de significados: industrial, social, personal y moral. Los trabajadores vocacionales son aquellos que se identifican de cierta manera con estas tradiciones, normas y significados.

Un problema con el modelo vocacional, tal como se ha aplicado históricamente a la enfermería, es que este se ha vinculado muy

arraigadamente hacia el concepto socialmente construido sobre la maternidad. En el pasado (Siglo XVIII), la enfermería era una vocación precisamente porque su carácter era identificado como femenino; este vínculo que se hizo para la profesión, con relación a los ideales de la maternidad y la feminidad, a la fecha le hacen daño al desarrollo y profesionalización de la Enfermería, toda vez que son puntualmente el significado moral y social de la Enfermería, los que le dan a esta su estatus profesional; por lo tanto, no así para con el carácter feminizado asociado históricamente. Esta es una falsa percepción que debería tender a transformarse con el tiempo (67).

2.2.2 Otros estudios y aproximaciones acerca del “ser de enfermería”.

Si bien la preocupación sobre la esencia, o el “ser” de enfermería se remonta a los desarrollos gremiales y organizacionales de las enfermeras anglosajonas de las décadas de 1970 y 1980, es evidente que los seres humanos se protegen y se asisten unos a otros para existir, y para sobrevivir frente a las adversidades e inclemencias del entorno. Así, los primeros hospitales (entendidos como organizaciones sociales construidas para la ayuda y el socorro) datan desde tiempos del Imperio Romano, la asignación de las tareas del soporte y de la asistencia siempre tuvieron como prerrequisito la obediencia y el servicio; para este perfil resultaron siempre útiles las mujeres, quienes adscritas a organizaciones religiosas (principalmente la Iglesia Católica), se dedicaron desde entonces a dichos servicios (68).

Si bien está aceptado para todos en el sector de enfermería, que es la aparición de Florence Nightingale como el comienzo de la modernización de la Enfermería, resulta relevante que aportes fueran distintos a los de la medicina (a los cuales se consideraban como científicos), dejando a los de

enfermería tipificados bajo la noción “empíricos”. Esta noción va a convertirse más adelante en un elemento importante, ya que sostendrá la torre del conocimiento de enfermería, un conocimiento que pese a su aparente solidez, discrepa de los cánones ortodoxos de la ciencia positiva, así como del saber biomédico (68).

Los posteriores desarrollos teóricos construidos disciplinar y endogámicamente para la enfermería, no discuten o contradicen el originario planteamiento sobre lo “empírico”; este empirismo (entendido como aquel conocimiento que emerge de la experiencia, y que difiere del postulado positivista del Racionalismo como única manera constatable y falsable de conocer y de teorizar) (68),

Así, la visión empírica del saber enfermero va a derivar posteriormente en XX tendencias explicativas del “Ser” de Enfermería, a saber:

- **Una espiritual:** que reconoce para la Enfermería unas propiedades espirituales para el soporte, las cuales se centran en la sanación, el uso terapéutico del ser, la intuición, el enfoque centrado en la persona, y en la búsqueda de sentido.
- **Una basada en la práctica social:** Que entiende a la enfermería como una práctica social que establece, organiza y planifica la provisión del servicio de enfermería. Allí se estructuran redes, valores, y estructuras para la atención organizada y ordenada.

Aspectos como la humanización, la integralidad, la cuestión totalitaria u “holística”, entre otras, parecen no poder encararse en una u otra perspectiva; igual que ocurre con las más prestigiosas teóricas de enfermería: Jean Watson, Myra Levine, Callista Roy, Dorothea Orem, entre otras (68).

Son diversos los autores que reconocen las ambivalencias y los conflictos asociados al desarrollo y a la forma de construcción del saber de enfermería,

como descriptores de las falencias y del largo camino que está pendiente por avanzar, en cuanto al desarrollo del saber de enfermería. Para Carvalho, V, la enfermería en estos momentos es “una ciencia en vías de hacerse”, lo cual implica las dificultades del neo.-discurso enfermero, para justificar y respaldar con evidencia, a los constructos que definen y configuran a posteriori las teorías y modelos de enfermería (como fin último del conocimiento y de la investigación disciplinar) (69).

Esta misma autora, reflexiona en otro de sus escritos acerca de la naturaleza post-positivista de la Ciencia (lo que significa que no solamente la cuestión por el racionalismo, o por la comprobación metódica-experimental, distingue entre aquello que es científico, de aquello que no lo es); todo parece indicar entonces, que más allá de las teorizaciones, y de la capacidad de comprobación de hipótesis, en un mundo post-positivista las ciencias armonizan como una sola, a la teoría, la práctica (evidencia), en los distintos campos de acción de la competencia profesional (70).

Dado que la construcción del saber de Enfermería depende altamente de la historia y de los avances de la misma disciplina, de allí se hacen evidentes construcciones y desarrollos que parecen estar “a medio camino”, entre visiones y opiniones subjetivas y objetivas; un aspecto pendiente de desarrollo por la enfermería, es la incorporación al debate de la filosofía de las ciencias (desde una perspectiva trans-disciplinar), haciendo énfasis en su actualidad, y en sus retos. (71).

En un intento por conceptualizar acerca de la comprensión que los estudiantes de enfermería hacen sobre la dimensión epistemológica de la misma, y en función de los patrones del conocimiento enfermero definidos por las autoras Chin & Kramer (quienes expandieron la visión original de Barbara Carper), proponiendo cuatro grandes patrones, que describen el conocimiento de enfermería, en el año 2008, Gómez R, OJ.; et al (72), tras construir un

instrumento de medición de la percepción del cuidado (no validado), y tras ser aplicado a una muestra a conveniencia de estudiantes de primer semestre de enfermería (estudio no concluyente), se evidenció que para los estudiantes de enfermería novatos, es más fácil identificar dimensiones y acciones de tipo Empírico y Ético, y con mayor dificultad, identifica aquellos Estéticos y Personales³. Esto, además de evidenciar un reto para la educación de enfermería, invita también a enseñar, evaluar, repensar y complementar los fundamentos teóricos que soportan estos cuatro patrones, en un sentido coherente a los tradicionales postulados que aceptan a la enfermería como ciencia y como arte (72).

Similares hallazgos presente Pires, D (73), para quien también la enfermería se encuentra en un proceso aún no terminado de desarrollo y de conceptualización teórica, que haga de esta una disciplina profesional, sobre la cual no haya dudas; la autora si bien emplea la visión de Thomas Kuhn sobre el desarrollo de las ciencias (y su mantenimiento socio-histórico), hace

³ Carper (y posteriormente Chinn y Kramer) desde sus experiencias conceptualizaron cuatro patrones de conocimiento que explican, y que dan sentido al saber de enfermería. Estos patrones son:

- Patrón Empírico: (O ciencia de la enfermería), cuyas expresiones son la teoría científica, los modelos para la práctica, la explicación y predicción de hechos⁹². Este patrón puede ser descrito, explicado y comprobado por datos de grupos subjetivos u objetivos; es en últimas la ciencia de enfermería.
- El Patrón Ético o conocimiento moral de la enfermería se caracteriza por expresiones de teorías éticas, códigos, normatividades, y estándares⁹⁴; se puede obtener a través de la identificación, análisis, y aclaración de creencias y valores, así como con el diálogo que justifique las creencias y los valores de enfermería.
- El Patrón de Conocimiento Personal, que se expresa por el ser sí mismo y por el ser; este representa las expresiones de calidad y autenticidad del proceso interpersonal entre cada enfermera y cada paciente; las relaciones interpersonales de la enfermera; se puede indagar a través de la apertura, el pensamiento, la escucha y reflexión plasmadas en historias autobiográficas de la enfermera.
- El Patrón Estético del Conocimiento de Enfermería, o el arte de enfermería se manifiesta por el acto artístico, son las expresiones de la percepción de la enfermera sobre lo que es significativo en cada comportamiento individual del paciente, es el arte en el acto de enfermería y del cuidado. Este se indaga a través de la crítica estética y el trabajo artístico de enfermería que permita prever las posibilidades, y de ensayar actos artísticos del cuidado de enfermería (72).

ruido cuando se enfrenta a unas visiones distintas (o disruptivas) sobre la ciencia racional positiva planteada por Kuhn.

Algunas académicas de Enfermería radicadas en Brasil proponen como alternativa al desarrollo y fundamentación del conocimiento de Enfermería, la Filosofía de la Ciencia – Acción (FCA), la cual engloba las ideas elementales para el desarrollo de una práctica reflexiva. La FCA es una metodología recientemente desarrollada en el campo de las Ciencias Sociales, la cual busca un análisis crítico de la práctica realizada y entendida por los profesionales del área, y elucidada por la reflexión en el momento de la acción (74).

Esta puede surgir a partir de la teoría en la práctica, en el contexto de los administradores escolares (responsables de crear un programa de reforma educativa). Como metodología, la Ciencia-Acción se fundamenta en la idea de que los profesionales ejecutan sus prácticas con teorías en uso, es decir, con criterios específicos para ese momento en particular.

Es común que el conocimiento utilizado se incline hacia la rutina, el autointerés; es en este escenario en el que generalmente los profesionales no identifican exactamente cómo se aplica en propiedad su propio cuerpo de conocimientos (74).

Con relación a las divergencias paradigmáticas que presenta el positivismo racional, y los particulares para los nuevos avances de la enfermería, Irigibel U, (75) señala la forma como los nuevos paradigmas propuestos para la Enfermería global desde la tradición anglosajona, omiten o subestiman el valor que tiene para el conocimiento, la racionalidad implícita que conlleva el ejercicio de contradecir, enfrentar, y proponer los argumentos y los conceptos que alimentan (en principio), toda suerte de ciencia.

Este mismo autor plantea en una visión más cultural y política del desarrollo del conocimiento enfermero en América Latina (particularmente el caso de

Costa Rica), argumentando que de fondo, para todos los postulados de enfermería (teórico-conceptuales), la relación de estos con los modelos económicos de productividad imperantes desde la visión hegemónica neoliberal (aliada con la evolución actual de las ciencias biomédicas), condicionan al pensamiento enfermero, para que acepte y se asimile a dichas estructuras políticas y del pensamiento, que condicionan la actual realidad con que se proveen los servicios de salud (76).

En resumen, y parafraseando a Carvalho, V, además de los problemas implícitos que trae consigo la discusión de la filosofía del conocimiento, y de la filosofía de las ciencias, Enfermería como conocimiento académico (y en vías de profesionalización) se ve enfrentada además, a sus dilemas propios que tienen que ver con la dualidad que tiene Enfermería tanto como arte, tanto como ciencia; y tanto como énfasis en si misma (su conciencia), versus su ocurrente énfasis en su alrededor (objetos estudiados, multiplicidad de objetos) (77).

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación.

El presente estudio corresponde a una investigación de descriptivo - explicativo, basado en el desarrollo de entrevistas a profundidad a personas que ejercen como cuidadoras, ya sean tituladas o no como Enfermeros(as). Este estudio se circunscribe dentro del paradigma cualitativo, con enfoque interpretativo (asociado al análisis del discurso).

3.2 Universo, población y muestra.

Cuidadores formados (profesionales, auxiliares), y no profesionales (cuidadores familiares, oficios y otras profesiones que en su praxis ejercen

acciones conocidas popularmente como “de cuidado”). Esta población se captará a conveniencia, mediante la técnica “Bola de nieve”, la cual se propone como estrategia para obtener participantes libremente, sin que la mediación de las investigadoras determine, o incremente la posibilidad de los participantes, para ser seleccionados, en contextos donde los grupos no son homogéneos. Se involucrarán nuevos participantes, uno a uno hasta que tras la lectura de los datos colectados, se perciba haber alcanzado la saturación teórica (78).

3.3 Técnicas de recolección de la información.

Se conducirán entrevistas semiestructuradas en profundidad, las cuales se guiarán a través de un modelo general de temas y subtemas orientadoras; tras obtener la firma del respectivo consentimiento informado, se procederá a desarrollar la entrevista a profundidad; al tiempo de esta, se grabarán en audio las preguntas y respuestas hechas a los entrevistados con el fin de posteriormente, ser transcritas (formato mp3).

3.4 Técnicas de Análisis de la Información.

La información así recuperada, será analizada en tres fases, mediante la metodología de Análisis del Discurso en la perspectiva de Van Dijk (78), quien es uno de los lingüistas más importantes, que han enfocado su trabajo hacia el desarrollo de nuevos enfoques para el Análisis Crítico del Discurso (ACD).

Nacido en los Países Bajos, y tras una prolífica carrera en prestigiosas universidades de Ámsterdam, Estrasburgo, Paris, Berkeley, y Barcelona, Van Dijk señala en su obra cumbre: *Ideología: una aproximación multidisciplinaria* (78), la forma como dentro del lenguaje escrito y hablado se encarna u oculta la ideología misma, está comprendida como la manifestación de

formas de poder, de dominio, y de hegemonía (que forman o delimitan al discurso mismo), a través de relaciones entre actores que confluyen entre sí para ejercer algún grado de dominación sobre un grupo social (78).

Los pasos para la realización de un ACD, son:

- I. **Descripción de las ideas principales** (las cuales son referidas por el entrevistado).
- II. **Interpretación de las ideas unificadoras implícitas a la narrativa - Explicación** (análisis social del discurso, haciendo énfasis sobre los aspectos significativos de cada verbalización).
- III. **Transcripción y Codificación** (Los registros transcritos se sistematizarán mediante la estructuración de códigos y de categorías, las cuales constituirán esquemas que impliquen Categorías Lingüísticas (CL), Grupos de actores (G), y la descripción de los constructos teóricos implícitos en las narrativas (CT), de acuerdo a los planteamientos relevantes sobre la metodología de Análisis del Discurso.

Se apoyará este tratamiento de los datos en mención, a partir del Software Atlas Ti © Versión 6.2).

En general, se entiende por Análisis Crítico del Discurso al acto de deconstrucción del habla, en sus partes conformadas en un contexto de práctica social. De allí que el ejercicio analítico del discurso equivalga en una perspectiva postmoderna y posestructuralista como una forma de acción social. Así, al tiempo que los discursos “hablan” de acciones sociales, que pretenden comunicar en inducir a conductas, pero que se interpretan y adaptan en función de factores exógenos a su naturaleza, en una evidente separación entre ideas y realidad (78).

Así, mientras que una cosa es la superficie del discurso (aquello visible), otra cosa hay en los procesos no visibles de la producción del mismo, las relaciones, las hegemonías de poder, y los escenarios donde dichos discursos nacen. Así lo que se dice, lo que se escribe, lo que se socializa desde el discurso, no siempre llega a ser verdadero; es más común que el discurso sea confuso, o que no tenga orden o prioridades en sus ideas, o que distorsione con la percepción o el común estereotipo social. Es por esto que en últimas, hacer análisis social del discurso, además de retador, consiga ser problemático, provocador, y no siempre encuentre respaldo o apoyo entre el grupo de actores usuarios del mismo (78).

Otro aspecto importante a destacar, es que no existe un consenso metodológico acerca de la forma de hacer análisis del discurso: así, la técnica de análisis podría enfocarse solamente en la naturaleza gramatical, sintáctica y semiótica del mismo; o en la interpretación de sus contenidos; o en los roles asociados a los usos del lenguaje y el impacto de este sobre el comportamiento: parece haber en todas por elemento común, el interés por comprender las dinámicas existentes entre el texto y el contexto, los sujetos y la sociedad, y la articulación de los sucesos comunicativos con las estructuras sociales (78).

3.5 Consideraciones Éticas.

El presente estudio tiene en cuenta los principios éticos que fundamentan la Investigación Cualitativa, acerca de la participación de seres humanos en entrevistas a profundidad.

Se respetarán los derechos de los participantes tanto para involucrarse, así como para retirarse del estudio en el momento que estos así lo deseen. El

riesgo de lesión física asociada para la propuesta de investigación planteada en este Trabajo de Grado, es Mínimo, según los términos de la Resolución 8430 de 1993 (80). Los principios orientadores del estudio son:

- **Respeto:**

El Investigador garantiza a los participantes, respeto y reconocimiento de sus derechos humanos y ciudadanos.

- **Beneficencia:**

El Investigador garantiza a los participantes, que el presente estudio no pretende lesionar, dañar, deshonorar y/o vulnerar el buen nombre, y la integridad personal tanto de los mismos. En garantía de ello, reivindica su obligación moral de realizar fiel registro de las participaciones, así como de acompañar y supervisar a los participantes en todo el proceso de recolección de los datos.

- **Justicia:**

Esta investigación garantiza a los participantes, que la selección de los mismos obedece a estándares y consensos sobre las técnicas de muestreo más comúnmente desarrolladas para el paradigma cualitativo de la investigación.

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

4.1 Descripción de Resultados.

Durante el periodo correspondiente al segundo semestre de 2019, el equipo investigador realizó ocho entrevistas semiestructuradas a cuidadores formales e informales (tres profesionales de enfermería, un técnico auxiliar

del área asistencial, y cuatro cuidadores informales). De los cuidadores informales, sus ocupaciones fueron: Sociología, Teología/Sacerdocio, Licenciatura en Educación primaria y Psicología; por parte de las enfermeras profesionales, sus ámbitos de práctica eran: la Salud Pública/Gerencia de instituciones, el Cuidado Paliativo, y la Epidemiología. La técnico auxiliar de Enfermería ejerce en el ámbito clínico asistencial. Todos los participantes fueron mayores de edad, y evidenciaron experiencia profesional o personal de entre cuatro y seis años en una amplia diversidad de organizaciones del sector educativo, hospitalario, y del campo de las Organizaciones No Gubernamentales – ONG).

Se obtuvieron como producto del desarrollo de estas entrevistas semiestructuradas, datos cualitativos sobre el acto de enfermería mediante registro sonoro de una duración de más de seis horas de duración. Estas fueron transcritas a texto (en el software Word para Windows Office 2010), posteriormente codificadas y categorizadas de forma deconstructiva, de acuerdo a la evidencia de patrones comunes, o características similares respecto al discurso asociado al acto de cuidado de enfermería, como fundamento del campo de saber de la profesión.

A partir de la sistematización de los datos en el software Atlas-Ti © (versión 6.2), se seleccionaron 134 citas, y 70 códigos abiertos, articulados en una red hermenéutica original (ver Figura No.: 5), desarrollada en un modelo explicativo e ilustrativo del discurso del cuidado, como argumento ideológico del “ser” y la “praxis” de la Enfermería en Colombia, así como del “ciclo de vida” del recurso humano de Enfermería (Ver figuras No.: 6 y 7).

Se propone como método analítico el Análisis del Discurso, toda vez que en una perspectiva sociológica, las profesiones y las disciplinas denotan acuerdos sociales delimitados por la cultura y el lenguaje, los cuales expresan posiciones de poder, jerarquías, acuerdos políticos y económicos; y

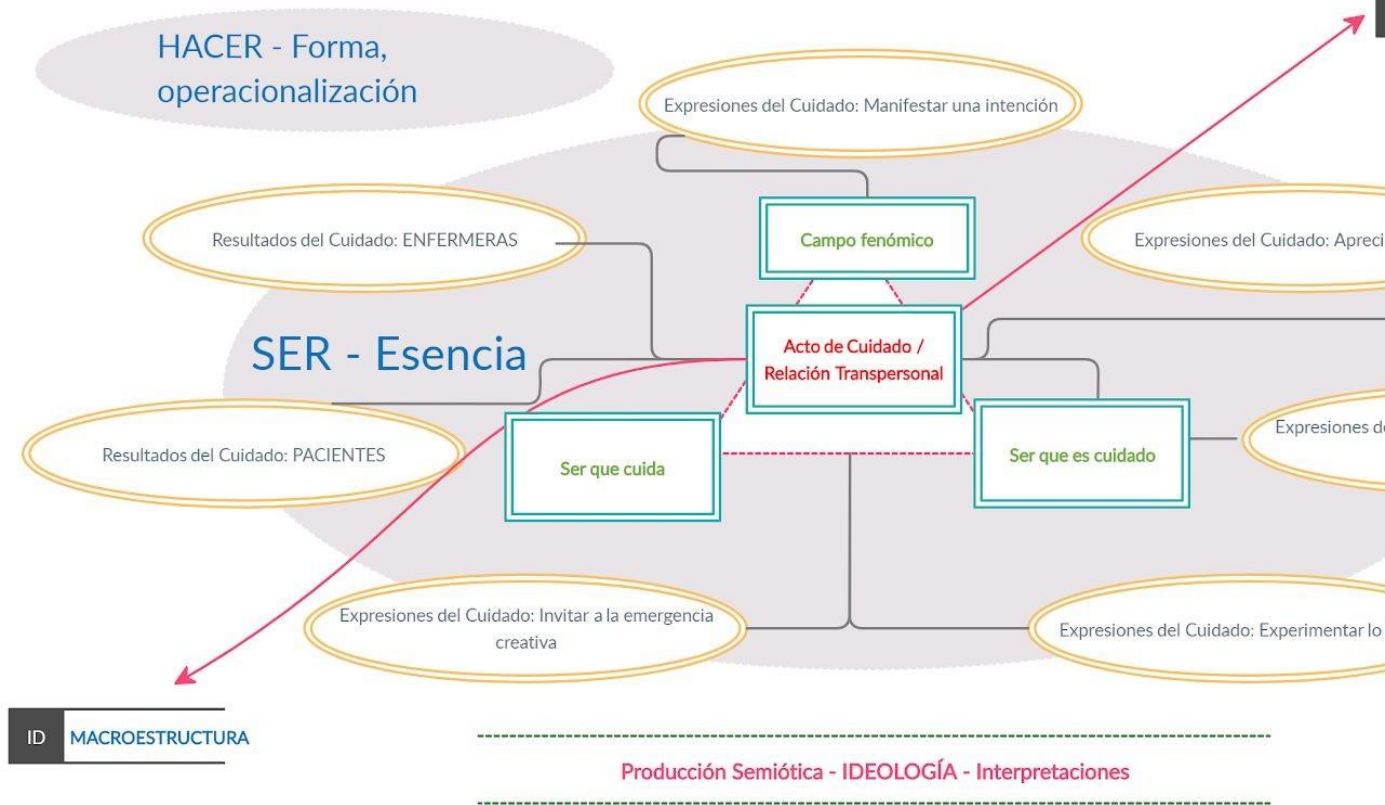
en últimas, usos del lenguaje que delimitan, recrean y preconiben la realidad social (78)

Figura 5. Red Hermenéutica Original, Discurso del Cuidado como fundamento epistemológico de Enfermería.



Fuente: Elaboración de las autoras – Atlas Ti © (versión 6.2) 2020.

Figura 6. Red Hermenéutica mejorada, Discurso del Cuidado como fundamento epistemológico de Enfermería.



Fuente: Elaboración de las autoras – Creately App © 2020.

Figura 7. Desarrollo vital del recurso humano de Enfermería (Técnico y Profesional *)⁴.



Fuente: Adaptado de la obra de Patricia Benner (99)

⁴ Comentario de los autores: En los años 1980 y 1984 respectivamente, los autores Stuart y Hubert Dreyfus, así como Patricia Benner propusieron un modelo teórico lineal de adquisición de habilidades para explicar el aprendizaje y desarrollo de aptitudes en el personal profesional. El factor común está en el aprendizaje derivado de la experiencia o práctica; Así, el profesional pasa por unas fases de desarrollo condicionadas por el tiempo, a calidad de la experiencia y de los entornos donde estas ocurren. Dichas fases propuestas son: **Novata** (sin experiencia ni habilidad, sin autonomía, se adhiere al saber teórico, se dedica solo a hacer tareas); **Principiante avanzada** (Niveles básicos de habilidad, autonomía interdependiente, persiste enfocada en el hacer); **Competente** (Experimentada, planifica sus acciones, tiene criterio; más autónoma); **Eficiente** (Usa la experiencia para decidir con criterio, resuelve problemas fácil y autónomamente); y **Experto avanzado** (Muy experimentada, integra la intuición, teoría y práctica; no depende de las normas). Estas etapas suceden a medida que el/la profesional se hace mayor, y su fin coincide con la jubilación o el retiro profesional. De allí que el (la) enfermero(a) aprende toda la vida haciendo (formal e informalmente).

* La diferencia entre el técnico y el profesional, recae en el grado de desarrollo de habilidades, competencias y grados de autonomía socialmente concedidos.

A continuación se describen los elementos que componen el modelo explicativo e ilustrativo del discurso del cuidado, como argumento ideológico del “ser” y la “praxis” de la Enfermería en Colombia, organizados en Categorías Lingüísticas, Grupos de Actores, y Categorías discursivas, producto de la deconstrucción de los relatos observados.

4.1.1 Categorías Lingüísticas / semióticas de la ideología enfermera descrita a partir de la experiencia de cuidadores (formales e informales).

En lingüística, se entiende por categorías lingüísticas o semióticas del discurso a aquellos elementos del lenguaje hablado y comunicado, que se componen de actos del habla, marcadores del discurso, y por tipos o formas de deixis (es decir, las palabras usadas que enmarcan un contexto situacional: un sujeto, un lugar y un momento) usados en el lenguaje (87).

Así, en las expresiones indagadas de las y los cuidadores formales e informales, es interesante identificar que los actos del habla (entiéndase como el deseo auténtico de la persona por comunicar), presenta en su mayor parte la re-transmisión de vivencias cargadas de emoción y de sentimientos, que conectan experiencias del sujeto alrededor de momentos donde la Enfermería o el Cuidado se idealizan, más difícilmente se conectan con acciones racionales, por ejemplo, cuando es común que tanto profesionales como auxiliares hacen referencia al Cuidado como esencia de la Enfermería, sin poder explicar o demostrar racionalmente que significa dicho concepto, o como se operacionaliza en la práctica, ignorando en el mensaje hablado dimensiones como la posición que la disciplina da al desarrollo del rol técnico y profesional; de la autonomía; la aceptación de posiciones de subordinación frente a otros saberes; el dilema entre un énfasis en la relación interpersonal versus el desarrollo de un sistema de conocimiento de tipo racional, hipotético-deductivo; y el fantasma de la percepción social de la Enfermería

como una semi-profesión, o un oficio tecnológico sin terminar de profesionalizarse.

Otro gran elemento constante en todo el discurso, es una marcada endogamia hacia “el ideal del Cuidado”, que desconoce u omite la existencia de otras profesiones que también “cuidan”, en una suerte de mirada miope y egocéntrica sobre la disciplina, que no conecta, o que no se encaja con la realidad. El discurso “Cuidativo” o “Enfermerológico” parcialmente desarrollado, no se conecta así con los progresos teóricos unidisciplinares derivados del discurso hegemónico heredado de la escuela de pensamiento enfermero anglosajón, el cual parece ser más sofisticado que la realidad de enfermería existente para Colombia, y para todo América Latina.

La debilidad teórica y su evidente desconexión es contundente si se piensa a la Enfermería como un conocimiento funcionalista – Ocupacional (es decir, que debe sociológicamente servir para algo); la mirada prevalente en el discurso se orienta más hacia un enfoque de consenso social – burocrático – legalista – de división del trabajo, que complejiza y relativiza la *theoria* y problematiza su consecuente *quod erat demonstrandum* (o capacidad de demostración); es decir, que no encaja con la común características de las ciencias puras y aplicadas para el positivismo lógico: la Falsación o el poder de comprobación.

El segundo elemento de las categorías semióticas del discurso son las Reglas Regulativas, por estas se entiende el poder del lenguaje para dirigir, inducir o condicionar la conducta (tanto individual como colectiva); así el lenguaje demuestra un gran poder de regulación de las formas de conducta de los grupos de oficios, disciplinas y profesiones (dado que estas constituyen constructos sociales) (61, 87); en esta perspectiva existe un elemento común en todo el cuerpo de proposiciones de los entrevistados: la motivación “Cuidativa o Cuidadora” de la enfermería persuade al profesional

(e incluso al tecnólogo), a desarrollar una conducta servil (o de servicio), de tendencia proteccionista, de sumisión empática, de preocupación manifiesta (que no siempre puede garantizarse como auténtica), centrada más en dar que en recibir, vinculante de sentimientos y emociones que problematizan la calidad de la relación terapeuta – paciente, y dedicada a crear momentos memorables o de alta recordación para el paciente – o sujeto de intervención.

Este condicionamiento moral y psicoemocional ajustado desde el discurso, implica en la práctica una fuerza, un llamado a hacer algo; se estructura invisiblemente mediante formas de predicados y significados en donde se coacciona a todo el cuerpo profesional a su cumplimiento (y se cuestiona a quien se aleje de dicha estructura), situación que hace debatir el grado de autonomía implícita a la profesión enfermera y capacidad de autocrítica.

De este elemento derivado de las reglas regulativas surge un dilema, y es la incoherencia de la Enfermería entre lo que quiere decir su discurso, y a lo que en realidad conllevan sus palabras: es tal el caso del discurso del “cuidado humanizado”, sobre el cual en Colombia hay una amplia difusión, pero que en la práctica se desvanece ante las múltiples quejas, reclamos y demandas que los usuarios hacen del talento humano en salud de enfermería (los cuales en su mayoría obedecen a actos de negligencia, mala praxis, falsedad en registro clínico, incidentes por errores en la administración de medicamentos, eventos adversos, errores con daño, y muerte asociada a mala praxis) (88).

Este solo ejemplo denota la ausencia de relación entre los enunciados discursivos que confluyen en el discurso del Cuidado como fundamento de la Enfermería. Resulta difícil rastrear en la literatura colombiana el efecto que produce este discurso hablado y escrito, sobre las condiciones laborales y socioeconómicas del talento humano de enfermería (profesional y técnico

auxiliar). Así, las promesas hechas en el acto del habla, son en muchos aspectos incumplidas, en parte porque las condiciones de entrada del estudiante de enfermería (profesional y técnico), generan unas expectativas que no siempre el mercado laboral puede satisfacer (por ejemplo de desarrollo personal, de movilidad socio-económica, de ascenso profesional, entre otras).

Así el discurso de la academia configura una promesa predicada por un grupo de hablantes (docentes, líderes y directivos universitarios y gremiales de enfermería), sobrevalorada y cargada de emociones que se desacoplan, o menoscaban en la vida profesional por un grupo de supervisores, jefes de departamentos clínicos, y directores de recurso humano, descriptivo, o quienes replantean en la práctica diaria (no académica) al ser profesional, revaluando así los valores tan vehementemente inculcados durante los años de formación.

El tercer elemento semiótico del habla son los tipos de deixis. La deixis hace referencia al proceso lingüístico por el cual algunas palabras enriquecen su significado a partir del contexto en que surgen, y del sentido que quiere dar a estas el hablante (87). En las deixis del discurso se diferencia la Anáfora de la Catáfora, en que mientras la primera relaciona porciones precedentes del discurso, la segunda hace referencia a una desconexión entre los elementos del discurso. Así, por ejemplo en una de las expresiones de los entrevistados se asevera:

“La diferencia que yo vi es que en la enfermería es quien lo hace todo, de alguna u otra manera es la responsabilidad que implica directamente que el paciente mejore, el médico podrá formular, si el medico mira la parte biológica del paciente, pero uno es el que mira si el paciente está ansioso, si el paciente tiene todos los (...) algunos otros factores que lo puedan afectar para que mejore de una manera

adecuada uno le administra el medicamento pero uno piensa en los posibles riesgos de administrarle el medicamento y consecuencias para ese paciente, entonces no solamente estamos ligadas a que el paciente mejore de su parte biológica sin olvidar la parte holística, entonces somos realmente (...) les mejoramos la salud del paciente".

"Después me terminé enredando porque esta carrera enamora a uno, mis otros hermanos son médicos y me fui dando cuenta la diferencia y la importancia que es la carrera de nosotros con relación a la de ellos (si) porque ellos pueda que mediquen muy bien y diagnostiquen muy bien, pero de cuidar en realidad no saben".

En esta porción de discurso, el uso constante de pronombres, verbos y adjetivos como son (entre otros): el, los, mejore, paciente, responsabilidad, amor, enredarse (vincularse), entretejen unos planteamientos que antes que demostrar competencias o capacidades profesionalizantes, se esmeran en hacer prevalecer una axiología o deontología que no dé lugar a dudas o cuestionamientos sobre la profesión misma, su ejercicio, y su desarrollo; propone este discurso una pirámide romantizante de valores, que minimiza el principal centro de preocupación de una sociología de las profesiones, y es:

- La división del trabajo (establecimiento de jerarquías, diferencias entre la Enfermería como Profesión, de la Tecnología Auxiliar como Ocupación).
- El ser comunitario del cuerpo profesional (que entiende y distingue los comportamientos colectivos de la profesión, de aquellos individuales).
- Habilidades y desempeños del trabajo enfermero (cómo la sociedad reconoce la labor enfermera, como surge la producción de trabajo enfermero, como se establecen la relación entre patrono y empleado en enfermería, satisfacción laboral, procesos de alienación, el

sindicalismo en enfermería, y el ascenso y caída de las habilidades enfermeras remuneradas).

- Incentivos y recompensas económicas y sociales dadas al talento humano de enfermería profesional y tecnólogo (pago salarial, prestigio asociado, mantenimiento de la autonomía y de la autoridad).

Este uso constante de frases y argumentaciones fundadas en neologismos opera como una anáfora, en la que se complejiza el discurso, se sobrecarga de teorizaciones, y se desalienta la transferencia del saber propio de enfermería a escenarios más prácticos en el escenario de lo social y lo cotidiano.

Otros términos y conceptos complejizados y subjetivizados del discurso pueden ser (entre otros): vocación, entorno de ayuda, lo holístico, lo humano, el amor con paciencia, el “cuidado” directo, el “cuidado” avanzado, brindar medidas de confort, involucrarse espiritualmente, diagnosticar en perspectiva enfermera, la mujer como principal sujeto que sabe cuidar, enfermería como posición de “liderazgo”, empatía y entrega como valores “profesionales”, enamorarse de cuidar, entre otros.

En últimas, este discurso pre-estructurado (inicialmente por conceptos importados de la enfermería anglosajona, y divulgados y hegemonizados por grupos de poder de enfermería), consolidaron en Colombia para el periodo 1980 - 2000 una suerte de movimiento ideológico de corte “Nightingaleano” y “Cuidativo”, que si bien es innovador, creativo, y post-moderno, antes de poseer características cognitivas y pragmáticas equivalentes a la argumentación positivista de la ciencia, configuran una organización estructural y social de castas, donde el sector de los profesionales ocupa una posición superior y privilegiada con respecto a cuerpo de tecnólogos auxiliares. Con ello, el discurso prevalece como instrumento de poder que discrimina entre estratos sociales, y que se vale de utilizar el sistema de

educación terciaria como agente regulador de dicha discriminación o segregación. Parece así prevalecer en la ideología enfermera razones de clase y de valor axiológico, antes que de un enfoque fáctico, materialista, pragmático, e hipotético – reduccionista, similar al planteado para la epistemología de la ciencia.

4.1.2 Grupos de Actores que desarrollan el discurso derivado de la de la experiencia de cuidadores (formales e informales).

Aunque para este estudio se entrevistaron a cuidadores informales (Socióloga, Capellán, Licenciada en Educación primaria, Psicóloga), y a cuidadores formales (tres profesionales de enfermería y una técnica auxiliar de enfermería), estos en su conjunto constituyen para esta investigación un conjunto de hablantes o usuarios de discursos, quienes los vincula la variable social de su ocupación en enfermería, y el común uso del lenguaje pro-cuidado importado de la academia anglosajona.

Si bien el mencionado grupo de hablantes comparte sus raíces de identidad, auto reconocimiento y de idiosincrasia en Enfermería, las raíces de su diálogo, de su discurso, y de su habla proceden de la promoción y socialización del llamado “pensamiento enfermero” popularizado por universidades públicas de Colombia en las décadas de 1990 y 2000, extendidas entre los gremios de enfermería de américa central, la región andina, y el cono sur, a través de alianzas de cooperación entre estas instituciones, y sus asociados de dichas regiones (8).

Según material de archivo recopilado para esta investigación, para el año 1996 la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL) en alianza de cooperación con la Organización No Gubernamental (O.N.G). Fundación W.K. Kellogg, estructuraron el proyecto de gestión administrativa llamado “Proyecto Innovar Siglo XXI”; en este, ambas

entidades patrocinaron la formación de enfermeras en el nivel de maestría en la disciplina enfermera. El propósito central de dicho proyecto fue el de fortalecer la educación de enfermería en los niveles de pregrado y principalmente de postgrado, para que mediante modelos desescolarizados (entiéndase, de cambio del paradigma formativo, con énfasis en la semipresencialidad, el uso de la virtualidad, y el desarrollo de la autodidáctica) en educación, se incrementará el número de enfermeras postgraduadas en la región (89).

Bajo la metodología planteada por este Programa, las instituciones participantes invirtieron más de 2636 millones de pesos colombianos (COP) durante el periodo de vigencia, para potencializar el programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (UNAL), y ofrecerlo a universidades públicas regionales de Colombia (como son, la Universidad de Los Llanos, la Universidad de Cartagena, la Universidad Francisco de Paula Santander – UFPS, la Universidad del Tolima, la Universidad Industrial de Santander - UIS, la Universidad del Magdalena, y la Universidad de Caldas (89).

Por parte de la región latinoamericana, este Programa benefició a universidades centroamericanas (de México, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Honduras), y de la Patagonia (Paraguay); Entre los logros académicos se debe mencionar la creación de constructos conceptuales derivados de los modelos y teorías de enfermería anglosajona (obra intelectual de las filósofas de la enfermería Jacqueline Fawcett y Afaf Ibrahim Meleis), y centrados en la ética, la bioética, la familia, la cronicidad, la gestación - maternidad, y la salud cardiovascular).(89, 90).

Esta expansión de la perspectiva anglosajona de la enfermería, que tomó por epicentro a Bogotá, incidió directa, e indirectamente sobre la popularización de la ideología “Cuidativa - Nightingaleana” de enfermería, la cual en algunas

dimensiones resultaba contradictoria o diferente a las tendencias que en su momento sobresalieron en países como España, Portugal, e incluso en iniciativas disruptivas como la brasilera. La visión anglosajona logro imperar por varias razones, principalmente debido a profundos procesos de globalización que tuvieron lugar en Colombia desde 1990; también como resultado de una visión de enfermería anticuada donde el ser profesional aparecía siempre sucedáneo o periférico a la figura del médico, quien protagonizaba y centraba toda la atención de entre el recurso humano en salud; y por la obsolescencia del modelo educativo francés de educación médica (en el que se inspiró la educación en enfermería), el cual mantenía la distancia entre el maestro y el aprendiz, privilegiaba la magistralidad por sobre el “aprender haciendo”, no fomentaba el liderazgo, así como daba énfasis exclusivo en la anatomía, la fisiología, la patología y la clínica como fundamentos del saber (91, 92).

Se pueden agregar otros factores conexos a este privilegio por la enfermería estadounidense – canadiense, entre ellos: la modernización de la infraestructura hospitalaria en Colombia, la necesidad de dotar dichas instituciones con personal operativo, las reformas liberales que permitieron a la mujer ocupar puestos de trabajo diferentes a la maternidad o al servicio religioso, el idealismo que la figura de Nightingale profesa para el servicio y el amor fraterno como fundamentos del Cuidado, junto a un interés hemisférico por occidentalizar los servicios de salud y la práctica médica hospitalaria (91, 92, 93).

De otro lado, la publicación, socialización y reforma de los sistemas de educación y práctica de la medicina y de la enfermería surgida entre 1910 y 1923, conocida como los informes Flexner y Goldmark, incidieron directamente sobre la formación de enfermeras, y la organización de su ejercicio laboral. En 1910 el Informe de Abraham Flexner en los EEUU (educador y reformista estadounidense, quien evaluó y revisó todo el modelo

de formación médica), y a quien se debe que la educación superior en medicina en los EEUU hoy día se caracterice por estar estandarizada, por obligarse a presentar unos básicos criterios de calidad, que dio libertad al estudiante para trazar su camino formativo, a dotar de autonomía al profesional, y a dotar de “virtudes tecnocráticas” al ejercicio profesional (94, 95, 96).

Por su parte el informe de Josephine Goldmark desarrollado de 1919 a 1923, se inspiró también en los alcances del Informe Flexner; y pretendió definir, delimitar y regular tanto la educación como la práctica de Enfermería; otro de sus objetivos era el de aportar criterios específicos diferenciadores de los profesionales respecto de los técnicos; sin pretenderlo, el informe Goldmark sentó las características profesionalizantes de la enfermería, a las cuales posteriormente la mayor parte de las enfermeras de todo el mundo tuvieron que suscribirse (94, 95, 96).

Debe mencionarse que la Fundación Rockefeller (subsidiaria de la W.K. Kellogg), financió dicho documento por intereses particulares sobre el desarrollo de la salud pública en los EEUU. Además de definir las funciones de la enfermera, delimitar los alcances de su conducta, especificar los perfiles profesionales, mencionar los contenidos necesarios para la formación, puntualizar los requisitos de admisión, particularizar acerca del método de enseñanza de las ciencias básicas necesarias, y señalar aspectos sobre la conducta en la vida diaria, el informe Goldmark terminó convirtiéndose en la guía que se implementó para la formación de enfermeras técnicas y profesionales en todo América Latina. Se trae a correlación esto dado que las nociones y discursos del informe Goldmark fundamentan el posterior discurso Nighingaleano desarrollado; entre ambos, el modelo anglosajón fue impuesto, y de allí que el discurso imperante coincide con la política formativa de enfermeras estadounidense de

comienzos del siglo XX y sus progresos hasta los comienzos del Siglo XXI (94, 95, 96).

De esto se entiende que los grupos de habla que a hasta la fecha popularizan la ideología del cuidado, más allá de que la entiendan o la deseen desarrollar, cumplen (consciente e inconscientemente) con uno de los cometidos de las disciplinas, y es la de compartir unas creencias comunes sobre su quehacer.

A pesar de la importancia descrita para el Informe Goldmark, este en América latina (a diferencia de en los Estados Unidos), no logró plenamente asumir para la enfermería un cuerpo propio de conocimientos, racionales, comprobables, verificables, falsables, y de índole práctica o utilitarista. El desarrollo de la disciplina enfermera así, se conectó con el desarrollo hospitalario en forma de una “operacionalización” y racionalización del trabajo práctico, un trabajo que nunca compitió con el poder médico y que configuró con ello una relación desigual, jerárquica sumida en la pura obediencia – asistencia sustentadora del saber biomédico derivado de la reforma Flexner (aspecto que Medina Moya llama: *“Enfermería como grupo oprimido”*). Todos estos aspectos generan en el presente tensiones que el discurso “del Cuidado” no logra resolver (97).

Finalmente, estos sucesos históricos que llevaron a lo que hoy es la Enfermería Colombiana, explican las complejidades de la retórica enfermera, que a la fecha evidencia brechas y distancias entre el idealismo enfermero y la realidad del quehacer profesional; esta situación, coacciona al discurso, y sostiene grupos de habla conformados por profesionales y tecnólogas de las áreas de práctica clínica, asistencial, comunitaria, de salud pública, administrativa, gerencial, y de docencia – investigación, enmarcadas en unas visiones profesionalizantes repensadas en sentido de un mundo globalizado;

el diálogo entre estos grupos de hablantes no siempre es homogéneo, y su interacción no siempre es constante o bidireccional (98).

4.1.3 Categorías discursivas desarrolladas en las experiencias de enfermería descritas por cuidadores (formales e informales).

En la concepción analítica del discurso propuesta por Van Dijk, se concibe como categorías discursivas a un sistema de conceptos (excusas, explicaciones, justificaciones), que se interconectan, y que configuran como a un todo, constructos mentales y sociales que esbozan patrones de identidad, auto-reconocimiento; estas se asocian directa e indirectamente con prejuicios y preconceptos aprendidos popularmente (78, 79).

Con este antecedente puede darse lugar a la descripción de las categorías discursivas deconstruidas a partir de las entrevistas realizadas a los cuidadores formales e informales. Estos actores, narraron en la mayoría de los casos, sus propias perspectivas y percepciones acerca de la enfermería como disciplina, como actividad laboral, y como característica que crea identidad o apego. Las referencias de los entrevistados comprenden en su mayoría, añoranzas personales, reflexiones, evocaciones anecdóticas, asociadas a la propia experiencia profesional condicionada por los años de ejercicio, los roles y grados de autonomía alcanzados. Se agrupan dichas reflexiones en tres dimensiones a saber: Acto de Cuidado – Relación Transpersonal; Campo fenomínico del que cuida y es cuidado; y Esencia, expresiones y resultados del Cuidado; estas implican en sus discursos subprocesos socioculturales de reclutamiento, socialización, práctica, organización y conglomeración de roles, que condicionan jerarquías, relaciones de poder, modos de obediencia y sumisión.

Es relevante mencionar que estas categorías discursivas permean tanto el discurso, así como la formación (técnico-profesional), y el ejercicio laboral de

la enfermería desde la microestructura hasta la macroestructura, afectando así las distintas variables asociadas al desarrollo y vida del profesional: exploración vocacional, selección de un proyecto de vida, formación en el área de interés, establecimiento en el mercado laboral asociado, mantenimiento en la profesión, desarrollo y crecimiento, deterioro y retiro de la vida profesional (ver Figuras No.: 6 y 7).

4.1.3.1 Acto de Cuidado / Relación transpersonal.

Resulta ser un patrón común identificar en todos los entrevistados, el hecho por el cual sus percepciones y comprensiones del cuidar, surgen a partir de una experiencia de acompañamiento a la enfermedad (ya fuera esta vivida por ellos, o por un familiar o persona cercana); dicha experiencia solidifica los principios que moralmente (en la perspectiva de cada participante), debiera fundamentarse una idea acerca del cuidado, tal y como refirió una de las participantes:

“acompañé a mi esposo en la convalecencia de una cirugía de aneurisma, en una cirugía de várices ambas piernas, primero una y después la otra y en una cirugía de hernia, o sea como larguita la cosa... una se siente muy, como muy inexperta, como que no sabe qué hacer, pero lo otro con una responsabilidad muy grande porque es que, saber uno que los cuidados que pueden prodigar dependen de la recuperación, la recuperación del paciente” (Q:1.2, Q:1.3).

En esas experiencias de acompañamiento y apoyo empático, la autenticidad y la disponibilidad que reflejan la verdadera personalidad de ambos sujetos en interacción, particularizan el acentuado énfasis de supervivencia asociado al cuidado, tal y como refiere:

“Bienaventurados los que se dan cuenta que mis ojos ya están nublados y mis reacciones son lentas” (Q2:18)... “el paciente, para que ese otro se desarrolle haciendo todo lo posible todo, todo lo posible subrayado y con mayúsculas no es por si me queda tiempo, es un compromiso para que haga efectiva sus capacidades y logre así realizar sus proyectos, el amor debe hacer todo lo posible para que el otro se realice y sea feliz” (Q2:10).

Así, las narrativas de los hablantes esbozan planteamientos que tienden hacia una intención manifiesta por y para proveer una conducta de apoyo o asistencia, proteger física y emocionalmente al otro de posibles amenazas, así como también para desarrollar cierta simpatía con los sentimientos del otro, preocuparse por los asuntos de interés del otro, ejecutar expresiones de cariño, emplear los propios recursos cognitivos en favor del bienestar del otro, liderar procesos de relacionamiento afectivo, estimular conductas individuales pro-bienestar, de búsqueda existencial por la trascendencia, y para desarrollar vivencias que dejan en la memoria recuerdos edificantes.

En el instante en que ocurre un vínculo psico-emocional entre la persona que cuida y la persona que es cuidada (sin entrar en la profunda discusión gnoseológica *“del conocimiento”* acerca de que es, o que significa el *“Cuidado”*), el sujeto que provee la atención hace manifiesta una intención (cuyo origen no se define si es consciente o inconsciente, planificado o voluntario); esta intencionalidad o predisposición a servir, queda dilucidada en expresiones como:

“Yo la aprendí la tarea de cuidado, de escuchar, que si tiene, que la persona necesita una ayuda así no esté enferma uno lo dijera, dijera lo que hay que decir pero decirlo bien, eso es yo creo que eso se aprende eso viene, no creo que todo el mundo tiene la habilidad del cuidado, y el cuidado no solamente es a las personas que están

enfermas, sino a las personas que están bien y necesitan estar mejor.”
(Q1:19).

“Hay que respetar la voluntad del paciente pero sí muchas veces se necesita un seguimiento claro de apoyo; hay pacientes solos, son pacientes que no tienen a nadie, que están abandonados, muchas veces a la clínica llega un paciente solo y no saben qué hacer con él y ha sido un problema porque no se puede botar a la calle, pero tampoco se le puede tener aquí eternamente, entonces ya entra la trabajadora social a hacer su trabajo...”. (Q2:8).

“Ese auto cuidado, ese amor, ese conocimiento, esa entrega al otro ser humano desde el principio, creo que es fundamental para que nuestra sociedad mejore en todos sus... en todas sus formas, en todas sus facultades” (Q3:3).

De otro lado, ciertas expresiones pro-Cuidado tienen unas implicaciones o asociaciones de conexión con dimensiones metafísicas, o que están más allá de lo perceptible por los sentidos, como son: la “energía” o emocionalidad del momento de intercambio, el grado de conexión emocional que se hace, el consecuente grado de aceptación, la tolerancia por la cultura y los modos de vida del otro (cosmovisiones), los efectos somáticos (o corpóreos) derivados de la emoción, y la resonancia energética entendida como “ímpetus que definen, organizan y ejecutan acciones”:

“Es una persona que está revolucionada, es decir: pensando por qué estoy yo acá, que me paso pero si yo era el que... Superaba todas las situaciones de la vida y ahora.... estoy mirando hacia el techo como cualquier enfermo” (Q2:2).

Esta metafísica del cuidado que pretende darle sentido al acto de enfermar, en una clara búsqueda de sentido existencial, o una búsqueda de propósito, como se refleja en la verbalización:

“Me acuerdo también de alguna señora que hace algunos años le tenían que amputar la pierna... una pierna porque era diabética y estaba desesperada; los médicos me dijeron: vaya donde esa señora porque está enloqueciendo, se quiere tirar por la ventana... esto porque le iban a amputar la pierna” (Q2:3).

Por último para este apartado analítico, el acto de cuidado como experiencia transpersonal, está determinado también por la habilidad de la persona que presta su ideal de ayuda para apreciar patrones, o lo que es lo mismo: identificar conductas, comunicaciones, mensajes o sucesos que tienen elementos en común, y que debido a ellos, pueden ayudar a entender la experiencia vital frente al proceso de salud y enfermedad, experiencias estas que siempre mantienen un sentido altamente subjetivo.

Esta cualidad implica procesos cognitivos y de ejecución de distinta naturaleza, que se formalizan cuando es posible demostrar devoción, o mostrar un ego que solo pretende dar, visualizar al otro como un todo y no por sus partes (en contradicción con la tradición biologista de estudiar los organismos por sus sistemas funcionales), aceptar las subjetividades, tolerar las diversidades de toda índole, sobrevalorar el ideal de dignidad humana, idealizar los momentos compartidos como únicos, promover la utopía del bienestar, vincular como una sola entidad a la mente - la emoción - la interacción, aceptar toda personalidad, evitar emitir juicios de valor, y comprender la totalidad del humano para entenderle como menos vulnerable.

Ejemplos de ello pueden verse en las reflexiones:

“Servir de contención, ayudando a los niños a manejar los distintos sentimientos, la impotencia, la culpa, la depresión, la angustia; y pues, el dolor” (Q7:7).

“Uno cuando está en esa situación de hacerles esos cuidados experimenta muchas emociones, como por ejemplo tristeza es una de las emociones que más presentó, es duro ver a un niño que tiene una enfermedad terminal y que no ha vivido nada, pero sé que como profesional uno no debe demostrar esa emoción ya que ellos lo perciben con las expresiones de la cara o con los comportamientos que uno hace” (Q8:7).

Así, estas habilidades, que adquieren formas más psico-cognitivas que tecnológicas (a diferencia de la mayoría de ciencias biomédicas, principalmente la Medicina, o la Fisioterapia), caracterizan al ser y a la praxis de enfermería con una serie de virtudes morales, utópicas algunas, que “romantizan” al ejercicio de la disciplina, y lo hacen prevalecer a primera vista como un quehacer puramente “vocacional” (inspiracional, que obedece a un llamado existencial, ya sea personal, mediado por un altruismo, o por una fe metafísica: *“cumplir el llamado de Dios”*, por ejemplo).

Aspectos fundamentales para la sociología de las profesiones, como son: el consenso respecto al tipo de intervenciones que se ejecutan, el uso de la falsación como método para comprobar las hipótesis del campo de estudio, la construcción y socialización de estándares de práctica de constante actualización, la importancia de la educación continua profesionalizante, y la regulación y consolidación de la autonomía profesional, parecen secundarias, estar invisibilizadas e ignoradas en los discursos aquí identificados.

4.1.3.2 Campo fenomínico / Ser que cuida / Ser que es cuidado.

Por campo fenomínico (o fenomenológico se entienden los procesos o modos como un suceso o experiencia ocurre, se presenta, o se hace manifiesta; para el caso de este estudio, es el “Cuidado” el campo fenomínico al cual los hablantes hacen referencia de forma directa e indirecta. Para la mayoría de los participantes, el Cuidado como suceso implica el encuentro de dos personas quienes se hacen presentes con sus singularidades, sus personalidades, sus historias de vida, y sus experiencias compartidas, para retroalimentarse y apoyarse especialmente, cuando las adversidades de la enfermedad afectan la experiencia personal cotidiana.

En esta perspectiva, el ejercicio de cuidar plantea una condición contextual sin la cual, este fenómeno no podría ocurrir, y es la interacción terapéutica, tal y como relata un participante:

“Es vocación porque uno necesita la formación desde la casa para poder ser enfermera, uno desde la casa tiene que (...) tiene que tener un entorno de ayuda hacia el otro, de querer que esa persona se recupere a pesar de pasar por encima de uno, porque uno deja de comer, uno deja de descansar” (Q4:11).

Así esta suerte de “conexión” que en la jerga se entendía como relación “médico-paciente”, en el saber enfermero se concibe en una dimensión menos protocolaria e instrumental, y más vinculante, donde al simple encuentro presencial se le adicionan aspectos de valor axiológico como son: la vinculación de las propias emociones (ya sean positivas o negativas), y la calidad - fluidez de la comunicación verbal y no verbal.

A este punto, las palabras, y el lenguaje, que armonizan con el planteamiento hasta ahora discutido, configuran de alguna manera no comprensible al nivel de este estudio, un elemento de condicionamiento operante, en el que esas palabras reconfortantes, optimistas y esperanzadoras, persuaden

neuro-linguísticamente al sujeto hacia la aceptación de los tratamientos, intervenciones y procedimientos, así como coaccionan a la aceptación y tolerancia de los síntomas de la enfermedad, y de los trastornos de la vida biológica, psico-emocional, sentimental, social y económica, que sobrevienen cuando se padece una enfermedad. El valor de esta interacción se denota en esta afirmación:

“Que lo atiendan a uno bien con amor es lo más importante, con amor, con paciencia, que le digan las cosas a uno bien, y no con mal genio” (Q5:8).

“Cuando yo estaba en los hospitales tuve muchas experiencias como que los pacientes se amañan mucho conmigo, les gusta mucho mi atención, les gusta mucho como yo los consiento; así una experiencia, así en especial, pues... como le cuento: siempre he tenido buena comunicación con el paciente” (Q5:5).

En este particular, curiosamente quienes reciben la atención perciben como más profesional el que les dediquen tiempo de escucha, que les permitan hablar y que les den información, esto es prioritario por sobre la ejecución de procedimientos e intervenciones de enfermería, lo cual para la mayoría del recurso humano de enfermería no es una prioridad, dados los afanes de los servicios hospitalarios. Como ejemplo de ello se transcribe:

“Es importante formar a las familias en todos los aspectos, pautas de crianza como lo es también el tema de salud, bienestar y en todos, todos los temas que conciernen a la institución” (Q3:5).

“Dejo que ellos expongan su caso; muchas veces vienen llorando con situaciones complicadas de familia y va entrando uno a la persona... eso exactamente con amor... acogiendo a la persona que se desahogue que exprese su situación” (Q2:5).

“La vocación tiene que ser un llamado y en todas la profesiones a la hora de la verdad, pero más que todo en la enfermera y el sacerdote, y en el médico, es un llamado a tener la misericordia y el acompañamiento humano en el paciente en cualquier persona o que no esté enferma pero que necesita una ayuda, un consejo” (Q2:21).

Si bien este énfasis en la estructuración de una relación terapéutica parece ser fundamental en el discurso del “Cuidado”, poco mencionan los hablantes respecto a las limitaciones de la idea del relacionamiento mismo para justificar la posibilidad de un “fenómeno de enfermería”, particularmente porque establecer relaciones confidenciales, emocionales y empáticas es un recurso común con otras ciencias de la salud, y con otras ciencias humanas (especialmente la psicología, el trabajo social, y la psiquiatría).

Poco se menciona además, acerca de las complejidades del mismo relacionamiento, en particular en lo referente a los episodios de Transferencia (proyectar inductivamente elementos cognitivos del tratante al consultante), y de Contratransferencia (cuando el consultante o paciente, logra pasar elementos cognitivos y psicológicos de su mundo interno, a la mente del tratante). Una crítica racional a esta perspectiva del relacionamiento humano, es que dadas sus características ya expuestas, podría estarse hablando de una forma de conductismo operante, donde ante ciertos estímulos psico-emocionales, el paciente responda con comportamientos y actitudes que directa o indirectamente inciden sobre la situación de salud, haciendo con ello cuestionar la calidad y efectividad de las terapias instrumentales o “medicalizadas” realizadas, para las cuales se adscribe el “profesionalismo” del tratante.

Otro aspecto relevante, es el peso de las culturas tanto de quien cuida, como de quien es cuidado, al momento del relacionamiento, como se demuestra en las expresiones:

“La definición que me gusta es esa: cuidar del otro... el otro, ¿quién es? es el esposo, la esposa, los hijos, el compañero...” (Q2:10).

“Cuidado no es solo administrar y formular, sino que también debemos estar con el paciente y familia. En el transcurso de los años me di cuenta que yo como profesional no quiero solamente estar con el paciente sino también con la familia” (Q8:3).

“Uno tiene una percepción diferente del cuidado, no es el mismo cuidado que yo tengo en una clínica hospital de alto nivel donde tenemos muchos pacientes, que el cuidado disminuye un poquito a tener el paciente privado, o al paciente con quien yo voy a pasar doce horas al día, o al paciente rural” (Q4:13).

“Entonces no es que es así y el agüita hay que dársela así y ponerle, hay que aplicarla así, si como que uno se va volviendo canchero y aprende a colocar las vendas muy bien, a ayudar a colocar las medias esas horribles de la vena, eso lo aprende uno como bien, y creo que, a limpiarlos en la cama, a arreglar eso ya como que se va volviendo como práctica ¿no?, y saber cómo acomodarlos eso ya a medida que se va aprendiendo con la práctica, con la práctica se va aprendiendo y va cogiendo como disciplina” (Q1:14).

Estas perspectivas culturales no solamente definen la idea de cuidado, sino que la relativizan, y la hacen dependiente de factores como son: la etnia, la religión, las formas de relación familiar, los valores sociales específicos, y los modos de desarrollo educativo. Así la ideología del Cuidado empieza a demostrar además de sus componentes psicoemocionales (compartidos con varias ciencias humanas), unos patrones culturales que se pueden asociar fuertemente con valores compartidos con la antropología, la teología y con la axiología de los credos más populares en Colombia (Catolicismo, Cristianismo y las doctrinas de las iglesias adscritas al Evangelicalismo).

En este orden de las cosas, la persona que ofrece las atenciones de acompañamiento (entendido en el discurso enfermero como “Cuidador”), más allá de ser una persona competente o idónea en la administración de tratamientos, intervenciones y procedimientos de tipo tecno-práctico, resulta ser un mediador entre el paciente y el sistema – servicio de salud, como se evidencia en las siguientes expresiones:

“La terapia no es solamente somática, es también emocional y espiritual”
(Q2:1).

“Desarrollando proyectos de, de comunidad de toda la parte que era... de todas las zonas vulnerables de Medellín, entonces me tocaba ir a las comunas, yo trabaje... desarrolle proyectos con habitantes de calle, con, emm... ¿cómo es que es? con emm... las mujeres de la zona de tolerancia. Eh! desarrollé un proyecto muy bonito para adultos mayores en situaciones de vulnerabilidad que se encontraban en extrema pobreza sea en calle o en abandono de las casas o, que cumplían sus condenas en las cárceles y ya no tenían familia, ya era difícil hacer una resocialización o ya nadie los quería recibir. Entonces manejé siete hogares geriátricos donde ellos iban” (Q6:7).

“Una se siente muy, como muy inexperto” (Q1:3).

“El cuidado lo pueden hacer tanto hombres como las mujeres, pero culturalmente estamos muy arraigados que eso solamente lo hace una mujer, cuando el hombre está en cualquier capacidad y mucho mejor porque ellos tienen mucha más fuerza para mover un paciente de doscientos kilos...” (Q4:19).

En las narraciones obtenidas, emerge también un debate si se quiere polémico: la cuestión del género en la enfermería, y la concepción dentro de

algunos sectores de dicho gremio, acerca de la enfermería como una profesión feminizada, y por tanto, subyugada y sub-valorada:

“Ha sido un rol históricamente asignado a las mujeres y somos las mujeres las que lo asumimos” (Q1:22).

“Es un histórico de cuidado que siempre se le ha asignado a las mujeres y eso no quiere decir que los hombres no sepan, hay hombres que saben cuidar muy bien” (Q1:23).

“Aún hay mucho tabú para que vean a una mujer siendo joven, enfermera, ¡liderando un centro médico!, ¡que se supone es para médicos! todavía deben de salir de vernos a nosotros como la linda, ahí poniendo medicamentos, haciendo curaciones, nosotras estamos hechas para otras cosas grandes” (Q6:9).

Si bien en Colombia no existe aún una gran apertura hacia enfocar los problemas sociales, organizacionales y políticos de la enfermería desde una perspectiva de género de corte feminista, en países como Brasil, Argentina, Chile y España, se hacen frecuentes los análisis y las revisiones del arte acerca del género aplicado a la profesión; en términos generales, los abordajes problematizan acerca de la forma como el género, la raza, y la clase social interceden en la configuración de desigualdades o inequidades en la forma en cómo se ofrecen y se accede a ciertas profesiones, y ciertas áreas de la economía para beneficiarse del trabajo formal.

Se discute también, la prevalencia de sociedades de corte “patriarcal”, en las que la figura del hombre ostenta ciertos privilegios sociales y económicos, con ello, la enfermería al ser estudiada y ejercida en su mayoría por mujeres, se afecta por una sistemática ausencia de reconocimiento, abstracción de poder de representación, deliberación; y finalmente, por estructuras formales

e informales de exclusión en dimensiones como son la educación, la organización del trabajo, y la retribución salarial del mismo.

4.1.3.3 Ser o Esencia: Expresiones y Resultados del Cuidado: Experimentar lo Infinito / Invitar a la emergencia creativa.

Los participantes finalmente, complementan su discurso con una auténtica preocupación por evidenciar, demostrar, caracterizar y señalar al “cuidado” de forma que sea reconocible en términos de desarrollo espiritual, y de resultados compatibles con aquellos de valor para los sistemas y modelos de salud modernos, y que a su vez destaquen los valores existenciales comúnmente compartidos por el gremio enfermero (ideología compartida).

Como ejemplo de ello se destacan las expresiones:

“Un acompañamiento no es solo estar con la persona que lo necesita, un acompañamiento también es brindar un cuidado sincero y respetuoso, cabe resaltar que se involucra al paciente que tiene la enfermedad y la familia” (Q8:5).

“Servir de contención, ayudando a los niños a manejar los distintos sentimientos, la impotencia, la culpa, la depresión, la angustia; y pues, el dolor” (Q7:7).

“No es lo mismo manejar tu quince pacientes a manejar 60 pacientes que tu no conoces nada del paciente, ni de dónde viene y el nombre ni nada, entonces por la carga laboral que estamos teniendo no abarcamos tantos pacientes” (Q4:8).

“Nosotras somos las que estructuramos de cómo vamos a cuidar al paciente sí, de que no se nos complique, de que, si el paciente está crítico, no solo brindarles las medidas de confort o de administrar

medicamentos, sino de mirar la posición (...) metemos la parte espiritual del paciente para que él esté tranquilo” (Q4:4).

Para el recurso de enfermería, resulta ser importante la capacidad evaluativa que se haga del “Cuidado” intervenido o prestado, con especial énfasis en la descripción de las experiencias de las (los) enfermeras(os), separadas de las experiencias identificadas para los sujetos de cuidado (pacientes):

“Cuando uno conoce más o menos ese mundo pues sí diferencia entre las profesiones y las auxiliares” (Q1:20).

“Ellos se confunden mucho, ellos siempre... ellos siempre, o sea, lo digo por mí cuando trabajo en un hospital, ellos me dicen a mi jefe, me dicen hasta doctora doctora o me dicen jefe, ellos casi no diferencian cual es la auxiliar... la única forma que lo diferencian es cuando en algunos hospitales las enfermeras se ponen la Toca, es la única, de resto como son vestidas de blanco ellos piensan que son la misma la misma profesión” (Q5:3).

Pese al valor que tendría para resignificar la profesión, este ejercicio de evaluar los resultados de la misma sobre el propio personal, sin embargo los conceptos de calidad o efectividad son débiles y no alcanzan a medir objetivamente aspectos como son: las horas dedicadas a la atención directa por día; el ratio o razón enfermera/paciente; la correlación entre porcentaje de personal de enfermería y eventos de seguridad clínica; incidencia de eventos adversos y errores sin daño; porcentaje de participación en la gestión clínica; entre otros.

En lo que respecta a la calidad medida en función de la experiencia de los pacientes o “sujetos de cuidado”, los participantes refirieron:

“El acompañante es el que tiene que estar pendiente de que el espacio en donde esté sea el más apropiado, que esté limpio y que

esté bien, porque a uno lo que más miedo le da es, o sea o a mi lo que más miedo me daba es que, que hubiera una infección por descuido” (Q1:5).

“Compartí con una compañerita que era auxiliar de enfermería y pues aprendí mucho de ella en cuanto a promoción en salud, entonces todo lo que tenía que ver con hábitos de aseo, lavado de manos, en pediculosis, lactancia materna” (Q3:15).

En estas dos reflexiones, es evidente que para algunos cuidadores informales, la idea de “Cuidar” está muy asociada con la idea de mantener y promover la higiene corporal, aspecto que se aleja radicalmente (al menos en lo filosófico) del hacer de enfermería.

Otro aspecto evidente en las narrativas recolectadas, es el de la percepción acerca de que enfermería es el causante de malas prácticas clínicas, o de acciones inseguras:

“Como yo le digo: hay unas enfermeras que son de calidad humana, y otras que no... trabajan solo por un sueldo” (Q5:7).

Pese a esta realidad tangencialmente identificada, resulta innegable que dentro del gremio de enfermería existe una considerable resistencia hacia la autocrítica o autoevaluación de las actividades y tareas desempeñadas en la vida laboral de enfermería. Otra dificultad resaltada por parte de los relatos de los cuidadores informales, es que para este grupo es frecuente identificar una confusión de roles, competencias, aptitudes y actitudes entre los profesionales de enfermería, y el personal auxiliar:

“Siempre que sea un enfermero, ya sea un auxiliar, o ya sea profesional, siempre ellos van enfocados al bienestar, a que el paciente esté bien, que esté en buenos... que tenga sus cuidados, y todo, que todo esté muy bien con el paciente” (Q5:9).

“Es muy difícil por lo que le dije: como todas son de blanco, ellas no saben cuál es la jefe, y cuál es la... la auxiliar” (Q5:9).

Elementos que en apariencia son un asunto menor o sin relevancia, como son el color y estilo del uniforme, o la adherencia de las mujeres hacia el uso de la Toca (o Cofia) blanca que se luce en la cabeza como distintivo jerárquico de la enfermera. Estas confusiones de cuidadores informales, familiares de pacientes, y los pacientes mismos, restan relevancia al discurso empoderador y liderazgo promulgado en las academias. La denotada confusión del rol, desarticula cualquier virtud o expresión promovedora del ideal utópico benefactor de enfermería, que se incorpora con vehemencia en el discurso hablado de la profesión.

Finalmente un aspecto evidentemente profesionalizante de Enfermería, es de un lado la motivación de los profesionales para seguir estudiando áreas temáticas de la enfermería (ya sea al nivel de especialización, maestría o doctorado); y el mantenimiento de estímulos socio-laborales, así como de estímulos económicos que patrocinen el deseo de desarrollo del recién profesional, por alcanzar cada vez una mayor y más sólida experiencia. Ejemplo de ello son las verbalizaciones:

“Después de estudiar seguir estudiando, uno no se puede quedar con lo que le dejaron en el pregrado, actualizarse, asistir a congresos, simposios actualizaciones porque uno necesita mejorar” (Q4:14).

“Las enfermeras tenemos que aprender a educar, de hecho somos el puente entre los médicos y los usuarios, entonces desde la educación, es el cuidado pero en este caso desde el cuidado desde la prevención, antes de que se llegue a la etapa intrahospitalaria” (Q6:2).

Finalmente la llamada “invitación a la emergencia creativa”, es un argumento relativamente sofisticado, que pretende decir en términos más sencillos:

“El colegio comprende la situación del niño, porque el niño tiene un diagnóstico al cual tiene que estar en un proceso para disminuir ese tipo de diagnóstico” (Q7:10).

“Uno es capaz (de cuidar), por las circunstancias que lo obligan a uno a tener berraquera... con la vecina aquí del cáncer era como que sí, los hijos mismos... hay como que espere que la vecina venga, o que ella la acompaña, yo como yo la acompañaba a sus quimios y a sus radioterapias, y como para darle valor y hacerme como que yo uff era la fuerte” (Q1:11).

Estos dos registros permiten entrever que la llamada “emergencia creativa” constituye una actitud y personificación sobreprotectora, esperanzadora, enfocada en funciones biológicas, necesidades primarias, la espiritualidad, la motivación empática, y la propia expansión de las capacidades para socializar y apoyar (nuevas actitudes que inducen a comportamientos en coherencia).

4.2 Triangulación teórica.

Dados los hallazgos hasta ahora encontrados en las expresiones verbales de los entrevistados, las cuales pueden agruparse en seis dimensiones teóricas, a saber: (i) Ideologías profesionales; (ii) Epistemología y Conocimiento Enfermero; (iii) La “occidentalización” de la Enfermería; (iv) Las profesiones en tiempos de la Posverdad; (v) el “Cuidado” como trabajo remunerable; y, (vi) el debate sobre las “Profesiones Feminizadas”.

Aquí los autores modestamente pretendemos llevar al “diálogo” los hallazgos del estudio, con aportes socio-críticos existentes en la literatura. Estos se desarrollan de manera amplia a continuación:

4.2.1 Ideologías profesionales.

El debate sobre la naturaleza sociológica y organizacional de las profesiones es antiguo, amplio, diverso, y si se quiere, confuso. Desde 1980 en los EEUU se ha debatido acerca de si las profesiones o la cuestión sobre “lo profesional” depende de una organización social de clases, o de una identidad colectivamente compartida, o del establecimiento de un monopolio para la prestación de servicios, o de si es un simple ejercicio retórico (100).

Para algunos, el profesionalismo compete a la habilidad para desarrollar procedimientos o actividades; para otros, el enfoque se cierne más sobre la identificación con grupo, con una definición de idiosincrasia. Para esta última visión (la idiosincrática), el cuerpo de personas se identifican entre sí profesionalmente, no tanto por su habilidad para hacer, sino por su deseo por ganar respetabilidad, ser aceptados, y obtener con ello reconocimiento social; también para justificar con todo eso un salario diferencial o preferente (100).

Si entonces el “profesionalismo” resulta ser una cuestión endógena, construida y desarrollada al interior del grupo de individuos, ¿Cómo la sociedad en general reconoce al personal de enfermería? Más allá de que existan prejuicios e ideas míticas y “fantásticas” sobre enfermería, sin estar previamente planeado, el cuerpo de actores comunica su identidad social y elaboran su propia imagen mediante recursos comunicativos verbales y no verbales: entre los verbales se destaca el uso de sustantivos como son: “la Jefe”, el “Enfermero jefe”, “la (el) colega”, entre otras, que además de unir al grupo por su oficio, también denotan una posición de mando y de obediencia, una jerarquía; este lenguaje no se desmarca mucho la jerga biomédica tan comúnmente usada en los entornos clínico-asistenciales.

En lo no verbal, sin lugar a dudas el uso generalizado del uniforme blanco, la cofia blanca y con cinta de color; y las rutinas de enfermera, como son la

ronda de observación, la administración de los medicamentos, y las acciones de vigilancia y supervisión, denotan un patrón común de conducta entre los practicantes de la disciplina. Es particular que con todo y los aspectos ya mencionados, los integrantes de la disciplina enfermera requieren constantemente interactuar con los otros de su mismo gremio (profesionales y técnicos auxiliares), para obtener con ello el añorado reconocimiento.

Así, en general, la cuestión de “lo profesional” denota subprocesos sociales y psicológicos de clase, posición social, poder y dominación, que se apoyan en acuerdos jurídicos afianzados estructuralmente en las formas del documento jurídico (Decreto o Ley) que regulan la conducta a través de tratados deontológicos, y la praxis misma. Las guías de práctica, los estándares, los protocolos clínicos, los currículos, y las didácticas impartidas en los institutos y en las universidades, aportan también de gran manera a la construcción social de significantes y significados acerca de “el profesionalismo” en enfermería.

Los argumentos en favor de la integralidad terapéutica u “Holismo”, si bien tienen un fuerte eco en la enfermería, no se consolida como un norte orientador del ser profesional, especialmente debido a que dicha integralidad lleva a pensar la praxis profesional hacia la sanación, y el “acto de sanar” por sí mismo, no es exclusivo de la enfermería. Todas las profesiones heredadas del saber biomédico (Bacteriología, Fisioterapia, Fonoaudiología, Instrumentación Quirúrgica, Medicina, Nutrición y Dietética, Odontología, Optometría, Química Farmacéutica, Salud Ocupacional, Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria; y por más de 41 carreras técnicas y tecnológicas de la salud), propenden también por la sanación, y con esta, por el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades. El deseo de estos saberes por servir al otro, es equiparable al mismo deseo expresado por algunas ciencias sociales, entre ellas: la Comunicación Social, la Recreación

& Deporte, el Derecho, la Gerontología, la Planeación Social, la Psicología, la Sociología, y el Trabajo Social (100).

De esta común génesis en el “servicio comunitario vocacional” emerge el dilema acerca de si la Enfermería (y en general todos los saberes biomédicos), corresponden en su ser a saberes biomédicos positivistas, o a ciencias sociales humanistas. Resulta ser esta una pregunta epistémica y ontológica de profundos debates, amplias discusiones, y escasas posibilidades de consenso en la respuesta. La razón de ello es principalmente debido a que, en la naturaleza esencial de las ciencias de la salud, pervive una dicotomía, un ser de dos caras que se debate entre si su ser de debe a la habilidad para ejecutar una serie de saberes y prácticas racionales, instrumentalizadas y operativas derivadas de la cognición pragmática, o si este se debe a la capacidad para desarrollar todo el andamiaje de emociones, sensaciones y contradicciones del razonamiento filosófico, el cual no se cierra en definiciones, propósitos o fines, sino que se abre hacia múltiples perspectivas, a veces contradictorias, a veces confusas, a veces no entendibles sobre la cuestión humana (existencial). Un razonamiento humanista que no define la realidad, sino que mejor relativiza y se cuestiona a la verdad (aquella llamada por la ciencia como “lo verdadero” (100).

Así, la enfermería, y su ser epistémico se hacen gremialmente inexplicables consensuadamente, y al igual que el arte y la estética, un conocimiento del que la razón cognitiva no puede dar explicación; un saber que se posiciona intermedio entre el positivismo biomédico, y el humanismo de la ciencia social (100).

Desde un punto de vista puramente sociológico, el profesionalismo además de implicar aspectos actitudinales específicos para un grupo de personas, se define mejor por la organización social y económica de un grupo de

personas, que se ubican en un mismo estatus de clase, además se definen por aceptar la misma forma de reclutamiento, de cualificación, de evaluación de la habilidad ocupacional, y de remuneración en dinero y en especies. De todos estos aspectos, hay uno que se superpone, y que unifica; este no es otro que el discurso. El (los) discurso(s) defienden y mantienen en el tiempo ideas, narrativas y argumentos que legitiman sus actividades (sin cuestionar el grado de utilidad, o de costo-efectividad de las mismas). Genéricamente para que los discursos sean bien implementados y aceptados, se requieren instituciones que los operacionalicen, para el caso de la enfermería, dichas instituciones son desde hace más de cincuenta años en Colombia, la Universidad, los Institutos Técnicos, los Hospitales, las Clínicas, y las administraciones de gobierno local, territorial y nacional (101).

Así, aunque existan discursos endógenos y propios de las enfermeras, estos están condicionados externamente por el mercado laboral, y por la hegemonía de las políticas públicas y sociales en salud. Ha de destacarse a este apartado que, las profesiones en todo el mundo se constituyen como entes dinámicos, en constante cambio; sus dinámicas están condicionadas por las épocas en que se circunscriben; su poder de persuasión sobre los jóvenes que aún no deciden un proyecto ocupacional de vida; las motivaciones personales y actitudinales de dichos jóvenes; los incentivos políticos, económicos y sociales para dicho énfasis de ejercicio; las formas en que desarrollan su fuente de conocimiento; y, sus mecanismos como crean redes de relacionamiento social entre pares (101).

El paradigma de una sociedad basada en la “profesionalización” de sus jóvenes ha ido cambiando con el desarrollo de los procesos de industrialización, y de desarrollo de la cibernética y la tecnología; también debido a la transformación de los países, los cuales han optado por liberalizar sus economías, sus mercados, y por dejar que tanto la educación

y el trabajo sean regulados por dinámicas de oferta y demanda, sin ejecutar de manera alguna intermediación directa para su desarrollo (101).

Con el advenimiento de la inteligencia artificial, y de la cuarta revolución industrial, la forma en que se forman las técnicas auxiliares, las profesionales de enfermería, y la forma como se practica enfermería en el mundo, van a cambiar. También lo hará la organización de los hospitales, de los sistemas de salud, de la organización del trabajo para las profesiones de salud, y del sentido y significado social que tiene la idea de “profesionalismo” en enfermería (102).

En últimas, una de las limitaciones (y a su vez, de las complejidades) al momento de definir a la enfermería como profesión, proviene de las inconsistencias de la profesión al momento de ejercer el control de sus integrantes (dado que no se define entre la organización de estructuras burocráticas, modelos de meritocracia, y la prevalencia de asimetrías de clase social; la consolidación de una autonomía llena de relativismos; la existencia de tensiones entre enfermeras, auxiliares, directivos y clientes); y, los encuentros/desencuentros con profesiones paralelas (103).

No queda claro si desde las universidades, el Estado y el mercado laboral, se privilegia más o menos, a una visión de “profesionalismo” de enfermería más estructural (definido por su forma - organización), o por su función (capacidad de ejecución, de efectividad, de generación de valor agregado) (103).

4.2.2 Epistemología y Conocimiento Enfermero.

La Epistemología como saber filosófico, atiende a la preocupación humana sobre la naturaleza, el origen, y las limitaciones del conocimiento humano. Así, desde la época de Descartes, los filósofos de la Ciencia se han preocupado por este problema desde dos miradas: la primera, que atiende a

los comportamientos por los cuales los seres humanos adquieren y crean el conocimiento; y la segunda, más científicista, que justifica y trata de diferenciar el “saber genérico o popular” del saber científico “comprobable o falsable”. Así metodológicamente hablando, las dos principales aproximaciones epistemológicas son la **Empirista** (el saber derivado de las experiencias, incluso de las ideas), y la **Racionalista**, cuya principal atención se ubica en la capacidad de inferir argumentos verificables y comprobables, derivados más que de la experiencia, del uso de la cognición, y la evidencia fáctica. Esta última es en parte fundamento del Positivismo Lógico (y hace oposición al conocimiento metafísico) (104).

El debate sin consenso que ocurre entre los integrantes de la disciplina enfermera, acerca de si la naturaleza de su fenómeno de estudio: “el cuidado” debe ser estudiado desde una perspectiva interpretativista – subjetiva, o racionalista – objetiva, ha derivado a conflictos de opinión entre el gremio que repercuten no solo en la definición del rol profesional, sino también en la forma como se educa a los enfermeros, y en cómo se operacionaliza el trabajo u ocupación de este colectivo disciplinar.

Este debate suscita profundas pasiones (y emociones) entre aquellos que se incorporan en él, principalmente debido a que mientras para algunos autores el conocimiento de enfermería no existe (pues se le considera un saber de orientación puramente procedimental, pre-científico); para otros autores el conocimiento de enfermería existe y es diferente de los otros saberes en ciencias de la salud, especialmente porque recientemente ha desarrollado un *corpus* de conceptos, argumentos, proposiciones y teorías que dan cuenta de su razón de ser (105).

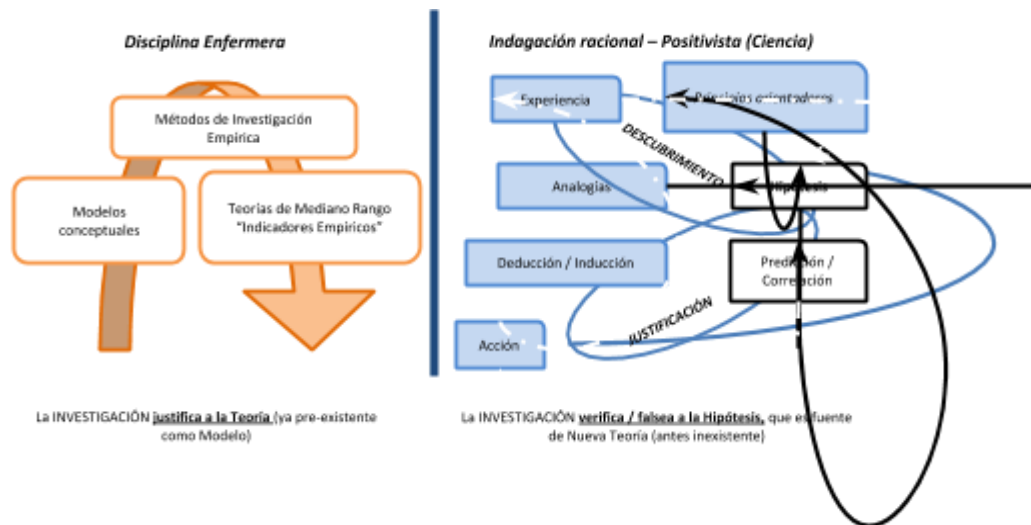
Toda vez que el grado y desarrollo del conocimiento particular define a las disciplinas, para la Enfermería este asunto denota una consideración superior; así, para que las disciplinas profesionalizantes sean socialmente

reconocidas, requieren desarrollar procesos de pensamiento intelectual, propios para su campo de estudio, que la hagan particular y de utilidad a la sociedad en que se circunscribe. Así las cosas, técnicamente hay una disociación entre profesión y ciencia, toda vez que la “disciplina” implica la inclusión de sujetos que tienen unas comunes creencias respecto de algo, la “ciencia” pretende ser menos gregaria en cuanto a afiliaciones, y más unitaria en cuanto a la manifestación de acuerdos derivados del establecimiento de relaciones objetivas entre variables, puestas a prueba por pares en medio de ejercicios de auditabilidad altamente rigurosa y exigente (105).

De este modo, mientras que la teoría en la Ciencia tiene una función explicativa, predictiva, y comprobadora de las hipótesis de trabajo, en las disciplinas profesionales la Teoría tiene otra función, y es la de orientar y regular el curso o progreso de dicha profesión, en sus prácticas organizacionales, y en sus modos de ejecución. De este modo, aunque las disciplinas y la Ciencia utilicen las palabras “Teoría” y “Conocimiento”, varían las perspectivas y grados de desarrollo para cada una (105).

Esto explica el interés de autoras como Bárbara Carper, Peggy Chinn, Jacqueline Fawcett y Afaf Meleis por hacer investigaciones que justifiquen la teoría (previamente propuesta o existente como Modelos Conceptuales), en oposición al sentido ortodoxo de la Ciencia, para la cual se hace experimentación que proponga (evalúe, audite, compruebe, o falsee) teorías antes no pensadas o propuestas, como se explica en la Figura No.: 8:

Figura 8. Diferencias en las formas de adquisición del conocimiento entre las Disciplinas y las Ciencias.



Fuente: Elaboración propia a partir de la obra de Fawcett, J.

Así, mientras que la forma de indagación en enfermería depende de una visión empirista (basada en los sentidos), que entiende la determinación de la realidad como un proceso lineal, predeterminado por las lógicas argumentales de un modelo conceptual previo, derivado de construcciones individuales (generalmente de enfermeras escolásticas), la visión positivista del conocimiento argumenta que no pueden existir teorizaciones previas a la “falsación” o puesta a prueba experimental; así, aspectos propios de la experiencia, y de ideas orientadoras conducen a la proposición de alguna hipótesis explicativa – predictiva, la cual es puesta a prueba mediante la experimentación. De los resultados de ello devienen las teorías y las argumentaciones conceptuales, derivadas de procesos analíticos del tipo inductivo – deductivo (106).

Así, cada perspectiva cambia el orden de los factores generadores del conocimiento (intercambiando lugar entre la posición que toma dentro del

proceso las teorías, y su comprobación), destacándose para el enfoque empirista el énfasis en la pura observación (lógica informal), y para el positivista, el deseo de confirmación racional que produzca generalizaciones o leyes universales mediante recursos intelectuales derivados de la lógica formal, asociable al reduccionismo por los cuales el mundo no es un solo sistema complejo, sino la suma de sus partes (106).

Por su parte la comprensión que la enfermería hace del hecho paradigmático difiere de la misma noción en la perspectiva del positivismo lógico. Así, mientras que para la disciplina enfermera un Paradigma es una declaración (o declaraciones) hechas por enfermeras, que identifican sus fenómenos particulares y relevantes (que podrían ser muchos y no tener conexión alguna entre sí) (107), para la ciencia positiva un Paradigma es un enfoque orientador del avance del conocimiento, el cual como parte de un todo, alimenta como combustible a las revoluciones científicas que hacen posible que los conocimientos avancen de estados pre-científicos, a otros más evolucionados de “ciencia normal”, y de “ciencia revolucionaria”, en función de su capacidad de “falsación” o comprobación (9, 106). Para enfermería el Paradigma es un discurso retórico, para la Ciencia Positiva el Paradigma es método, pragmatismo.

Así los paradigmas estructuran reglas y principios metódicos, que determinan y diferencian la verdadera exploración científica, de aquella que no lo es. Este gradualismo es el que hace posible que el saber científico, sea constantemente puesto a prueba, en especial cada vez que sus preceptos e hipótesis se hacen insuficientes, y requieren nuevas explicaciones, nuevas falsaciones (9, 106).

Esto sirve para entender la razón por la cual, a pesar de los esfuerzos de la enfermería por teorizarse, estos persisten en su mayoría como incompatibles con los sistemas ortodoxos y convencionales de ciencia positiva. Esta

situación donde emergentes teorizaciones abundan en los libros y revistas disciplinares de enfermería, ha llevado a que la enorme cantidad de saber enciclopédico de teorías y modelos de enfermería, no sean coherentes entre sí, y que presenten grandes limitaciones para su comprobación (falsación), y su instrumentalización en la práctica.

Las teorías y modelos conceptuales aquí vistos de manera problemática, y su incongruencia con los estándares de investigación – indagación biomédicos tienen considerables consecuencias sobre la formación de enfermeras, especialmente porque el discurso instaurado desde las académicas de enfermería (aquel que presupone jerarquías del saber enfermero, metaparadigmas y visiones), colisiona ante la incensurable realidad de la práctica profesional, donde predomina el enfoque biomédico; así el profesional de enfermería debe adaptarse y moldearse a dos realidades: una académicamente construida como retórica (¿acaso irreal?), y otra evidente como acto en la cotidianidad de un profesional y de un técnico auxiliar de enfermería, en el diario vivir en los hospitales, clínicas, puestos de salud, y unidades de salud extramural.

Otro aspecto preocupante sobre “el nuevo saber teorizado” de las enfermeras, resulta en su pobre capacidad de resistencia y tolerancia a la crítica externa; por lo general, en la enfermería se aceptan las opiniones personales y subjetivas como saberes auténticos, lo cual resulta altamente cuestionable toda vez que toda argumentación personalizada, apoyada por un grupo de personas movidas por un “auténtico espíritu de confianza”, más que conocimiento real estructuran modos de ideología, donde la verdad, la mentira y las creencias se confunden entre sí “teologizando” o “politizando” el saber enfermero, y lo alejan de la posibilidad de estructurarse como un real saber profesional congruente con una ciencia normal en palabras de Thomas Kuhn.

Para demostrar esto se replica a continuación el comentario del Enfermero Trevor Hussey MA D Phil, quien es profesor emérito en la *Buckinghamshire New University* en el Reino Unido; el refiere sobre la comprensión y uso de las teorías y modelos de enfermería (108):

"Cuando yo comenzó a leer lo filosófico, o teórico de indagación enfermera, me perturbó profundamente La visión de una gran parte de ellas mostraron una profunda desconfianza, casi de rechazo puro de la ciencia, una actitud desdeñosa hacia la razón y la racionalidad, y una tendencia a aceptar un conjunto de teorías e ideas las cuales considero profundamente dudosas".

Algunos autores identifican el uso descuidado de palabras como "positivismo", "empirismo" y "cuantitativo" en la investigación de enfermería, de forma si se quiere engañosa, incorrecta, e imprecisa. Resulta así cuestionable la verdadera capacidad de la enfermería como disciplina, para cuestionar y excluir ideas actualmente obsoletas, que impiden el progreso del saber, así como la actualización y progreso del real conocimiento. Esta autolimitación instituida, limita el debate riguroso acerca de la disciplina enfermera y su potencialidad de desarrollo de pre-ciencia a ciencia normal (105).

Para investigadoras como la Dra. Martha Mackay de la Escuela de Enfermería de la British Columbia University en Vancouver, existen acuerdo cuando se asevera que el conciliar la formación, y el perfil profesional de la enfermería con un rol clínico-científico, posibilitaría un escenario donde las brechas entre teoría y práctica, las falencias de autocrítica, y las debilidades de rigor metodológico puedan superarse, así como posibilita el generar un consenso sobre el foco de atención de la enfermería y sus mecanismos para el desarrollo de los conocimientos de ciencia normal derivados (109).

Al igual que la medicina, es el escenario de la clínica (esta no entendida como el ambiente hospitalario, sino como el ejercicio de indagar los procesos biológicos y fisiopatológicos del ser humano), el que en sus orígenes dio sentido a la enfermería. Entre los aspectos favorables de dicho escenario se destaca, la posibilidad de trasladar el saber teórico-conceptual a la práctica operativa, una forma de ello, es mediante la generación de protocolos, códigos y/o estándares de práctica técnica y profesional (109).

Pese a los aportes recibidos de las ciencias sociales y humanas, la Enfermería no puede confundir su campo del saber con el de otras disciplinas, aun cuando comparta sujetos y escenarios de acción con las humanidades, la naturaleza originaria de la disciplina es la ciencia biomédica (109).

Para Donna J. Perry enfoques como la auto-trascendencia podrían ayudar a integrar los hasta ahora desarrollados modelos teóricos (con todo y sus limitaciones), la práctica, y la ciencia positiva. Toda vez que la enfermería es una ciencia aplicada (en el sentido positivista de la ciencia), aspectos como la experiencia, la racionalidad, y la coherencia en vez de excluirse entre sí deberían integrarse (110).

Otro aspecto a conciliar entre todo el gremio, es que el único campo de interés de la enfermería no debería ser más que el **Ser Humano**, principalmente entendido en su función biológica, anatómica, fisiológica y funcional. Esto principalmente porque si la enfermería se propone (como hasta ahora lo ha venido haciendo), integrar en una todas las dimensiones del ser humano: la social, la psico-emocional, y la cultural; perdería el carácter “disciplinar”, para pasar a convertirse en una “trans-disciplina”, neologismo todavía no materializado por ninguna profesión en Colombia, y en occidente.

A este respecto tienen lugar vacíos del conocimiento para el desarrollo de la enfermería como “ciencia normal”, entre los que se destacarían: el proceso de pensamiento crítico para la toma de decisiones, los estándares para la práctica profesional, y los rigores metodológicos para producir conocimientos que antes que justificar saberes individuales y subjetivos de enfermeras escolásticas, permitan la creación original, derivada del planteamiento de reales hipótesis, auténticas, verificables e innovadoras (110).

4.2.3 La “occidentalización” de la Enfermería.

Como bien se mencionó antes en la sección correspondiente al marco de referencia, la organización de currículos y escuelas de enfermería (que constituyeron el primer paso hacia la transformación de la enfermería como oficio, a la enfermería como profesión), se debió a la implementación de incentivos financieros, técnicos y de infraestructura mediada por la injerencia de la ONG Fundación Rockefeller y de los distintos mandatos de gobierno.

Este compromiso institucional además ocurrió prácticamente en toda América latina, lo cual explica en parte, la visión anglosajona que caracteriza a la enfermería en la región, y que la hace bien diferente a la de países como Francia, Inglaterra y Alemania.

Más allá de ese acontecimiento histórico, se hace relevante la pregunta cuya respuesta lleve a entender la razón (o razones) de dicho interés de la más prestigiosa fundación social (u ONG) de los EEUU sobre la enfermería latinoamericana. Sobre este respecto existen muchas hipótesis y conceptualizaciones derivadas de la revisión a documentos históricos, que conducen a pensar en razones económicas, de interés en seguridad interna de los EEUU, como un instrumento de control geopolítico, entre otras. Sin embargo, la explicación con mayor asidero es aquella que sostiene que esta serie de inversiones en la formación profesional de enfermeras a finales del

Siglo XIX y comienzos del XX, se debió a un interés corporativo de presencia internacional a través de la cooperación, que incentivara la salud pública en una región latinoamericana aún no desarrollada para la época (111).

Debe resaltarse que para finales del siglo XIX aún no existía la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual se fundó solo hasta el año 1902. Así, la cooperación de organizaciones dependientes de actividades multimillonarias, fundamentaban los cimientos del desarrollo de los sistemas de salud de dichos países, y en general, de la implementación de acciones y recursos tendientes al mantenimiento de la salud, y de la calidad de vida (111).

Este mismo tipo de intervencionismo ha sido desarrollado (años después), por ONGs como: la Fundación W.K. Kellogg, y más recientemente, la Fundación Bill & Mellinda Gates para otras áreas como lo son la nutrición, la agricultura, la educación, y el desarrollo social (111).

La literatura revisada reporta que en la mayoría de los países receptores de esta forma cooperación ha existido escepticismo y desconfianza respecto de estas formas de inversión extranjera, esta se debe en parte a la injerencia del poder de gobierno y al control asociado a los sistemas médicos derivados *a posteriori*. De otro lado, estas organizaciones además de gestionar las bases de los sistemas nacionales de salud, definieron con la suficiente antelación las formas, contenidos y métodos para la formación de médicos y enfermeras; es decir, estos hegemonizaron los discursos anglosajones imperantes que orientan a los saberes de la salud, tanto en la teoría como en la práctica (111).

Otro aporte destacable del paso de estas entidades, fue en el control de las enfermedades tropicales, infecto-contagiosas prevalentes en el clima húmedo y caluroso de América Latina. Algunos historiadores de Latinoamérica señalan que dicho control de la salud pública, aseguraba para

las ONG y sus países en representación, la posibilidad de construir empresas de su interés, así como de explotar la tierra y los recursos naturales (principalmente la minería e hidrocarburos), sin temor a que la mano de obra falleciera a causa de una enfermedad tropical (principalmente el Dengue, la Fiebre Amarilla, la Malaria, la Tuberculosis, y la Lepra; entre otras) (111).

Otros motivadores de la inversión extranjera en la formación de profesionales y la prestación de servicios de salud fueron: la producción y distribución de vacunas, la intervención sobre ciertos determinantes individuales de la salud: condiciones de trabajo, acceso al agua potable, a la sanidad y a la atención primaria en salud (APS); también existen motivos políticos – geopolíticos, orientados al mantenimiento del poder en la región (especialmente en aquellos países con débiles sistemas de gobierno, y con carencias para proveer las intervenciones necesarias para el mantenimiento de la salud (111).

Así, el llamado “filantro-capitalismo” de las ONGs estadounidenses en américa latina, si bien se circunscribió en lo que parece ser un legítimo deseo de cooperación social (centrados en la lucha contra la pobreza extrema, la inequidad socio-económica, y la mejora de la calidad de vida), esta se asoció a intereses estratégicos en economía de la salud; su implementación implicó un inevitable cambio en el curso de la formación del recurso humano en salud, así como en la gestión y prestación de los servicios de salud en américa latina y el caribe.

Si bien la literatura académica que indague acerca de los propósitos globalizadores del modelo anglosajón de la enfermería es limitada, resulta de ayuda explorar someramente la historia de la evolución y desarrollo de la profesión de enfermería en el Japón, ya que hay similitudes entre dicha experiencia, y el caso latinoamericano.

A este fin resulta útil mencionar la obra de la doctora Aya Takahashi PhD, quien es investigadora asociada al International Student Center de la Hokkaido University en Japón. Ella en el año 2004 publicó una de sus más importantes obras: *“The Development of the Japanese Nursing Profession: Adopting and adapting western influences”*; en esta, la autora presenta y discute los procesos socio-culturales y económicos que mediaron para que la enfermería japonesa se occidentalizara, adoptando los preceptos y discursos de la filosofía *“Nightingaleana”* (112).

Para el año de 1868 (conocido como el Periodo Meiji, por la importante influencia del Emperador Meiji “明治天皇”), el Japón se transformaba de un estado feudal, a un imperio de mayor poder y expansión. En esa época la capital es trasladada de Tokugawa a Tokyo, se anexan las tierras que hoy corresponden a la península de Corea, y tiene lugar la guerra con Rusia, la cual es victoriosa para Japón.

Este mandato Meiji se caracterizó por su alto grado de apertura hacia el sistema democrático de gobierno prevalente en Europa, y hacia la modernización de la sociedad (entendida esta como la aceptación de los modos y estilos de vida occidentales, correspondientes a las comodidades personales, el uso de la tecnología, y en general, a la aceptación de las ideas y valores estadounidenses) (113).

Esta participación en conflictos internacionales podría aducirse como la mayor causa de “occidentalización” de Japón y su cultura. Así, la occidentalización de la enfermería japonesa, si bien surge en el periodo Meiji (1868 - 1912), continuará durante los periodos Taisho (1912-1926), y comienzos del Showa (1926); las academias de medicina del Japón heredaron sus saberes y prácticas de las escuelas de formación europeas (principalmente la francesa), y para el caso de la enfermería, de los logros personales de la enfermera inglesa Florence Nightingale, la cual adquirió

fama global al permear las didácticas y pedagogías formativas no solo de Inglaterra y Europa, sino de Norteamérica y Suramérica. Los médicos japoneses que recibieron formación en Europa y en los Estados Unidos, a su regreso a Japón fundaron escuelas de enfermería con el énfasis ya mencionado (112).

Este proceso coincide con un momento histórico en el que (al igual que pasó en Colombia en 1954), las mujeres consiguen para ellas mismas derechos como son al voto, la educación, y al trabajo formal en un interés gubernamental por modernizar no solo la economía del país, sino a la mujer misma y su familia; para el caso japonés, se resalta el reto adicional de poder transformar los preceptos japoneses de pensamiento y conducta, mayormente derivados del confucianismo. De esta manera la “modernización de la enfermería” más allá de perseguir fines de salud pública, o de desarrollo del aparato de salud, buscaba más construir una “nueva mujer” para Japón, y junto a ella una “nueva familia” (112).

Con todo esto, permitirles a las mujeres ser algo diferente a religiosas o amas de casa, además de haber transformado por completo a la sociedad japonesa, conllevó también a replantear las dicotomías dadas entre: naturaleza y cultura, trabajo y familia, lo público y lo íntimo. Con la renovación del aparato hospitalario en Japón, fue necesario renovar no solo al recurso humano, sino a la forma y áreas en las que eran formados.

Hacia 1880 el “Cuidado” en Japón era entendido como limpiar habitaciones, lavar ropa, alimentar a personas incapacitadas para ello, entre otras tareas “menores y domésticas”, las personas encargadas de ello en su mayoría eran mujeres casadas y viudas, con edades entre los 30 y 50 años. Al igual que con la inglesa Nightingale, provenir de la realeza, o tener conexiones con la aristocracia resaltaba el valor de ser enfermera, tal y como ocurrió con Sugimoto Kane quien descendía de una familia de Samuráis. Además del

respaldo político de una familia poderosa, tanto Sugimoto como Florence, demostraron siempre “ser hábiles, diestras o efectivas” para practicar alguna tarea o procedimiento (112).

Un aspecto en el coinciden estas dos damas, es en su auténtico deseo por mejorar la organización de los hospitales, resignificar el alcance de los quehaceres domésticos, y por último, alcanzar alguna cuota de poder al interior de la institución hospitalaria. Así Sugimoto persuadió a los médicos de su época para que solicitaran siempre contar con el apoyo de una enfermera, como parte de una práctica eficiente (112).

Ambas líderes de la enfermería además, se apoyaron en sus contactos para encontrar apoyos financieros estatales para la formación de enfermeras, presentando al oficio de la enfermería como una contribución benevolente de las mujeres a la sociedad (112).

Además de la política, la religión también utilizó a la enfermería para expandir su campo de devotos y creyentes; tal es el caso de la expansión de las escuelas de enfermera y los hospitales orientados y administrados bajo los preceptos de la fe, tal y como ocurrió en Inglaterra con las iglesias Presbiteriana y Protestante Episcopal, las cuales lideraron “misiones” al oriente asiático en los años posteriores a 1890; de esas misiones surge años después, la enfermería como oficio, y después como profesión en Japón (112).

Algunos autores entienden al llamado “Nightingaleanismo” no solo como la renovada manera de formar enfermeras, sino como la intervención socio-política externa y estatal, para modificar el papel y rol de la mujer en la sociedad. De este modo, la política externa para la mujer tipo Nightingale, implicó reformas gubernamentales a la educación elemental y profesionalizante, que dotara a las mujeres de las mismas condiciones de estudio a las que podía acceder un hombre; para esto, las escuelas y las

universidades asumieron cambios en sus modos de selección de las(los) aspirantes (pro equidad), pero con lastres como fue la enseñanza en salones separados por género, y además con currículos diferentes a los de los hombres (el de ellas, se enfocaba en la lectura y el perfeccionamiento para ejecutar tareas domésticas). También desde la formación misma, se instauraron modelos morales de pensamiento de corte adoctrinador entre los que se destacan la constante obediencia a los superiores, el apego a la figura y símbolos del Estado, así como al ideal de promover la familia nuclear (112).

Este fenómeno hasta ahora descrito ocurrió casi igual para todas las colonias y/o países con los que tenía relaciones el antiguo Imperio Británico (principalmente India, Australia y Nueva Zelanda). De otro lado, el modelo de Nightingale dado su profundo éxito, fue incorporado por las organizaciones nacionales de la Cruz Roja para entrenar a sus enfermeras. Este despliegue “globalizador” ocurrido en 1922 llevó a instaurar en prácticamente todo el mundo desarrollado y en vías de desarrollo, la idea de Nightingale como definición de la Enfermería, asociando por mucho las virtudes de la personalidad de Florence como orientadoras de la orientación o preparación vocacional.

Dichas características de Nightingale, debían incorporarse a la conducta de la estudiante de enfermería (sin restricciones sobre la libertad de la personalidad, o la voluntad espontánea de las estudiantes); dichas virtudes Nightingaleanas eran (y siguen siendo):

- Ser benevolente y sincera.
- Ser paciente y nunca rendirse.
- Ser obediente y obedecer órdenes.
- Ser simpática y confortar al otro.
- Ser meticulosa y astuta.

- Ser casta y constante.
- Ser modesta, y demostrar las virtudes femeninas.
- Ser tranquila y no ser habladora.
- Ser aseada y no aparentar lujos.
- Poseer buenos conocimientos académicos, y aplicarlos a las causas justas.

De esta forma, con el paso de los años, la figura de Nightingale además de definir la Enfermería misma, instauró en la psicología colectiva un ideal de mujer, a la que todas las personas (mujeres y hombres) debían comprometerse a desarrollar. Se configura así un nuevo modelo de “mujer respetable” (112).

En esta coyuntura, solamente las mujeres de clase alta podían atender a dicho llamado, generando con este para las familias y para la sociedad, un orgullo particular por el nuevo rol dado a la mujer. Mujeres castas, puras, benevolentes y humanistas; en el discurso imperante poco parece importar la calidad y utilidad del conocimiento académico incorporado, sólo resuena la presentación social del grupo de mujeres en cuestión. Agréguese a esto el hecho de que en los planes del Estado Japonés de la época, nunca estuvo presente la idea de formar mujeres enfermeras con habilidades clínicas o prácticas, sino simplemente, demostrar a todos que las mujeres enfermeras tenían un espíritu patriótico (tal y como Nightingale representaba o simbolizaba a Inglaterra durante la guerra en Crimea) (112).

Con el paso de los años estas visiones nacionalistas de la enfermería feminizada, y su ilustración como “un proyecto de mujeres para mujeres”, llegó a sofocar el proyecto profesionalista de la enfermería. En un intento por “avivar” la enfermería, y darle un propósito, hacia 1941 se crea la figura de “*hokenfu*” (看護婦), que significa “Enfermera de Salud Pública”. Ampliaba la influencia de las mujeres enfermeras más allá del hospital, alcanzando

escenarios más “extra-institucionales”. De estas “idas y venidas” de la profesión surge la formación de enfermeras de nivel técnico, principalmente como manifestación de los fallos tanto del Estado, así como de las líderes enfermeras, para darle un sentido, un norte, y una razón de ser a la profesión; con la llegada de las técnicas la enfermería antes que surtir un progreso, evidencia una fractura, una división (112).

Las posteriores membresías a asociaciones internacionales de enfermeras, a pesar de coincidir en forma homologada por los títulos, no resuelven las diferencias sociales, políticas y culturales que imposibilitan “estandarizar” la enfermería, de la manera que visionaron mujeres como Florence Nightingale y Sugimoto Kane (112).

Los problemas heredados de la filosofía de Nightingale pueden resumirse en: un escaso desarrollo de un cuerpo convincente de conocimientos, un escaso control sobre los estándares de la práctica, una pobre autonomía para el ejercicio, un pobre control social, y una conflictiva proyección en los quehaceres de la medicina y la cirugía. El único estándar que parece haberse consolidado es el del común uso del uniforme blanco (112).

De esta manera, el aquí resumido proceso profesionalizante de la enfermería japonesa coincide a la vez, con un subproceso de “agotamiento de la profesión”, agotamiento este que ya entrada la modernidad parece hacerse más visible, especialmente por las contradicciones entre un discurso retórico de la enfermería, que no encaja con el discurso técnico-científico vigente para prácticamente todas las profesiones de la salud; un mundo en el que las mujeres y hombres enfermeros no cuentan con una porción significativa del discurso bio-cientificista de la salud y la vida; es en ese mundo moderno en el que los saberes se miden entre sí, y solo terminan poderosos aquellos con los conocimientos más fuertes, tal y como demuestra la historia de la enfermería en Japón (112).

4.2.4 Las profesiones en tiempos de la Posverdad.

En los estudios de la filosofía, el conocimiento, y en general en la Sociología de la Ciencia, resulta pertinente encontrar un estándar o marco de ubicación en el tiempo, para así con este poder hacer factible entender la evolución y la comprensión que en cada época las sociedades dan a los procesos de “saber”, “conocer”, “entender”, “estudiar”, “predecir” y “explicar”. Así por mucho tiempo se asoció el desarrollo del conocimiento científico a las épocas moderna y contemporánea de la historia de la humanidad; sin embargo, con el paso del tiempo los postulados de “realidad” y “verdad” han ido sufriendo cambios.

Así, mientras que el Siglo XX fue una época de ortodoxia lógica hipotético-deductiva (donde la comprobación experimental y la proposición de leyes universales fundamentadas en la experiencia imperaban como la máxima expresión de la verdad), en los albores del Siglo XXI el cuestionamiento acerca de la relatividad y la reflexividad sobre “lo real” se hace más fuerte entre los académicos y la sociedad en general. Es en ese contexto donde el neologismo “pos verdad” adquiere vigencia.

Si antes el planteamiento llevaba a razonar que “solo es verdadero el razonamiento objetivo y sistemáticamente derivado de la comprobación fáctica”, en un mundo postmoderno la objetividad puede ser cuestionada ante la emergencia por valorar y reconocer otras formas de “saber” diferentes a las propias de la Ciencia. Este cuestionamiento pervive en parte por las características de temporalidad, de posibilidad de error, y de aproximación nunca total a la realidad del conocimiento científico (113).

Así las cosas, puede entenderse a la pos verdad como “aquellas circunstancias donde los hechos objetivos resultan influir en menor grado a la opinión pública, en comparación con las emociones o las

creencias-experiencias personales” (113); sin embargo en la génesis de su misma definición, no aporta de recursos relevantes que posibiliten entender diferente a una “verdad objetiva”, o a un “hecho objetivo”.

Las verdades objetivas, tal y como argumentaron y demostraron autores como Kuhn y Wittgenstein, se caracterizan por ser siempre sustentables (y refutables, es decir, promueven el diálogo, el debate); en el caso de la “verdad relativa-subjetiva”, es un problema el hecho de que estos por si solos no son capaces para explicar y orientar una razón lógica para entender un fenómeno físico, biológico, económico o social (113).

Mientras que el razonamiento lógico-positivista desconfía de toda verdad manifiesta sin razón, el saber pos verdadero acepta toda idea de verdad sin mayor preocupación por su refutación; esto lleva en ultimas a que el saber hasta ahora llamado científico, pierda su valor, que no es otro que el de la falsación o comprobación (113).

El mundo basado en relativismo parece poner fin al orden derivado de la época positivista; en la medida que las universidades ahora enseñan tácticas de pesquisa e indagación relativas y subjetivas, llevando a los académicos a pasar del escepticismo científicista que niega cualquier verdad, a un pensamiento relativista que acepta y vincula a cualquier saber, sin importar su calidad o veracidad.

Podría decirse entonces, que la pos verdad “es una verdad a medias” en la que (como se afirmó antes) los sentimientos y emociones del individuo, delimitan y orientan las proposiciones asociadas a la verdad, distorsionando con ello una realidad para alcanzar intereses personales, grupales, organizacionales, económicos o políticos. Existe con la pos verdad, procesos discursivos que moldean la opinión pública, la política, la gerencia empresarial, y en este caso particular: la formación universitaria (114).

El real problema con este “choque de verdades” que ocurre ante las verdades fácticas y las verdades de opinión, es que no solo emergen conflictos de interés entre los actores relacionados con la formación de enfermeras y el mercado laboral, sino que además, surgen contradicciones entre el hacer y el ser, y una confusión de roles respecto al ser profesional y su distinción con otras profesiones, la enfermería técnica, y con otros oficios vocacionales (114).

De otro lado, estas incongruencias llevan además a que en general la sociedad no tenga claro la definición y esencia de la disciplina de enfermería, llegando incluso a minimizarla, o confundirla con oficios técnicos asistenciales, e incluso de actividades relacionadas con el aseo de personas, y el mantenimiento limpio de entornos y espacios (en un falso enfoque higienista de la profesión, del cual parece no liberarse la disciplina desde mediados del siglo XX) (114).

Resulta entonces pertinente preguntarse: ¿es la pos verdad una falsedad ideológica?, entendiendo por falsedad ideológica al proceso por el cual, de forma consiente una o varias personas tergiversan (distorsionan o desfiguran) una realidad con recursos retóricos, frases y proposiciones que en ultimas constituyen una falsedad, al no poderse esta contrastar o verificar mediante procedimientos metodológicos objetivos y cuantitativos, llevando en ultimas a que un documento (libro, artículo, etc.), pueda no ser falso en sus condiciones esenciales, pero si en su contenido, o en el manejo que dan a su contenido (115).

Como argumenta González de Requena, la Posverdad se ha configurado como un nuevo régimen de la mentira. Esta especie de charlatanería podría conciliarse con la visión de Pseudociencia propuesta por Kuhn, o por la noción de Anti ciencia de Carl Sagan. Con la Posverdad, se encubren imposturas en algunas prácticas profesionales, así como se hacen circular

mediante discursos muy sofisticados, verdades a medias que solo pretenden popularizar una tendencia de pensamiento y a sus artífices (116, 117).

Aunque en la ideología Cuidativa existente para la enfermería, no parece haber una delimitada intención por engañar, si parece ser constante el logro de sus modelos y teorías para confundir al estudiante, a los docentes, e incluso a los usuarios o pacientes, como está ampliamente señalado en distintos estudios descriptivos (118, 119, 120, 121). De estos se destaca que en la perspectiva de los estudiantes, la teoría de enfermería representa mundos diferentes, que se describen de manera compleja, que resultan ambivalentes, que no son coherentes entre su teoría y su práctica, enfocado mayormente en el empirismo; aunque reconozcan que estas teorías discuten aspectos importantes del ejercicio profesional, sin que expliciten su operacionalización (118, 119, 120, 121).

En últimas, la pos verdad se configura como una meta mentira, la cual es popularizada por diversos mecanismos formales e informales de comunicación, relativizan la verdad con indiferencia hacia la posibilidad de verificación, aspectos que se visibilizan mediante la confianza o no apoyo de sectores del gremio hacia sus postulados.

Resulta a su vez confuso asumir categóricamente los diversos preceptos de la ideología del cuidado, ya que, como refiere Rebolledo M de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Guayaquil, cuando se deconstruye el discurso moderno de la enfermería (separando lo abstracto de lo concreto), es posible encontrar que el constructo social que hasta ahora se ha hecho de la profesión se orienta hacia las dimensiones: subordinación, servilismo, desarrollo de tareas no complejas, trato desigual, invisibilidad de la acción, cuestionamiento de la intelectualidad, subestimación de la calidad del servicio prestado, y de la satisfacción del usuario (122).

Así, aunque la herencia histórica es la que aporta en su mayoría los discursos de la profesión y su ser, el nuevo discurso de la pos verdad, trata de conciliar complejos problemas de la enfermería como profesión y como ciencia (por ejemplo la no diferencia entre la profesionalidad entre hombres y mujeres enfermeras-os; o la necesidad de emancipación para lograr el anhelado reconocimiento), que en apariencia teórica resultan coherentes y que una vez llevado al contexto del mercado del trabajo, se desarticulan y denotan su sobrecargado carácter idealista (del cual no puede aseverarse su capacidad de falsación verídica); es decir, el discurso supera a las acciones o al pragmatismo que debería derivar (122).

4.2.5 El “Cuidado” como trabajo remunerable.

La preocupación sobre el costo económico del cuidado (entendido como el desarrollo de toda acción dirigida al soporte y mantenimiento del bienestar del individuo, el grupo familiar y la comunidad), se hizo popular recientemente (del año 2017 se rastrean los artículos académicos más icónicos); sin embargo este develó una compleja discusión acerca de si el mantenimiento del bienestar compete a una función puramente familiar subvencionada por los recursos de esta, o si es una obligación del Estado y de sus finanzas públicas (123).

Este dilema ha denotado que la economía del cuidado, más que un problema sociológico es un problema económico, toda vez que con el auge del estilo de gobierno neoliberal, las prácticas asistencialistas (patrocinadas con recursos públicos) y heredades de la doctrina social-demócrata han quedado obsoletas en un mundo que se rige por el libre mercado. Aunque se asegure que las políticas asistencialistas reducen la inequidad e incrementan el bienestar, no existe evidencia que compruebe que en un modelo no

asistencialista, enfocado más en la generación de capacidades, no puedan alcanzarse niveles altos de bienestar (123).

En las implicaciones sociales del problema, evidentemente resulta complejo convenir colectivamente en el ajuste al reconocimiento de las labores de atención doméstica (históricamente delegadas a las mujeres); desde comienzos del siglo XX se puede encontrar evidencia de cómo la labor doméstica de la mujer no era objeto de remuneración económica, toda vez que esta era parte del rol implícito al ser mujer.

Con este contexto, es común encontrar a la fecha, distintas fuentes de activismo en los grupos de feministas, que vienen ejecutando en todo el mundo acciones de lobby no solo para que se reconozca el valor del trabajo doméstico, sino para que la ideología feminista alcance una posición de poder en las estructuras de gobierno en los países (124).

Desde una perspectiva de los determinantes sociales de la salud (DSSS), donde el Género constituye un determinante intermedio, ser mujer en la modernidad implica menor ingreso financiero, mayor carga de estrés por la crianza y el hogar, limitaciones para el crecimiento profesional, y brechas salariales para con su contraparte masculina. Aunque la globalización introdujo la liberalización del trabajo formal para todos los géneros, sin embargo, trabajos históricamente considerados como femeninos (entre estos la enfermería), no implicaron mayores desarrollos en términos de remuneración, pese a la inclusión de hombres a la práctica profesional (124).

Aunque debería estar claro que las actividades del cuidado doméstico no remunerado son diferentes a las del cuidado brindado por profesionales (enfermeras, terapeutas), existe un punto en común en ambas dimensiones de la “economía del cuidado” y son aquellas que denotan las actividades de mantenimiento del bienestar en la persona enferma, con la diferencia que mientras que los cuidadores informales desarrollan dicha actividad en el

hogar, el personal de salud ejecuta actividades más tecnificadas en el ambiente clínico-hospitalario. El factor que determina cuales cuidados deben recibir un pago económico y cuáles no, se asocia a la posibilidad o no de encontrarse un proveedor en el mercado (asistir la dieta, realizar el baño diario *versus* mantener un acceso venoso parenteral, proteger y limpiar una herida), son ejemplos de diferenciación (125).

Históricamente el cuidado como trabajo asalariado sólo ha sido reconocido por la institución hospitalaria – clínica, como hasta el día de hoy ocurre en los países donde enfermería logró sus mayores desarrollos: Inglaterra, Francia y Estados Unidos. Para el caso de Francia e Inglaterra, dado que sus modelos de salud constituyen sistemas universalistas, de financiación pública, y de cobertura basada en el monopolio del Estado, la ejecución y remuneración de las enfermeras hace parte de los recursos públicos. Esta financiación estatal consolidó además las organizaciones gremiales, en su mayoría desarrolladas en forma de sindicatos; así como en la regulación y estandarización de la formación de enfermeras, también de la vigilancia y control del cumplimiento de las competencias profesionales (126).

Por su parte, en los EEUU la enfermería es reconocida como un trabajo profesional con distintos niveles jerárquicos de prestación; en la práctica, quienes prestan estas atenciones requieren de una retribución económica dado que para su ejercicio aplican conocimientos especializados, así como tecnologías y recursos asistenciales (a diferencia de los cuidados desarrollados en el hogar); estos se retribuyen en su mayoría de recursos privados de financiamiento. Así para la práctica de enfermería en los EEUU, sin importar si quien practica es profesional o técnico (Nurse Assistant, Licensed Practical Nurse, Registered Nurse: - Bachelor of Science, Nursing Diploma; y Advanced Practice Nurse), se garantiza un alto nivel de

autonomía profesional, y esta se deriva de la total socialización e implementación de estándares de práctica (127).

Estos estándares son amplios, diversos, y siempre conllevan implicaciones para la práctica (o ejercicio profesional); entre estos se destacan las guías de práctica para: cuidados paliativos, neurología, psiquiatría, control de adicciones, discapacidad, VIH/SIDA, Diabetes, Sistema Cardiovascular, Gerontología, Cirugía Plástica, Enfermería Pediátrica, Enfermería Escolar, Enfermería Neonatal, Radiología para Enfermería, Control del Dolor, Administración de Medicamentos, Salud Pública, entre otras (127).

Sin faltar a la autonomía mencionada, las profesionales tienen claro los puntos de encuentro y de trabajo colaborativo con los demás profesionales del equipo de salud. De otro lado, las profesionales están obligadas periódicamente a renovar sus registro profesionales, y para ello es obligatorio desarrollar cursos y certificaciones en sus campos de acción, lo cual incentiva la educación continuada, y vincula la teoría y la práctica, así como mantiene actualizadas las actividades desarrolladas en los hospitales, con su consecuente mejora de la calidad en la prestación de las atenciones (127).

Estos desarrollos en términos de autonomía, estandarización de la práctica, educación continuada, y de diferenciación entre la remuneración del cuidador formal y el informal, están pendientes de desarrollo en Colombia, para con ello consolidar la profesionalización total de la enfermería en el país.

4.2.6 El debate sobre las “Profesiones Feminizadas”.

Es común hallar que ciertas profesiones evidencian una mayor participación porcentual de mujeres que de hombres (como ocurre con las ciencias de la educación, las artes, las humanidades, las ciencias sociales, el periodismo, y

las ciencias de la salud, con algunas particularidades para el caso de la medicina (128).

Más allá de ello, se hace conflictivo observar que la organización de los empleos genéricamente se caracteriza por estructuras jerárquicas donde suceden ideologías de género, que mantienen estereotipos acerca de la calidad, efectividad y características de una labor diferenciada por la dicotomía hombre/mujer. Desde su raíz, los entornos, roles y funciones de trabajo han sido construidas en función de cualidades particulares que están más o menos presentes en hombres y en mujeres, generando así contextos de masculinización y feminización laboral (128).

Estos contextos de género determinan secundariamente mecanismos de segregación horizontal, en los cuales predomina uno u otro sexo en la profesión y con ello, de delimitan unas culturas, percepciones, estereotipos y prejuicios hacia el ser profesional. A su vez, se generan mecanismos de segregación vertical, en los cuales el género minoritario le requiere mayor esfuerzo ascender en la jerarquía organizacional (128).

La configuración de dichas segregaciones horizontal y vertical, definen además de las brechas de género en un grupo de profesionales, diferencias salariales importantes, y condiciones prolíficas para la segregación (ya sea positiva o negativa) (128).

Ejemplos de segregación negativa pueden ser los referidos por Pinzón-Estrada, C, et al (129), quienes denotan la constante existencia de violencia simbólica y de género dirigida a profesionales de enfermería. Experiencias como: “tener que demostrar todo, todo el tiempo”; o “la presión que genera la mayoría femenina sobre la minoría masculina”; en últimas, aunque las mujeres enfermeras se han sabido situar en el tope de la hegemonía de poder, discriminan a sus pares masculinos, constantemente

invalidan – niegan al otro, y persisten incapaces de ascender en las organizaciones ocupacionales de las instituciones en que trabajan (129).

Resulta problemático identificar que dentro de las jerarquías enfermeras los profesionales hombres resultan ser sujetos de formas de discriminación positiva y negativa; además, los varones refieren encontrar una vez graduados realidades diferentes a sus expectativas especialmente en la lentitud y dificultad para ascender en las jerarquías de sus empleos; las dificultades en la convivencia entre pares resulta ser una queja común, especialmente debido a una desorientada competitividad y rivalidad con los pares mujeres. Prejuicios sobre la homosexualidad implícita del enfermero hombre, son otra forma de discriminación percibida (130).

En últimas, estas características de la enfermería como profesión feminizada conllevan a la estructuración de factores de riesgo psico-emocionales para los hombres; además, el grupo de enfermería masculina aparece en la mayoría de contextos sub representados y sub reconocidos (a niveles incluso inferiores en comparación con la enfermería practicada por mujeres) (131).

Este hallazgo es relativamente el mismo para la mayoría de las profesiones del área de la salud (con algunas diferencias para el caso de Medicina, la cual en el pasado fue una profesión masculinizada, y recientemente ha tendido a hallar una paridad entre hombres y mujeres). De otro lado, el incremento del recurso humano en salud femenino, implica el reto para los gobiernos y para los sistemas de salud, de estructurar regímenes laborales, y normatividades ocupacionales empresariales con enfoque diferencial, respetando el tiempo de las mujeres para la familia, y adaptándose a sus procesos de organización y liderazgo, que difieren a los patrones de acción lineal tradicionales de los empleos organizados por hombres (132).

Un reto de estas nuevas políticas de equidad de género es el de no minimizar o agredir a los pares hombres; también la escasez de personal, y

las variables asociadas al reclutamiento determinan la participación porcentual de hombres y mujeres en enfermería, así como el consenso que entre géneros pueda hacerse, que como ocurre en medicina, facilite consolidar la profesión en una perspectiva más neutral en cuanto al género (132).

Existe un vacío de conocimiento acerca de si el discurso que promueve la ideología de cuidado entremezcla perspectivas ideológicas feministas; tampoco se conoce si los hombres que ejercen enfermería se asimilan a dicho discurso, o defienden discursos alternos al hegemonizado por las mujeres enfermeras.

4.3 Discusión de Resultados.

Al cotejar a nivel teórico y descriptivo los hallazgos derivados de las entrevistas, junto con las áreas problema asociadas en general a la cuestión por el ser del conocimiento (u ontología) de la enfermería, se denota que el discurso construido para la disciplina en los últimos 20 años en Colombia, ha condicionado contextos propicios para que ocurran diversos subprocesos socioculturales que delimitan el saber y la práctica de enfermería (entre estos, procesos de reclutamiento, socialización, práctica, organización y conglomeración de roles, que condicionan jerarquías, relaciones de poder, modos de obediencia y sumisión (97).

Si bien existe en los entrevistados una alta vinculación emocional con la idea del Cuidado, la forma en que se presentan sus conceptos, sus teorías, y los métodos por los cuales se llegan a estas, presentan esquemas de pensamiento lineales, empiricistas y altamente retóricos, los cuales desde el marco epistémico aceptado por la filosofía de las ciencias (que es el de Kuhn y el Círculo de Viena), son compatibles con la noción de Pre-Ciencia

(principalmente por la defensa de sistemas de creencias que prevalecen, sin que exista una constante falsación y replanteamiento de las mismas).

Este estadio de desarrollo del saber enfermero justifica en parte, la dificultad que tiene este gremio para ganarse dentro del mercado laboral un espacio propio de intervención profesional, donde pueda controlar de forma real su propia práctica.

Aunque es evidente la importancia que tiene el gremio enfermero en el sector hospitalario, de administración de servicios de salud, y en la prestación de las acciones colectivas en salud pública, los intereses de legitimación instaurados desde la academia al recurso humano novato, discrepan con la realidad ocupacional, donde las demandas del mercado de la prestación de servicios de salud muchas veces demarcan como inútiles a algunos de los saberes más fuertemente instaurados por el discurso académico.

Así, la mayoría del nuevo talento humano de enfermería procede (durante la transición escuela de enfermería – mercado laboral), a asimilar los valores y creencias de la teoría enfermera, más como un acto de fe, que como acto de razón, separándolo de las nuevas exigencias que los cargos clínicos o administrativos le deparan.

De otro lado, las divergencias entre el saber enfermero que se enseña a nivel profesional, con el enseñado a nivel técnico, se traducen en la práctica como el principal determinante de relaciones de poder y de sumisión, donde ocurren formas de segregación y de maltrato entre colegas.

Las diferencias en el pensamiento enfermero con el paradigma biomédico nacen de la formación misma, donde el discurso “pro-Cuidado” es más fuerte; este se implementa en la mayoría de los casos a partir de modelos educativos conductistas, que proyectan patrones de sumisión en la conducta al ejercicio profesional. Así aunque los planes de estudio en Colombia

Una formación más centrada en el desarrollo de la personalidad, que delimita un modelo genérico de conducta que supera más allá de lo laboral, para aferrarse a lo más íntimo de la vida personal (por ejemplo en el vestido, o en la evitación de modos de ser incompatibles con la enfermería, como lo es portar piercings, o usar expansores de cartílago de oído, o mostrar tatuajes visibles en el cuello, o en los brazos).

El discurso hegemonizado por los grupos de poder de la Enfermería en Colombia (principalmente académicos), termina así por auto-definirse como un marco de representación (es decir, un retórica que proyecta una realidad en apariencia objetiva), pero que en su esencia se mantiene plena de subjetividades y desconexiones. Así, mientras los fundamentos de la mayoría de currículos en enfermería son fisiopatológicos, conforme evoluciona el estudiante en el plan de estudios, emerge el discurso pro-cuidativo, que se presenta marginal al discurso biomédico, pero que nunca en toda la carrera, concilia con este. Esto lleva a que una vez llegada la etapa profesional, el discurso de la institución hospitalaria desdibuja en su mayor parte, al discurso pro-cuidado tan intensivamente inculcado en la formación.

Esta “desconexión” entre los discursos de la enfermería y de las ciencias biomédicas explica las dificultades para el trabajo interprofesional, manifestadas por las limitaciones para la cooperación entre distintas disciplinas (principalmente en la interacción de médicos y enfermeras), y la falta de posición de esta última para definirse como un saber centrado en la recuperación de la enfermedad y de la incapacidad secundaria, o como un saber de aplica conocimientos biomédicos generales, y que “transfiere” esos saberes teóricos a la práctica, en una suerte de “Enfermería Translacional”. De ser la última opción la respuesta al dilema, la idea discursiva sobre el “Cuidado de Enfermería” requiere entonces reformarse.

El escaso ascenso de la Enfermería en las jerarquías de las profesiones dentro de los sistemas de prestación de servicios de salud, evidencia un pobre impacto de la filosofía enfermera sobre la política y curso del sector salud. Dentro de los sistemas de salud, aspectos como la productividad y el desarrollo de mecanismos de control social de las profesiones adquieren cada vez un mayor valor; sin embargo enfermería persiste distante de dichas tendencias organizacionales, situación que la deja aislada de la gestión de las políticas públicas en salud, y de la participación con voz y voto dentro de las mismas.

Resulta importante destacar que para la disciplina enfermera no basta con el desarrollo de su intelectualidad teórico-académica, toda vez que se necesitan estímulos institucionales y políticos que incentiven el desarrollo de la profesión en aspectos fundamentales como son: la unificación y estandarización de su cuerpo único de conocimientos, la definición de roles y competencias dentro del mercado laboral, la definición de mecanismos promotores de la educación continuada, el ascenso dentro de los sistemas de trabajo, y el incentivo hacia el crecimiento y promoción basada en habilidades y competencias. Al margen de estos últimos procesos profesionalizantes, deben hallarse los actores y los espacios por medio de los cuales sea posible llegar a acuerdos con el gremio médico, para realizar un real trabajo y desarrollo interprofesional.

En lo que respecta al discurso pro-cuidado, se hace pertinente que el gremio enfermero acepte que el fenómeno del cuidado no es de su plena exclusividad, y que por el contrario otras disciplinas del área de la salud (como lo son la terapia respiratoria, la fisioterapia, la terapia ocupacional, la instrumentación quirúrgica) y de las ciencias humanas (como la psicología y el trabajo social), de dicha primera autorreflexión la disciplina habría de surgir movimientos y procesos organizadores al interior de enfermería, que re conceptualicen al Cuidado, y definan si este con sus fortalezas y debilidades,

debe mantenerse como fundamento de la profesión de enfermería o si debe replantearse, complementarse, o repensarse.

Entre los problemas de la noción de Cuidado, deben señalarse su alta carga de énfasis en la relación inter-humana (la cual comparte con la Psicología), otra limitación del “Cuidado” además de lo desarrollado por enfermería, este ha sido solamente objeto de estudio del feminismo como dimensión de la ciencia política.

Dado que el cuidado como experiencia, es un fenómeno multidimensional y complejo, necesita deconstruirse para así poder al menos intentar comprenderse de forma más amplia y multidisciplinaria. Entre las múltiples dimensiones que cualifican al Cuidado se destacan: la identidad social del que cuida (madre, padre, voluntario, técnico, profesional), el género (diferencias entre roles de mujer, y hombre), raza, clase social, finalidad del cuidado (protección de la especie, empleo u ocupación), entorno en que se ejecuta (área doméstica, entorno hospitalario), motivantes del cuidar (responsabilidad moral familiar, responsabilidad delegada como trabajador), incentivos asociados (recompensa familiar, pago salarial, pago en especie), entre otros (133).

De esto último, resulta enriquecedor identificar que en realidad el “Cuidado” no es uno solo, sino que existen “muchas y diferentes formas de Cuidar”; además, que dada la naturaleza empírica (mediada por la experiencia particular), los intentos por teorizar al Cuidado pueden llegar a resultar variados, confusos, e inconclusos; por mucho tiempo la enfermería ha estudiado al “Cuidado” desde la perspectiva de “quien brinda” dicha atención, subestimando los significados diferentes que el mismo “Cuidado” puede tener en la perspectiva de quien los recibe (el paciente o usuario).

Así, mientras que la persona que manifiesta la acción de cuidado, lo hace genéricamente de forma intencional, minimizando con dicha intencionalidad

factores motivacionales propios de las emociones y los sentimientos. Con esto, el ejercicio del cuidado adquiere un propósito puramente instrumental, basado en conocimientos que se traducen en forma de procedimientos o intervenciones físicas, pensadas con antelación en función de un determinado objetivo o resultado en salud (134).

En la perspectiva de quien recibe los cuidados, estas atenciones pueden ser tanto positivas como negativas, constructivas o destructivas; en un contexto optimista, las atenciones entendidas como “Cuidado” se refieren a aquellas aceptadas como buenas por el usuario, que le ayudan a mejorar y a sobrevivir la determinada condición de salud que le afecte; en cambio, un contexto negativo hace referencia a aquellas atenciones que con o sin intención, lastiman, vulneran o hacen daño al usuario. Generalmente ocurre cuando no hay acuerdo o puntos en común entre quien presta y quien recibe el cuidado, para evitar esto último es precisa mucha comunicación, reconocimiento mutuo, respeto y convivencia mutua. Un concepto disruptivo en toda la ideología del cuidado es la definición de bienestar, y su conexión con muchos significados, y con el hacer de muchas otras profesiones (134).

La perspectiva endogámica de la disciplina enfermera para entender el Cuidado, se apoya firmemente en posturas filosóficas y de otras disciplinas de tipo existencial, humanistas y personalistas; unifican el Cuidado sin denotar los enfoques diferentes y en ocasiones contradictorios presentados en cada fuente (por ejemplo, la divergencia entre el Cuidado visto por la tradición humanista de Jean Watson, y sus no coincidencias con la visión antropológica propuesta por Madeleine Leininger).

Otro ejemplo de rupturas y tensiones dentro del “Cuidado deconstruido” son los modos propuestos de énfasis emocional puestos en la relación enfermera-cliente (postulados en el discurso a través de los verbos y acciones: cuidar, hacer contacto, empatizar, sentir desde, relacionarse,

ayudar, satisfacer necesidades básicas, tener estilos de vida saludables, vivir en entornos sanos; desarrollar condiciones, generar medios materiales de vida con salud, compartir emociones - técnicas e ideas; experiencias humanas de salud – enfermedad – curación (entre otras), las cuales pluralizan pero no armonizan o coinciden en un único planteamiento comprobable - falseable.

Entonces el verbo que define a la profesión de enfermería parece ser un “algo” humanista e intersubjetivo que, más que una técnica, representa una actitud manifiesta por significados compartidos, manifiestos estos que no siempre encajan con las reglas sociológicas de la ciencia racional y las profesiones (en lo referente a un único cuerpo compartido de conocimientos); más bien todo esto parece constituirse en una realidad diversa, entendida personalmente (por cada profesional) de varias maneras, y que para funcionar dentro de los sistemas lógicos de la Universidad y la Empresa, necesita entenderse y desarrollarse como un saber derivado de la pos verdad (aceptando con ello, la disrupción que hace en un mundo biomédico positivista) (105).

Así las cosas, el acto del cuidado no puede ser “objetivable” debido a su naturaleza subjetiva e interpretativa; resulta problemático aseverar con esto que la enfermería sea un saber anti-positivista; sin embargo, mientras ciencias como la Medicina vean a la enfermedad (biológica, fisiológica) como su objeto de estudio, y la Enfermería piense al mismo tiempo a la enfermedad como “un medio para llegar a ser, para alcanzar la transformación”, en una compleja perspectiva trascendental y metafísica de los procesos de salud – enfermedad; no podrá haber conciliación de saberes entre esta y los demás saberes de la salud (105).

Parece que ahí radica la raíz de este problema epistemológico: los planteamientos humanistas de la enfermería no encajan con un mundo

tecnologizado que objetiva a las personas, sus acciones y sus propósitos (es decir, el saber biomédico)... Es plausible preguntarse entonces: ¿Es la enfermería una ciencia humana, como la psicología, la antropología o el trabajo social?

Si bien la enfermería nació como hija del saber biomédico, donde tempranamente aprendió a creer solo en lo objetivo y a desconfiar de lo subjetivo, en estos días de comienzos del siglo XXI la disciplina pervive en el relativismo (demostrando con ello un radical cambio en sus horizontes) (105).

Las definiciones del Cuidado por los últimos 40 años se concibieron de manera instintiva (de forma personal, derivadas de la propia experiencia del sujeto), pero sin considerar su posibilidad intrínseca de medición o cuantificación como fenómeno (105).

Ejemplo de esto son los neologismos: “Holístico” y “Biopsicosocial” los cuales antes quedar claridad y sentido, confunden más, y no separan al saber enfermero de otros saberes también holistas y biopsicosociales.

El enfoque humanista por el que se decidió la enfermería contemporánea discrepa entonces con las reglas de juego propuestas y aceptadas mayoritariamente por las otras ciencias de la salud, ciencias estas que comparten un nicho común: el hospital. Allí en la institución hospitalaria es donde esta ideología del cuidado se desmarca, tal y como reflexionó Colliere en 1990:

“Todo lo que no contribuya a los exámenes, a la administración de tratamientos y a su vigilancia no es más que la aproximación, gajes del oficio, trabajo invisible, desconocido, no reconocido” (135).

Justamente la institución hospitalaria valora más a la enfermería como práctica instrumental, procedimental, y no como altruismo humanista. Este énfasis hace una muy buena armonía con el cuidado médico, pero es incompatible en su mayoría con el discurso de cuidado enfermero hasta ahora reflexionado.

Las autoras de la presente investigación no pretenden desconocer los avances en las distintas teorizaciones de la enfermería, especialmente en lo que refiere a la obra de la filósofa de enfermería norteamericana, Jean Watson, quien vigoriza el discurso Cuidativo con recursos de la hermenéutica (interpretación); la responsabilidad moral (axiología); y el interés metafísico – espiritual; si bien estos aportes son interesantes, problematizan el núcleo del problema epistémico que acá compete, especialmente cuando la autora parece revivir el pasado religioso de la profesión, haciéndola marcadamente espiritual y trascendental (105).

Otro nuevo problema que se adiciona a los demás, es el de la inclusión de la tecnología biomédica al ejercicio profesional: dado que en la praxis enfermería aplica conocimientos biomédicos que son marginales a las teorías y los modelos conceptuales disciplinares, se aviva la idea defendida por Ladino G & Daza C (9) acerca de que la Enfermería no supera su estancia en un nivel pre-científico o de práctica extra-científica.

Las proposiciones humanistas y metafísicas tan defendidas por las filósofas e historiadoras de la enfermería se desarrollan así más cómo una “*espiral hermenéutica*” (o forma de operación relativista en la que por su propia naturaleza es irracional), que como un ciclo de las revoluciones científicas de Kuhn.

Otra dimensión conflictiva es la aprensión que hace enfermería de la tecnología biomédica; dado que en la posmodernidad la tecnología tiene una poderosa capacidad para implementar (o aplicar) conocimientos derivados

de la ciencia en la transformación o modificación de la realidad, sin pretender desarrollar el conocimiento (como pasa en disciplinas como la Ingeniería Biomédica la cual se dedica a implementar eficientemente otros conocimientos que no le son totalmente propios), la enfermería clínica resuelve sus problemas prácticos apoyada en los recursos de la tecnología biomédica, de una forma no explicada o estudiada por las visiones de los modelos y teorías conceptuales de la enfermería.

La enfermería clínica se orienta más hacia un sentido de “operatividad instrumentalizada”, en oposición a la definición ontológica de la disciplina como “ser humanista”. Esta perspectiva tecno céntrica de la enfermería adquiere cada vez más fuerza en países donde los sobrecostos de la prestación de servicios por parte de los sistemas y modelos de salud, inducen a modificar los roles de los actores, para así con ello ajustar los honorarios asociados, los modos de educación, y así en últimas, conciliando el saber biomédico heredado del siglo XX con otras perspectivas hasta ahora alternas.

Esta nueva armonía mediada por lo tecnológico resolvería la disyuntiva generada en la academia, donde se cree que la Teoría de Enfermería define a la práctica, y respondida desde una Práctica donde se percibe a la Teoría como un factor de distorsión y confusión.

A este respecto se debe conjugar el rol que las escuelas y facultades de enfermería ejercen a través de sus currículos, especialmente cuando estos firman las bases de un proceso profesionalizante de la Enfermería (a veces cercano, otras lejano de la realidad de la experiencia ocupacional); las discrepancias entre lo enseñado en la academia y lo confrontado en la experiencia afectan negativamente al desarrollo de una propia y compartida identidad profesional (diferente al uniforme blanco), así como al desarrollo de

estándares de actuación, a la consolidación de los procesos de razonamiento clínico, y a la consolidación de roles y autonomía plena en la práctica.

Un reto que emerge es el poder armonizar la calidad de la educación (técnica y profesional), incidir en conjunto sobre el reconocimiento profesional dentro del gremio del sector salud; e incentivar desde la gestión pública y privada incentivos que permitan a cada tecnólogo y profesional desarrollar una carrera longeva y con posibilidades reales de ascenso en Enfermería.

Finalmente la Enfermería como disciplina, al plantearse desde su discurso académicamente institucionalizado como un saber post-positivista, no consigue definirse de forma objetiva en el contexto de otras profesiones y saberes que presentan menos conflicto para con la cuestión biomédica; además, el uso retórico y persuasivo de conceptos y argumentos propios no coherentes entre sí, limitan el poder de posicionamiento dentro del cuerpo de conocimientos y profesiones compatibles sociológicamente como “del cuidado”.

La disciplina al privilegiar paradigmas cualitativos para su propio estudio, cae en una suerte de relativismo filosófico que estructura colateralmente mecanismos de deliberación jerárquica entre colegas, donde imperan relaciones de clase y de poder; subestimando con ello el poder predictivo y de comprobación propia de la falsación positivista, y manteniendo per vivientes ciertos vacíos metodológicos útiles para investigar, comprender, explicar y predecir la naturaleza misma de su fenómeno del cual aduce ser la esencia de su ser profesional: el cuidado, (o lo que quede de su replanteamiento).

4.4 Conclusiones.

- Tras ocho entrevistas semiestructuradas realizadas a cuidadores formales e informales en la ciudad de Bogotá D.C., se hace evidente que el discurso de dichas personas está condicionado por la propia vivencia, por factores legales - ocupacionales del entorno, los años acumulados de experiencia, la intensidad psicoemocional de las vivencias, y por la estructura moral de valores construida de manera individual. Aunque no se hallaron en las verbalizaciones construcciones o definiciones elaboradas acerca de la naturaleza esencial de la disciplina de enfermería (el Cuidado), se denota en las participantes divergencias acerca de la ontología enfermera, y un alta carga de subjetivación sobre la profesión.
- Las vivencias tanto de los cuidadores formales, e informales (de otras profesiones u oficios), dan cuenta mediante el discurso imperante de posibles dimensiones descriptoras del acto de cuidado en enfermería; estas se enfocan en su mayoría en tres dimensiones a saber: **i) el acto de cuidado como una relación transpersonal** (derivada de acompañar a un familiar o a un tercero, que denota una intencionalidad previa, forja un vínculo psicoemocional, requiere de habilidades, se alimenta de la fe, la moral, y del altruismo); **.ii) las formas como se encuentran y desencuentran la persona que cuida con aquella que es cuidada** (que no distingue entre vocación y entrenamiento, media emociones a través del lenguaje, sobrevalora más la escucha que a la capacidad técnica, subjetiviza – asocia mayormente la profesión para el género femenino, y se limita a las características culturales de los involucrados); y finalmente, **iii) la manifestación de los resultados del cuidado** (ya sean estos metafísicos como el desarrollo espiritual, u objetivos-fácticos como es

la efectividad de un tratamiento o intervención; se evidencian debilidades en el desarrollo de indicadores de calidad para la intervención enfermera; prevalece una visión “higienista” del cuidado; y se confunden resultados profesionales con los técnicos, así como las diferencias entre las jerarquías enfermeras profesional y técnica auxiliar).

- La síntesis y el análisis de todas las verbalizaciones captadas llevan finalmente a problematizar acerca del origen, desarrollo, orientación y fines últimos del conocimiento enfermero, el cual se caracteriza principalmente por estructurarse de modo idealista, marcadamente empiricista-relativista, negacionista de la orientación positivista (usada por la mayoría de las ciencias de la salud), subjetivista, en constante dilema entre el humanismo y la biociencia; y con un forzado interés por estructurar estructuras de pensamiento anglosajonas (británico-estadounidenses) para la formación, teorización y práctica profesional asociables a la ideología pro-cuidado heredada de la escuela de pensamiento nightingaleano de finales del siglo XIX y comienzos del XX, la cual discrepa con las nuevas visiones y tendencias de las ciencias de la salud y del cuidado en el mundo post-moderno de hoy día.

4.5 Recomendaciones.

Si bien la enfermería colombiana cumple con los criterios establecidos por la mayoría de las sociedades para definirse y entenderse como profesiones (las cuales son básicamente: contar con un código de ética, y con un consejo regulador del registro profesional), existen tareas no cumplidas para culminar a satisfacción el proceso profesionalizador de la enfermería colombiana.

Dichas tareas pendientes constituyen la principal recomendación de este estudio; se mencionan a continuación:

- Estandarizar las practicas e intervenciones pensadas comúnmente por todo el cuerpo profesional, en función de los distintos ámbitos de la práctica normados por la Ley 266 de 1996 (53) para el contexto colombiano; dichos estándares deberían derivarse de la mejor evidencia clínica disponible, y asociarse a los mecanismos de gestión de la calidad reglamentados por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) (136).
- Estos estándares de práctica, deben claramente distinguir las habilidades y competencias del profesional respecto del técnico auxiliar, introduciendo mecanismos administrativos y recursos financieros que desde las instituciones prestadoras de servicios de salud fomenten el desarrollo profesional, el ascenso ocupacional con su consecuente incremento en la remuneración, y el estímulo hacia una educación continuada periódica y apoyada en el sistema universitario público y privado del país.
- Los estándares de práctica en enfermería deben ser sujeto de evaluación por asociaciones de enfermería competentes para cada área a certificar (ya sean estas clínicas, administrativas, o de salud pública); dicha evaluación habría de redundar en registros profesionales y certificaciones que habiliten al sujeto para la práctica, y garanticen a los sistemas de salud, y a los usuarios, la excelencia y aptitud para el desarrollo de las funciones propias al cargo al que se desea practicar, logrando así el reconocimiento deseado y asegurando garantizar capacidades funcionales.
- Vincular a los mencionados estándares de práctica, roles, funciones, habilidades y recursos de evaluación de los macro procesos: promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la intervención

en el tratamiento, la rehabilitación y la recuperación de la salud, en los contextos individual, familiar, comunitario y colectivo.

- Desarrollar desde la legislación vía decreto reglamentario, y orientar en los estándares de práctica, los ámbitos de acción de enfermería, los cuales son:

Clínico-asistencial:

Compromete todas las acciones de monitoria de signos vitales, valoración de la situación inicial de salud (con uso de Lenguaje Estandarizado), gestión de la seguridad ocupacional y mitigación del riesgo, administración de medicamentos, mantenimiento de la higiene del sujeto de cuidado, protección de la piel, mantenimiento de la actividad y el confort, aseguramiento de la nutrición, apoyo a la eliminación, soporte de la oxigenación, protección del sistema cardiovascular, protección del sistema neurológico, protección del sistema respiratorio, gestión de la toma y disposición de muestras corporales; todo esto orientado bajo el enfoque de Curso de Vida: primera infancia, niñez, adolescencia, adultez, periodo reproductivo-mujeres, y ancianidad; así como en consideración de los niveles de prestación de los servicios asistenciales de salud: atención primaria, hospitales y clínicas de alta complejidad, y centros de rehabilitación, recuperación, y de cuidado a crónicos.

Administrativo-gerencial:

Vincula las capacidades de gestión y administración de servicios, programas, planes y proyectos de salud derivado de técnicas y estrategias modernas de la administración basada en lenguaje estandarizado de enfermería (Diagnósticos NANDA, Intervenciones NIC, Resultados NOC), mediante procesos lineales de segunda

generación (Proceso de Enfermería: Valoración – Diagnóstico – Identificación de potenciales resultados – Planeación – Ejecución / Coordinación del Cuidado - Evaluación), o circulares de gestión de tercera generación (razonamiento clínico multicausal, interrelacionado).

Comunitario-Salud Pública:

Involucra a todas aquellas acciones y decisiones que el Profesional de Enfermería, en alianza con los demás integrantes del equipo interprofesional de gestión de la atención primaria, posibilitan objetiva y evidentemente la resolución de problemáticas de índole social, económica, política y cultural, que condicionan a nivel proximal, intermedio y estructural inequidades y desigualdades que repercuten negativamente en la salud, el bienestar y la calidad de vida de las comunidades y de los colectivos.

Docente-investigativo:

Relaciona todas aquellas acciones de indagación, generación y desarrollo de nuevo conocimiento de enfermería, a nivel disciplinar e interdisciplinar, que permita aplicar o transferir estos nuevos aportes (ya sean de tipo descriptivo, explicativo, y/o predictivo) a la práctica; ya sean estos derivados de teorías propias, o de modelos conceptuales disciplinares explícitos de enfermería, o de teorías/modelos conceptuales derivados de otras áreas del conocimiento; todo ello como parte del uso, verificación y aplicación del saber más evidente, y como fundamento de la Práctica de Enfermería Basada en la Evidencia.

- Unificar y conciliar entre el nivel educativo (técnico / profesional), y el mercado laboral, un único cuerpo de conocimientos (que puede ser el cuidado como fenómeno de relación interpersonal, o el bienestar subjetivo del desarrollo, según concuerde el gremio), que resuelva las distorsiones evidentes entre la teoría, la práctica, y la regulación de la profesión.
- Armonizar el trabajo de las auxiliares de enfermería con el de las profesionales, a partir de las políticas públicas, las leyes, los decretos, y los actos administrativos de las empresas de servicios de salud, de modo que se unifique la disciplina enfermera en el territorio nacional, y esta sea mejor identificada y valorada por la ciudadanía.
- Convenir entre el Estado y las Empresas, el funcionamiento y desarrollo de los Departamentos de Enfermería de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, o las dependencias que hagan sus veces en los contextos comunitarios, administrativos y académicos, de manera que puedan así estructurar bajo la orientación de las agremiaciones de enfermería (Organización Colegial de Enfermería - OCE, Tribunal Nacional Ético de Enfermería - TNEE, y Consejo Técnico Nacional de Enfermería - CTNEE), las políticas, planes y proyectos que apropien recursos de operación e inversión propios, y que garanticen entornos adecuados para el ejercicio profesional, así como cargas de trabajo óptimas para la salud y la seguridad en el trabajo, así como que incrementen la calidad del trabajo de enfermería.
- Impulsar el desarrollo coherente entre los contenidos curriculares de la formación enfermera a nivel de pregrado y postgrado, con los estándares de enfermería a desarrollarse, de modo que mediante el liderazgo de la Asociación Colombiana de Escuelas y Facultades de

Enfermería – ACOFAEN, los cuerpos colegiados de enfermería, y los representantes de los empleadores, se cierre de una vez la brecha existente entre teoría y práctica.

- Optimizar los mecanismos de admisión y reclutamiento de los estudiantes de enfermería, basados en la evaluación objetiva de capacidades y habilidades para el cuidado, en mayor porcentaje que de las actitudes y virtudes psico-emocionales de los (las) candidatos(as).
- Incentivar el desarrollo de la formación académica, y de la ejecución práctica de la enfermería en las áreas de la Enfermería Oncológica, la Enfermería Nefrológica, la Enfermería de Emergencias, la Enfermería Cardiovascular, la Enfermería de Salud Pública, la Enfermería Escolar, la Enfermería Familiar Integral, y la Enfermería Gerontológica, a través del desarrollo de nuevos estándares de práctica basada en la evidencia.
- Vincular la formación a nivel de especialidades, maestría, doctorados en filosofía, y doctorados de práctica avanzada, a un sistema nacional público-privado de estímulos al desarrollo profesional de enfermería, que mejore la retribución salarial en función del mérito académico, los ambientes seguros y saludables de trabajo, y el reconocimiento a la carrera profesional.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Velandia M, A.L. Helen Howitt: una semilla canadiense en la enfermería latinoamericana. Av. Enferm. 2009. [Internet]; 27(1): 93-101. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12958>
2. Boykin, A.; & Schoenhofer, S. Nursing as caring: a model for transforming practice. Boston: Jones and Bartlett Publishers, & National League for Nursing – NLN. 1993. 71 p.
3. Gómez S, C.; Munar O, C.; Parrado L, YM.; Urbano F; GS.; Rodríguez Q, ME.; Vargas R, E.; et al. Tres Escuelas Una Historia: Formación de Enfermeras en la Universidad Nacional de Colombia 1920 – 1957.

Bogotá D.C.: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 2011. p.: 56, 73, 79, 89, 135, 179, 190, 202, 211, 219.

4. Vessuri Hebe, M. C. Enfermería de salud pública, modernización y cooperación internacional: El proyecto de la Escuela Nacional de Enfermeras de Venezuela, 1936-1950. Hist. cienc. saude. 2001. [Internet]; 8(3): 507-539. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702001000400002
5. Menezes F, MA.; Teles M, F.; Mendonça de A, W.; & da Silva J, OC. As diretrizes do relatório goldmark para a organização de um grupo subsidiário de enfermagem (1919 – 1923). Cultura de los cuidados. 2007. [Internet]; 11(22): 40-49. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6631/1/CC_22_06.pdf
6. Shaw, MC. The discipline of nursing: historical roots, current perspectives, future directions. Journal of Advanced Nursing. 1993. [Internet]; 18(10):1651-1656. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1993.18101651.x>
7. Donaldson, SK. Nursing Science defined in less than 10 words. Journal of Professional Nursing. 2002. [Internet]; 18(2): 61. Disponible en: [https://www.professionalnursing.org/article/S8755-7223\(02\)61318-3/fulltext](https://www.professionalnursing.org/article/S8755-7223(02)61318-3/fulltext)
8. Durán de V, MM. Enfermería: Desarrollo Teórico y Práctico (Primera reimpresión). Bogotá D.C.: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; Proyecto INNOVAR; Unibiblos. 2001. 186 p.

9. Daza C, L.A.; & Ladino, L.E. Enfermería: ¿Ciencia Normal o Ciencia Revolucionaria? Enfermería Universitaria. 2018. [Internet]; 15(2): 184-198. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/65175/57150>
10. García J, L. Aproximación epistemológica al concepto de ciencia: una propuesta básica a partir de Kuhn, Popper, Lakatos y Feyerabend. Andamios. 2008. [Internet]; 4(8): 185-202. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632008000100008
11. Naim, S. Pierre Bourdieu: Expanding the scope of nursing research and practice. Nursing Philosophy. 2017. [Internet]; 18:e12167. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nup.12167>
12. Kikuchi, JF. Nursing Knowledge and the Problem of Worldviews. Research and Theory for Nursing Practice. 2003. [Internet]; 17(1):7-17. Disponible en: <https://www.ingentaconnect.com/contentone/springer/rtnp/2003/0000017/00000001/art00002>
13. Loria, M. Realismo Moderado: una descripción. Mar del Plata: Memorias del II Congreso Nacional de Estudiantes y Graduados en Filosofía: la Filosofía en su contemporaneidad 21, 22 y 23 de junio de 2013. Departamento de Filosofía. Facultad de Humanidades. Universidad Nacional de Mar del Plata. 2013. [Internet]; 187-193. Disponible en: <https://fh.mdp.edu.ar/encuentros/index.php/cnfilosofia/a/schedConf/presentations>
14. Gweneth H, D.; & Varcoe, C. Toward Compassionate Action: Pragmatism and the Inseparability of Theory/Practice. Advances in

Nursing Science. 2005. [Internet]; 28(1): 81-90. Disponible en: <https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/pages/articleviewer.aspx?year=2005&issue=01000&article=00009&type=abstract>

15. Stevenson, C. Practical inquiry/theory in nursing. Journal of Advanced Nursing. 2005. [Internet]; 50(2): 196-203. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2005.03379.x>
16. Johnson, M. Observations on positivism and pseudoscience in qualitative nursing research. Journal of Advanced Nursing. 1999. [Internet]; 30(1): 67-73. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1999.01050.x>
17. Mill, JE.; Allen, MN.; & Morrow, RA. Critical Theory: Critical methodology to disciplinary foundations in Nursing. Canadian Journal of Nursing Research. 2001. [Internet]; 33(2): 109-127. Disponible en: <http://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/1638>
18. Cruickshank, J. Positioning positivism, critical realism and social constructionism in the health sciences: a philosophical orientation. Nursing Inquiry. 2012. [Internet]; 19(1): 71–82. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-1800.2011.00558.x>
19. Schiller, CJ. Critical realism in nursing: an emerging approach. Nursing Philosophy. 2016. [Internet]; 17(2): 88-102. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nup.12107>
20. Hesook, SK. Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. Journal of Advanced Practice. [Internet]; 29(5): 1205-1212. Disponible en:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.1999.0100>

[5.x](#)

- 21.** Wilson, V.; & McCormack, B. Critical realism as emancipatory action: the case for realistic evaluation in practice development. *Nursing Philosophy*. 2006. [Internet]; 7(1): 45-57. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1466-769X.2006.0024>

[8.x](#)

- 22.** Parlour, R.; & McCormack, B. Blending critical realist and emancipatory practice development methodologies: making critical realism work in nursing research. *Nursing Inquiry*. 2012. [Internet]; 19(4): 308-321. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-1800.2011.0057>

[7.x](#)

- 23.** Yorks, L.; & Sharoff, L. An Extended Epistemology for Fostering Transformative Learning in Holistic Nursing Education and Practice. *Holistic Nursing Practice*. 2001. [Internet]; 16(1):21–29. Disponible en: https://journals.lww.com/hnpjjournal/Abstract/2001/10000/An_Extended_Epistemology_for_Fostering.7.aspx

- 24.** Matthew M, N.; Ploeg, J.; Jack, S.; & Dobbins, M. Transformative Learning and Research Utilization in Nursing Practice: A Missing Link? *Worldviews on Evidence Based Nursing*. 2010. [Internet]; 7(1): 25-35. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1741-6787.2009.00172.x>

[2009.00172.x](#)

- 25.** Aita, M.; Richer, MC.; & Héon, M Illuminating the Processes of Knowledge Transfer in Nursing. *Worldviews on Evidence Based Nursing*. 2007. [Internet]; 4(3): 146-155. Disponible en:

<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1741-6787.2007.00087.x>

- 26.** Arco C, O del C.; De, Suarez C, Z.K. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ. Salud. 2018. [Internet]; 20(2): 171-182. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00171.pdf>
- 27.** Davies, C.; & Sarpong, D. Epistemological relevance of the Arts in foresight and futures studies. Futures. 2013. [Internet]; 47(1): 1-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016328712002078>
- 28.** Malterud, K. The legitimacy of clinical knowledge: towards a medical epistemology embracing the art of medicine. Theor Med. 1995. [Internet]; 16(2):183-98. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00998544>
- 29.** Meleis AI. Measuring progress in Discipline. En: Meleis AI. Theoretical Nursing: Development and Progress. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p.:427-437
- 30.** Brockopp DY, Hastings-Tolsma MT. Fundamentals of Nursing Research. Boston: Jones and Bartlett PublisherS: 1995. P.:12-17.
- 31.** American Psychological Association – APA. APA Dictionary of Psychology (2nd Ed.). Washington D.C.: American Psychological Association (APA). 2007. 1204 p.
- 32.** Faus G, F.; & Santainés B, E. La Investigación en los Cuidados de Enfermería: rigor en las herramientas de búsqueda y síntesis bibliográfica. Index Enferm. 2013. [Internet]. 22(4): 197-198. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000300001

33. Cohen, J.A. Caring perspectives in Nursing education: liberation, transformation and meaning. *Journal of Advanced Nursing*. 1993. [Internet]. 18(1): 621-626. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.1993.18040621.x>
34. Solbakken, R.;, Bergdahl, E.; Rudolfsson, G.; & Bondas, T. International Nursing: Caring in Nursing Leadership—A Meta-ethnography From the Nurse Leader's Perspective. *Nurs Adm Q*. 2018. [Internet]. 42(4):E1-E19. Disponible en: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=30180085>
35. Barker, P.J.; Reynolds, W.; & Ward, T. The proper focus of nursing: a critique of the “caring” ideology. *International Journal of Nursing Studies*. 1995. [Internet]. 32(4): 386-397. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(95\)00030-2](https://doi.org/10.1016/0020-7489(95)00030-2)
36. Poole, M.; & Isaacs, D. Caring: A gendered concept. *Women's Studies International Forum*. 1997. [Internet]. 20(4): 529-536. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0277-5395\(97\)00041-1](https://doi.org/10.1016/S0277-5395(97)00041-1)
37. Barnes, B.; Bloor, D.; & Henry, J. *Scientific Knowledge: A sociological approach*. Chicago, IL: University of Chicago Press. 1996. 244 p.
38. Moser, P.K. *The Oxford Handbook of Epistemology*. Oxford: Oxford University Press. 2005. 608 p.
39. Althusser, L. *Ideology and Ideological State Apparatuses*. En: *On Ideology*. London: Verso. 2008. 179 p.
40. República de Colombia, Presidencia de la República. Decreto No.: 1345 de 1924 *“Por el cual se aprueba el reglamento interno de la*

Escuela de Enfermería” (agosto 16). Bogotá D.C.: Presidencia de la República. Diario Oficial No.: 19683. 25 de agosto de 1924.

41. República de Colombia, Presidencia de la República. Decreto 371 de 1961 *“Por el cual se distribuyen las partidas globales apropiadas para sueldos del personal de nómina, prima de alimentación y subsidios varios -becas- y restaurante escolar-, de los Institutos Politécnicos Femeninos, el instituto Femeninos de Cultura Popular de Bogotá. Y la Escuela de Auxiliares de Enfermería de Villa María. Manizales”* (febrero 17). Bogotá D.C.: Presidencia de la República. Diario Oficial No.: 30457. 03 de marzo de 1961.
42. República de Colombia, Presidencia de la República. Decreto No.: 2681 de 1963. *“Por el cual se distribuye el saldo de una suma global apropiada en el Presupuesto Nacional de Gastos, vigente para auxilios a Escuelas de Enfermería, según distribución que se hará por decreto, de acuerdo con las necesidades”* (Octubre 30). Bogotá D.C.: Presidencia de la República. Diario Oficial No.: 31242. 28 de noviembre de 1963.
43. República de Colombia, Presidencia de la República. Decreto No.: 1192 de 1963. *“Por el cual se distribuye parte de una suma global Apropiada en el Presupuesto Nacional de Gastos vigencias, para auxilios a Escuelas de Enfermería, según distribución que se hará por decreto, de acuerdo con las necesidades”* (Mayo 30). Bogotá D.C.: Presidencia de la República. Diario Oficial No.: 31112. 20 de junio de 1963.
44. República de Colombia, Presidencia de la República. Decreto No.: 1522 de 1963. *“Por el cual se distribuye parte de una suma global Apropiada en el Presupuesto Nacional de Gastos vigencias, para auxilios a Escuelas de Enfermería, según distribución que se hará por*

decreto, de acuerdo con las necesidades” (Julio 11). Bogotá D.C.: Presidencia de la República. Diario Oficial No.: 31143. 30 de julio de 1963.

- 45.** República de Colombia, Congreso de la República. Ley No.: 87 de 1946. *“Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería y se dictan otras disposiciones”* (Diciembre 26). Bogotá D.C.: Congreso de la República. Diario Oficial No.: 26317. 30 de diciembre de 1946.
- 46.** República de Colombia, Presidencia de la República. Decreto No.: 1152 de 1949. *“Por el cual se establece un Puesto de Enfermería en el Municipio de Pueblviejo, en el Departamento de Boyacá”* (Abril 26). Bogotá D.C.: Presidencia de la República. Diario Oficial No.: 27015. 13 de mayo de 1949.
- 47.** República de Colombia, Presidencia de la República. Decreto No.: 148 de 1950. *“Por el cual se crean Escuelas de Enfermería Rural”* (Enero 19). Bogotá D.C.: Presidencia de la República. Diario Oficial No.: 27227. 31 de enero de 1950.
- 48.** República de Colombia, Presidencia de la República. Decreto No.: 2821 de 1955. *“Por el cual se dictan unas normas sobre enfermería”* (Octubre 25). Bogotá D.C.: Presidencia de la República. Diario Oficial No.: 28901. 14 de noviembre de 1955.
- 49.** República de Colombia, Presidencia de la República. Decreto No.: 1579 de 1964. *“por el cual se distribuye parte del saldo de la suma global apropiada en el Presupuesto Nacional de Gastos, vigente “Para Enfermería””* (Julio 01). Bogotá D.C.: Presidencia de la República. Diario Oficial No.: 31429. 04 de agosto de 1964.
- 50.** República de Colombia, Presidencia de la República. Decreto No.: 1029 de 1965. *“por el cual se distribuye el saldo de la partida global*

apropiada en el Presupuesto Nacional de Gastos vigente "para Enfermería" (Abril 22). Bogotá D.C.: Presidencia de la República. Diario Oficial No.: 31647. 08 de mayo de 1965.

51. República de Colombia, Presidencia de la República. Decreto No.: 1037 de 1965. *"por el cual se distribuye el saldo de la partida global apropiada en el Presupuesto Nacional de Gastos vigente "para Enfermería"* (Abril 24). Bogotá D.C.: Presidencia de la República. Diario Oficial No.: 31653. 15 de mayo de 1965.

52. República de Colombia, Presidencia de la República. Decreto No.: 161 de 1975. *"Por el cual se dictan disposiciones relacionadas con la creación y funcionamiento de Escuelas de Auxiliares de Enfermería"* (Enero 30). Bogotá D.C.: Presidencia de la República. Diario Oficial No.: 34262. 21 de febrero de 1975.

53. República de Colombia, Congreso de la República. Ley 266 de 1996. *"por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones"* (Enero 25). Bogotá D.C.: Congreso de la República. Diario Oficial No.: 42710. 05 de febrero de 1996.

54. República de Colombia, Congreso de la República. 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 y se dictan otras disposiciones"* (Octubre 05). Bogotá D.C.: Congreso de la República. Diario Oficial No.: 45693. 06 de octubre de 2004.

55. Castro C, B. Los inicios de la profesionalización de la enfermería en Colombia. Investigación y Educación en Enfermería. 2011. [Internet]; 29(2): 269-285. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000200012

56. Bejarano, J. Historia y desarrollo de la Enfermería en Colombia. Rev. Fac. Med. 1948. [Internet]; 17(1): 1075-1079. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/24642>
57. Mendoza V, J. Historia de la Enfermería en Colombia. Revista Academia Nacional de Medicina. 2016. [Internet]; 38(4): 351-353. Disponible en: <https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/115-13>
58. Velandia M, A.L. Historia de la Enfermería en Colombia (2da Ed.). Bogotá D.C.: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Editorial UNIBIBLOS. 2016. 562 p.
59. Gómez B, E.M. La enfermería en Colombia: una mirada desde la sociología de las profesiones. Aquichan. 2012. [Internet]; 12(1): 42-52. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2081/2691>
60. Velandia M, A.L. Influencia de la “Cuestión femenina” en la educación de enfermería en Colombia. Rev. Investigación y Educación en Enfermería. 2002. [Internet]; 20(1): 36-52. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16741>
61. Elliot, P. (Wakeford, J. Ed.). The Sociology of Professions. London: Macmillan Press – Macmillan Education. 1972. 189 p.
62. Lunt, A. Occupational science and occupational therapy: Negotiating the boundary between a discipline and a profession. Journal of

- Occupational Science. 1997. [Internet]; 4(2): 56-61. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14427591.1997.9686421>
- 63.** Martínez P, M. Arte y ciencia de la Enfermería. Revista Médica Electrónica. 2008. [Internet]; 30(1): 01 pantalla. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol1%202008/tema19.htm>
- 64.** Wyczykier, G. Pensar las clases sociales reflexiones contemporáneas. Revista Laboratorio. 2015. [Internet]; 15(26): 141-164. Disponible en: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/lavboratorio/article/view/1300>
- 65.** Dahila, L.; Karabulutb, A.; & Mutlu, I. Problems and solution offers related to the vocational and technical orientation in Turkey. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2015. [Internet]; 174: 3572 – 3576. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815011337>
- 66.** Kapborg, I. Nursing education in Sweden: development from vocational training to higher level education. Journal of Advanced Nursing. 1998. [Internet]; 27(2): 372-378. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1365-2648.1998.00517.x>
- 67.** White, K. Nursing as vocation. Nursing Ethics. 2002. [Internet]; 9(3): 279–290. Disponible en: <https://doi.org/10.1191/0969733002ne510oa>
- 68.** Miranda S, ME.; et al. Epistemology of nursing care: a reflection on its foundations. Epistemology of nursing care: a reflection on its foundations. Rev Bras Enferm. 2016. [Internet]; 69(6):1172-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0331>
- 69.** Carvalho V. Sobre constructos epistemológicos nas ciências – uma contribuição para a enfermagem. Rev. Latino-am Enfermagem. 2003.

- [Internet]; 11(4): 420-8. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a03.pdf>
- 70.** Carvalho V. Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca de significados e implicações da prática da enfermagem. Rev Latinoam Enfermagem. 2004. [Internet]; 12(5):806-15. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n5/v12n5a15.pdf>
- 71.** Carvalho, V. Enfermagem e historia da enfermagem: aspectos epistemológicos destacados na construção do conhecimento profissional. Esc. Anna Nery. 2007. [Internet]; 11(3): 500-508. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a16.pdf>
- 72.** Gómez R, OJ, Daza C LA, & Zambrano C, VM. Care perception in nursing students: characterization and impact for the formation and vision of professionals. av.enferm. 2008. [Internet]. 26(1): 85-96. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a09.pdf>
- 73.** Pires, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Rev. bras. enferm. 2009. [Internet]; 62(5): 739-744. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>
- 74.** Cruz E, B.; Brigolini PF, P.; & Iwata M, A. A ciência-ação: fundamentos filosóficos e relevância para a enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem. 2010. [Internet]; 19(1): 161-167. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71413596019>
- 75.** Irigibel U, X. Paradigmas de enfermería (no) posibles: La necesidad de una ruptura extraordinaria. 2010. Index Enferm. [Internet]; 19(4):274-278. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300009
- 76.** Irigibel U, X. La Racionalidad Medicalizadora: Contornos del pensamiento de la enfermería policíaca. Index Enferm. 2010. [Internet]; 19(2-3): 182-186. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200024

77. Carvalho, V. Sobre conhecimento geral e específico: destaque substantivos e adjetivos para uma epistemologia da Enfermagem. Esc. Anna Nery. 2007. [Internet]; 11(2): 337-342. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a24.pdf>
78. van Dijk, T. Ideología: una aproximación multidisciplinaria. Barcelona: Gedisa. 1998. 341 p.
79. Abell, J.; & Myers, G. Analyzing Research Interviews. En: Wodak, R.; & Kryzanowsky, M (Ed.). Qualitative discourse: Analysis in the Social Sciences. Hampshire, UK: Palgrave Macmillian. 2008. 145-159.
80. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución No.: 8430 de 1993. *“Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”* (Octubre 04). Bogotá D.C.: Ministerio de Salud. 1993. [Internet]; 19 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
81. González C, R.V. 92 años de enfermería en la Universidad Nacional de Colombia. Trayectoria con liderazgo de la enfermería...hacia el centenario. Av.enferm. 2012. [Internet]; 30(3): 143-149. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/39972/41872>
82. Turkel, M.; Fawcett, J.; Chinn, P. L.; Eustace, R.; Hansell, P. S.; Smith, M. C.; et al. Thoughts About Advancement of the Discipline: Dark Clouds and Bright Lights. Nursing Science Quarterly, 2018. [Internet]; 31(1): 82–85. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0894318417741121>
83. Brito B, P. R. Cuidadología: pensamientos sobre el nombre de nuestra disciplina. ENE, Revista de Enfermería. 2017. [Internet]; 11(2): 01

pantalla. Disponible en:

<http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/711/cuidadologia>

- 84.** Giddens, A. Modernidad e Identidad del Yo: El yo y la sociedad en la época contemporánea. (3ra Ed.). Barcelona: Península. 2000. 299 p.
- 85.** Lamo de Espinoza, E.; González G, J.M.; & Torres A, C. La sociología del conocimiento y de la ciencia. Madrid: Alianza Editorial. 1994. p. 54-61.
- 86.** Foucault, M. La arqueología del saber (2da Ed.). México: Siglo XXI Editores, 2014. 273 p.
- 87.** Searle, J.R. What is an speech act? Philosophy in America, London: Allen & Unwin, 1965. [Internet]; p: 221-39. Disponible en: https://www.open.edu/openlearn/ocw/pluginfile.php/610540/mod_resource/content/1/reading2.pdf
- 88.** República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Bogotá D.C.: Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, Ministerio de Salud y Protección Social. Serie: Paquetes instruccionales: Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Sin año. [Internet]; 94 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>
- 89.** Cubillos de Donoso, L (Compiladora). Enfermería: UN presente y futuro. Bogotá D.C.: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 1998. 83 p.

- 90.** González Consuegra, R.V. Enfermería UN: A un lustro del centenario. *Avances en Enfermería*. 2015. [Internet]; 33(3):420-433. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n3/v33n3a10.pdf>
- 91.** Velandia Mora, A.L. *Historia de la Enfermería en Colombia* (2da Edición). Bogotá D.C.: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; Editorial Unibiblos. 2016. 562 p.
- 92.** Álvarez Echeverri, T. *Escuela de Medicina de la Universidad de Antioquia: Ciencia y presencia en la historia, 1871-2016* (2da Edición). Medellín: Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. 2017. 528 p.
- 93.** Pérez G, M (Ed.). *El arte de curar: Un viaje a través de la enfermedad en Colombia 1898 – 1998*. Bogotá D.C.: Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollos – AFIDRO; I/M Editores, & Editorial Nomos. 1998. 322 p.
- 94.** Narro-Robles J. La herencia de Flexner: Las ciencias básicas, el hospital, el laboratorio, la comunidad. *Gac. Méd. Méx.* 2004. [Internet]; 140(1): 52-55. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000100009
- 95.** Menezes-Freire, M.A.; Teles-Morais, F.; Mendonça de Amorim, W.; & da Silva Júnior, O.C. As diretrizes do relatório Goldmark para a organização de um grupo subsidiário de enfermagem (1919 - 1923). *Cultura de los Cuidados*. 2007. [Internet]; 11(22): 40-49. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2007-n22-as-diretrizes-do-relatorio-goldmark-para-a-organizacao-de-um-grupo-subsidiario-de-emfermagem-1919-1923>
- 96.** Goldmark, J (Ed.). *Nursing and Nursing Education in the United States: Report of the Committee for the Study of Nursing Education*. New York, NY: The MacMillan Company. 1923. 614 p.

- 97.** Tradición y Poder. En: Medina Moya, J.L. Deseo de Cuidar y voluntad de poder: La enseñanza de la Enfermería. Barcelona: Universitat de Barcelona; & Publicacions I Edicions de la Universitat de Barcelona. 2005. p.: 117-154.
- 98.** Baumann, A.; & Blythe, J. Globalization of Higher Education in Nursing. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2008. [Internet]; 13(2): Manuscript 4, 01 pantalla. Disponible en: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No2May08/GlobalizationofHigherEducation.aspx>
- 99.** Carrillo A, A.J.; Martínez P, P.C.; & Taborda S, S.C. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. Rev Cubana Enferm. 2018, [Internet]; 34(2): 01 pantalla. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1522/358>
- 100.** Deverell, K.; & Sharma, U. Professionalism in everyday practice: Issues of trust, experience, and boundaries. En: Malin, N. (Ed.). Professionalism, Boundaries, and the Workplace. New York, NY: Routledge – Taylor & Francis Group. 2000. p.: 25-46.
- 101.** Ackroyd, S. Sociological and organisational theories of professions and professionalism. En: Dent, M.; Bourqueault, I.L.; Denis, J.I.; & Kuhlmann, E (Ed.). The Routledge Companion to the Professions and Professionalism. New York, NY: Routledge – Taylor & Francis Group. 2016. p.: 15-30.
- 102.** Robert, N. How artificial intelligence is changing Nursing. Nursing Management. 2019. [Internet]; 50(9): 30-39. Disponible en: https://journals.lww.com/nursingmanagement/Fulltext/2019/09000/How_artificial_intelligence_is_changing_nursing.8.aspx
- 103.** Ayala, R.A. Nursing as a Profession: Old tensions, new insights. En: Ayala, R.A. Towards a Sociology of Nursing. Singapore - Belgium:

Palgrave Macmillan – Springer Nature; Department of Sociology, Ghent University. 2020. p.: 9-25.

104. Masías-Núñez, R. Palabras graves, Palabras rebeldes: Léxico de la investigación en Ciencias Sociales. Bogotá D.C.: Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Ciencia Política, Universidad de los Andes. 2008. 352 p.
105. Dallairé, C. La difficile relation des soins infirmiers avec le savoir. Recherche en soins infirmiers. 2015. [Internet]; 2(121): 18-27. Disponible en: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-2-page-18.htm#>
106. Kuhn, T.S. La estructura de las revoluciones científicas (4ta Ed.). México: Fondo de Cultura Económica. 2013. 404 p.
107. Durán de Villalobos MM. Teoría de Enfermería ¿Un camino de herradura? Aquichan. 2007. [Internet]; 7(2): 161-73. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/110/221>
108. Forss, A.; Ceci, C.; & Drummod, J.S. Philosophy of Nursing: 5 questions. Copenhagen: Automatic Press. 2013. 272 p.
109. Mackay, M. Why nursing has not embraced the clinician--scientist role. Nursing Phil. 2009. [Internet]; 10(4): 287-296. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1466-769X.2009.00416.x>
110. Perry, D.J. Self-transcendence_Lonergan's key to integration of nursing theory, research, and practice. Nurs Phil. 2004. [Internet]; 5(1): 67-74. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1466-769X.2004.00166.x>

111. Birn, E.A.; & Richter, J. El filantropocapitalismo de los EUA y la agenda mundial de la salud: las Fundaciones Rockefeller y Gates, pasado y presente. *Medicina Social*. 2016. [Internet]; 11(3): 135-152. Disponible en: <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/971>
112. Takahashi, A. The Development of the Japanese Nursing Profession: Adopting and adapting western influences. New York, NY: RoutledgeCurzon – Taylor & Francis Group. 2004. RoutledgeCurzon Studies in the Modern History of Asia series. 234 p.
113. Wight, C. Post-Truth, Postmodernism and Alternative Facts. *New Perspectives*. 2018. [Internet]; 26(3): 17-29. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2336825X1802600302>
114. Llorente y Cuenca Ltda. UNO – Desarrollando ideas, La era de la “posverdad”: Realidad vs. Percepción. Madrid. 2007. [Internet]; (3)27: 60 p. Disponible en: https://www.revista-uno.com/wp-content/uploads/2017/03/UNO_27.pdf
115. Rojas Aguirre, L.E. Falsedad documental como delito de engaño. *Revista chilena de derecho*. 2014. [Internet]; 41(2): 523-554. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34372014000200006
116. González de Requena F, J. A. La conceptualización de la mentira en tiempos de la posverdad. *Universitas Philosophica*. 2019. [Internet]; 36(72): 97-123. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/unph/v36n72/0120-5323-unph-36-72-97.pdf>
117. Sagan, C. El mundo y sus demonios: la ciencia como una luz en la oscuridad. Bogotá: Editorial Planeta Colombiana. 2018. 493 p.

- 118.** Reyes Luna, J.; Jara Concha, P.; & Merino Escobar, J.M. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Cienc. Enferm.* 2007. [Internet]; 13(1): 45-57. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100006
- 119.** Gómez Ramírez, O.J.; Daza C, L.A.; & Zambrano Caro, V.M. Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería: caracterización e impacto para la formación y la visión del ejercicio profesional. *Avances en Enfermería.* 2008. [Internet]; 26(1): 85-96. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000100009
- 120.** Santos-Ruiz, S.; López-Parra, M.; Sánchez-Rueda, G.; Bardallo-Porras, L.; Fernández-Donaire, L.; et al. Modelos teóricos y estudiantes de enfermería: aspectos motivacionales para su elección durante las prácticas clínicas. *Educ. méd.* 2011. [Internet]; 14(2):119-127. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132011000200008
- 121.** Mondragón-Hernández, I.M.C.; & Sosa-Rosas, M.P. Experiencias de los alumnos en el Aprendizaje del Proceso de atención de enfermería. *Enferm. Univ.* 2019. [Internet]; 16(3): 249-258. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632019000300249&script=sci_arttext
- 122.** Rebolledo-Malpica, D. Enfermería según la perspectiva deconstructivista de Derrida. *Rev. Fac. Med.* 2019. [Internet]; 67(1): 91-96. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v67n1/0120-0011-rfmun-67-01-91.pdf>

- 123.** Kocaoğlu, M.; & Phillips, R. Exploring Caring Economies and Alleviating Suffering. En: Anderson, R.E. (Editor). Alleviating World Suffering: The Challenge of Negative Quality of Life. Switzerland: Springer Nature AG. 2017. Social Indicators Research Series, volume 67. p: 423-430.
- 124.** Kelley, T.L. The Impact of Women's Work on Gendered Health Inequities. Journal of Community Practice. 2016. [Internet]; 24(3): 333-346. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10705422.2016.1201562>
- 125.** República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación – DNP. Economía del cuidado: revisión de literatura, hechos estilizados y políticas de cuidado. Bogotá D.C.: Subdirección de Género, Dirección de Desarrollo Social, DNP. 2015. [Internet]; 32 p. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/4.%20Documento%20Preliminar%20Econom%C3%ADa%20del%20Cuidado.pdf>
- 126.** Dent, M. The United Kingdom and France: *Étatiste* Traditions. En: Remodelling Hospitals and Health Professions in Europe: Medicine, Nursing, and the State. New York, NY: Palgrave MacMillan Ltd. 2003. p: 76-110.
- 127.** Carson-Smith, W.Y.; & Nichols, B.L. Nursing Practice in the United States. En: Nichols, B.L.; & Davis, C.R. The Official Guide for Foreign-Educated Nurses: What You Need to Know About Nursing and Health Care in the United States. New York, NY: Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools - CGFNS International; & Springer Publishing Company. 2009. Chapter 7. p: 161-215.

- 128.** Santaemilia, J. La traducción hoy en día: retrato de una profesión feminizada. aspectos éticos y laborales. Rev. Transfer. 2020. [Internet]; 15(1-2): 207-232. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/transfer/article/view/30200#?>
- 129.** Pinzón-Estrada, C.; Aponte-Valverde, M.V.; & Useche-Morillo, M.L. ¿Sexismo en enfermería? Una mirada desde la perspectiva de género a roles feminizados como el cuidado. Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social. 2017. [Internet]; (23): 123-146. Disponible en: <http://revistapropectiva.univalle.edu.co/index.php/prospectiva/article/view/4590>
- 130.** Figueroa, J.G.; & Hernández, T. Hombres en profesiones de cuidado tradicionalmente feminizadas. Rev. Papeles de la Población. 2019. [Internet]; 25(100): 121-151. Disponible en: <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/9864>
- 131.** Kowalczyk, K.; Krajewska-Kułak, E.; & Sobolewski, M. Psychosocial Hazards in the Workplace as an Aspect of Horizontal Segregation in the Nursing Profession. Front Psychol. 2018. [Internet]; 2042. 01 pantalla. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.02042/full>
- 132.** Shannon, G.; Minckas, N.; Tan, D.; Haghparast-Bidgoli, H.; Batura, N.; & Mannell, J. Feminisation of the health workforce and wage conditions of health professions: an exploratory analysis. Hum Resour Health. 2019. [Internet]; 17:72. 16 p. Disponible en: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-019-0406-0>
- 133.** Thomas, C. De-constructing concepts of Care. Sociology. 1993. [Internet]; 24(4): 649-669. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0038038593027004006>

- 134.** Princeton, D.M. The Caring Phenomenon: A search for Absolute Good Caring. *International Journal of Humanities and Social Science*. 2015. [Internet]; 5(1): 211-219. Disponible en: http://www.ijhssnet.com/journals/Vol_5_No_1_January_2015/23.pdf
- 135.** Collière, M.F. *Promover la vida* (2da Ed.). México: McGraw-Hill, 2009. p: 61.
- 136.** República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1011 de 2006 *“Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”* (Abril 03). Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social. Diario Oficial No: 46230 (03.ABR.2006). [Internet]; 17 p. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

6. ANEXOS.

ANEXO A. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	I SEMESTRE 2019				II SEMESTRE 2019				I SEMESTRE 2020			
	Feb	Mar	Abr	May	Ago	Sep	Oct	Nov	Feb	Mar	Abr	May
Capítulo I 1. Marco de referencia												
1.1. Descripción del problema. Pregunta de investigación												
1.2. Justificación												
1.3. Objetivos 1.3.1. General 1.3.2. Específicos												
1.4. Delimitación 1.4.1. Espacial 1.4.2. Cronológico 1.4.3. Conceptual												

ACTIVIDADES	I SEMESTRE 2019				II SEMESTRE 2019				I SEMESTRE 2020			
	Feb	Mar	Abr	Ma y	Ag o	Sep	Oct	Nov	Feb	Mar	Abr	Ma y
Capítulo II 2. Marco Teórico												
2.1. Antecedentes 2.1.1. Legales 2.1.2. Históricos												
2.2. Bases teóricas												
Capítulo III 3. Diseño Metodológico												
3.1. Tipo de investigación												

3.2.Universo, población y muestra												
3.3.Técnicas de recolección												
3.4.Técnicas de análisis												
3.5.Consideraciones éticas												

ACTIVIDADES	I SEMESTRE 2019				II SEMESTRE 2019				I SEMESTRE 2020			
	Feb	Mar	Abr	May	Ag o	Se p	Oct	Nov	Feb	Mar	Abr	Ma y
Capítulo IV 4.Análisis de resultados												
4.1.Descripción de resultados												
4.2.Triangulación teórica												
4.3.Discusión de resultados												
4.4.Conclusiones												
4.5.Recomendaciones												
Bibliografía												
Anexos												

ANEXO B. PRESUPUESTO.

PRESUPUESTO Y FUENTES DE FINANCIACIÓN (Pesos Colombianos)		Valor (mensual)		Total Proyecto (12 meses)
		ESPECIE FUJNC	EFFECTIVO	
RUBROS				
PERSONAL		\$2.514.285	0	\$30.168.000
EQUIPOS	PC	\$1.500.000	0	\$1.500.000
MATERIALES E INSUMOS		\$1.000.000	0	\$1.000.000
SERVICIOS TECNOLÓGICOS – Bases de Datos		\$5.000.000	0	\$5.000.000
SALIDAS DE CAMPO			\$250.000	\$250.000
SOFTWARE – AtlasTi © <i>versión 6.2</i>		\$2.500.000	0	\$2.500.000
PUBLICACIONES		\$500.000	0	\$500.000
EVENTOS ACADÉMICOS		\$2.500.000	0	\$2.500.000
	SUBTOTAL	\$15.514.285	\$250.000	\$43.418.000
			TOTAL	

ANEXO C. FORMATO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Tópicos y preguntas simples para la realización de las Entrevistas
Semi-Estructuradas*

Datos Socio-demográficos.

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Fecha de nacimiento		
			D	M	A
Dirección:		Teléfono:			
Ciudad:	Localidad:		Barrio:		
Correo electrónico (e_mail)		Otros datos:			

NO OLVIDE GRABAR EN AUDIO A PARTIR DE ESTE MOMENTO LA ENTREVISTA

1. Experiencia personal como alguien que ayuda, trata, cuida, o asiste (CÓMO LO VIVEN).

EJEMPLOS DE PREGUNTA:

- ¿Por qué se identifica como un cuidador?
- ¿Qué hace usted en especial, para que se perciba a sí mismo como alguien que asiste – ayuda – cuida – y apoya? Describa las cosas que hace para asistir – ayudar – cuidar – apoyar – servir.
- ¿De qué manera lo perciben los demás cuando desarrolla sus actividades de asistencia – ayuda – cuidado- apoyo?

2. Conocimientos que necesita para ayudar, tratar, cuidar, o asistir (QUE SABEN).

EJEMPLOS DE PREGUNTA:

- ¿Qué conocimientos previos necesita usted para prestar su actividad de asistencia – ayuda – cuidado- apoyo?
- ¿Cómo aprendió estos conocimientos? ¿estos se basan en acciones, argumentos, creencias?
- ¿Qué es lo más fácil y lo más difícil de aprender para desarrollar su actividad de asistencia – ayuda – cuidado- apoyo?
- En su opinión: ¿las acciones de asistencia – ayuda – cuidado- apoyo pueden medirse? De responder afirmativamente, díganos como.
- ¿Qué aspectos, factores, características diferencian la ayuda/asistencia/cuidado en una perspectiva terapéutica y profesional? *(Por ejemplo: escuchar, educar, tratar personalmente, dedicar tiempo de compañía, comunicarse verbalmente, dar esperanza, ayudar a la toma de decisiones, mostrar respeto, dar apoyo, tratar por el nombre, ser honesto, confiar en el otro, hacer empatía, ser gentil, manejar equipos biomédicos, administrar dosis de medicamentos, entre otras).*
- ¿Asistir – ayudar – cuidar – apoyar son una acción comportamental, o psicológica, o de tareas/procedimientos?
- ¿En qué lugares y con qué recursos se da la asistencia – ayuda – cuidado– apoyo?

3. Actitudes frente a las necesidades, demandas, exigencias, o solicitudes de la persona que se está apoyando, ayudando, tratando, cuidando, o asistiendo (QUE SIENTEN).

EJEMPLOS DE PREGUNTA:

- ¿Cómo se siente y como afecta su vida personal su actividad de asistencia – ayuda – cuidado- apoyo?
- ¿La labor que usted desarrolla, en que se parece o en que es diferente a lo que hace un profesional de enfermería?
- ¿Lo ha atendido alguna vez un Profesional de Enfermería? ¿Cómo fue la experiencia, que cosas fueron importantes para usted, o cuales fueron aquellos sucesos que más recuerda?

4. Experiencias personales con profesionales o auxiliares de enfermería (¿Hay similitudes o diferencias entre Profesionales y Auxiliares?)

EJEMPLOS DE PREGUNTA:

- ¿En sus palabras: en Colombia cuál es la diferencia entre la labor de un profesional de enfermería, un auxiliar de enfermería, y otras

profesiones de la salud (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria, Trabajo Social)?

HASTA AQUÍ LLEGA LA GRABACIÓN DE LA ENTREVISTA

ANEXO D. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Bogotá D.C.: _____ de 2019.

Formato de consentimiento informado, Estudio: “Características socio-culturales del discurso acerca del acto de cuidado como fundamento epistemológico de la profesión de Enfermería en la ciudad de Bogotá D.C. (Colombia), 2019” [Ardila T, C.S.; Ariza C, LV.; Benito P, R.T.; & González B, D.C.].

Este estudio busca Identificar las características del discurso descritas para el acto de cuidado como fundamento epistemológico de la profesión de Enfermería, a partir de la experiencia de otros cuidadores identificados en la ciudad de Bogotá D.C – Colombia durante el segundo semestre de 2019.

Para ello, se pretende desarrollar entrevistas semiestructuradas en profundidad, las cuales se guiarán a través de un modelo general de temas y subtemas orientadoras; tras obtener la firma del respectivo consentimiento informado, se procederá a desarrollar la entrevista a profundidad; al tiempo de esta, se grabarán en audio las preguntas y respuestas hechas a los entrevistados con el fin de posteriormente, ser transcritas (formato mp3).

Su participación en el presente estudio es voluntaria y autónoma, de igual manera su vinculación al estudio no obedece a alguna obligatoriedad, se hace explicito que puede suspender su participación en el momento que desee; se hace constar que la intervención metodológica a desarrollar no implica ningún riesgo (físico o psicológico) para el participante, toda vez que la intervención planeada está enfocada solamente hacia la descripción de vivencias / experiencias sobre el desarrollo de actividades de asistir – ayudar – cuidar – apoyar a personas con alguna necesidad física, fisiológica, o psico-emocional. Las fases del estudio son:

- I. **Descripción de las ideas principales** (las cuales son referidas por el entrevistado).
- II. **Interpretación de las ideas unificadoras implícitas a la narrativa - Explicación** (análisis social del discurso, haciendo énfasis sobre los aspectos significativos de cada verbalización).
- III. **Transcripción y Codificación** Los registros transcritos se sistematizarán mediante la estructuración de códigos y de categorías, las cuales constituirán esquemas que impliquen Categorías Lingüísticas (CL), Grupos de actores (G), y la descripción de los constructos teóricos implícitos en las narrativas (TI), de acuerdo a los planteamientos relevantes sobre la metodología de Análisis del Discurso. Se apoyará este tratamiento de los datos a partir del Software Atlas Ti Versión 7.0).

Adicionalmente, la información recolectada solamente va a ser analizada por el director de la investigación, Profesor Luis Antonio Daza Castillo (C.C. 80.793.066 de Bogotá D.C.); para efectos de protección de la misma no se utilizará, ni se registrará el número personal de identificación (número de cedula) de los/las participantes, ni su nombre completo, ni ningún otro dato de identificación personal que pueda vulnerar el anonimato de los participantes (Ley de Habeas Data, Ley 1581 de 2012).

Si los participantes de la investigación lo solicitan, se ofrecerá al final del estudio, retroalimentación respecto a los resultados del mismo. Se deja claro que el investigador principal se encuentra en la obligación de explicar de manera clara a los participantes cada uno de los aspectos relacionados con este estudio; los participantes tendrán la posibilidad de resolver todas sus dudas antes, durante y después de la aplicación de las pruebas. Se prevé que cada una de las entrevistas desarrolladas en

este estudio tengan una duración aproximada de una hora, dentro de los cuales se espera profundizar aspectos perceptuales y actitudinales sobre el ejercicio particular y subjetivo del acto de cuidado – servicio – asistencia - apoyo.

I. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

YO: [_____] declaro que [el Dr. _____] me invitó a participar del estudio [Características del discurso acerca del acto de cuidado como fundamento epistemológico de la profesión de Enfermería en la ciudad de Bogotá D.C.].

Al mismo tiempo se me informó que [_____] es el investigador responsable y sus datos de contacto son [Luis Antonio Daza Castillo, Teléfono: 3007057925, Correo luis.daza@juanncorpas.edu.co]

También se me explico que soy libre de negarme a participar en este estudio, Sin justificación y sin comprometer la calidad de los cuidados que me son dispensados.

Puedo interrumpir mi participación en cualquier momento, incluso después de haber firmado. en cuyo caso informaré sobre eso al médico responsable

Los datos sobre mi estado de salud, mis costumbres de vida y mi situación administrativa permanecen estrictamente confidenciales y pueden ser consultadas sólo por el personal de salud que me sigue y sus colaboradores, por personal autorizada y en todo caso están obligadas al secreto profesional.

He sido también informado que mis datos personales serán hechos anónimos, antes de ser integrados en un informe o una publicación científica.

Participante:

Nombre	Documento de identidad	Firma
_____	_____	_____

Investigador:

Nombre	Documento de identidad	Firma
_____	_____	_____

Relación con el participante:

ANEXO E. REVISIÓN DE COMPETENCIAS GENÉRICAS, TEÓRICAS Y PRÁCTICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA.

Competencias Genéricas disciplinares del Profesional de Enfermería.

I-A COMPETENCIAS INTERPRETATIVAS	NÚCLEOS TEMÁTICOS SIGNIFICATIVOS
<p>Interpretar implica:</p> <p>Dialogar, relacionar y confrontar significados, con el fin de encontrarle sentido a un texto, una proposición, un problema, gráfico, mapa o esquema, plantear argumentos en pro o en contra de una teoría o propuesta, justificar una afirmación, explicar los por qué de una proposición, demostrar la articulación de conceptos, teorías o partes de un texto que fundamenten la reconstrucción global del mismo, organizar premisas y relaciones causales para sustentar una conclusión.</p>	<p>Filosóficos, epistemológicos y teóricos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sujeto de Cuidado: Persona, familia, colectivos. <p>En sus campos de acción:</p> <p>Biológica, psicológica, social, ética, política, cultural, histórica, espiritual, económica, estética, histórica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vida. • Salud: enfoques: salutogénico, patogénico. • Contextos sociopolítico y económico: nacional e internacional. • Cuidado de la vida y la salud. • Promoción de la salud. • Servicio de enfermería. • Modelos y Teorías de enfermería. • Métodos para la intervención de enfermería.

I-B COMPETENCIA ARGUMENTATIVA	ARGUMENTOS A LOS NUCLEOS TEMATICOS SIGNIFICATIVOS
<p>Argumentar es:</p>	<p>Exposición de las o la tesis presentarla(s) claramente en favor o en contra de marcos</p>

<p>Profundizar, asumiendo un punto de vista coherente y riguroso ante una temática o problemática, a través de conceptualizaciones, procedimientos y actitudes. Incluye una dimensión ética importante al constituirse en una invitación a la participación del otro, caracterizada por el respeto y la tolerancia mutua.</p>	<p>filosóficos, epistemológicos y teóricos relacionadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sujeto de Cuidado: Persona, familia, colectivos. En sus campos de acción: biológica, psicológica, social, ética, política, cultural, histórica, espiritual, económica, estética, histórica. • Vida. • Salud: enfoques: salutogénico, patogénico. • Contextos sociopolítico y económico, Nacional e Internacional. • Cuidado de la vida y la salud. • Servicio de enfermería. • Modelos y Teorías de enfermería. • Métodos para la intervención de enfermería. <p>Presentación de argumentos:</p> <p>Compuestos por una afirmación o conclusión y unas premisas o razones que los sustentan, relacionados con la tesis planteada.</p> <p>Estructura argumentativa:</p> <p>Organización coherente siguiendo un plan o eje argumental.</p> <p>Consistencia en los términos:</p>
---	--

	<p>Los conceptos básicos empleados no deben resultar contradictorios o confusos.</p> <p>Adecuación al auditorio:</p> <p>Anticipar el tipo de interlocutor, lo que supone seleccionar el léxico, las demostraciones y los modos de argumentar.</p> <p>Nexos argumentales:</p> <p>Existencia de vínculos explícitos entre los diferentes argumentos.</p>
--	--

I-C COMPETENCIA PROPOSITIVA	COMPETENCIAS DISCIPLINARES
<p>Proponer:</p> <p>Implica asumir una postura constructiva y creativa, plantear opciones o alternativas ante la problemática presente en un texto o situación determinada.</p> <p>Son acciones propositivas, entre otras: resolver problemas, elaborar hipótesis y argumentos, construir mundos posibles, regularidades, explicaciones y generalizaciones, presentar alternativas ante la confrontación de perspectivas, la solución de conflictos sociales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en la formulación, diseño, implementación y control de las políticas de salud y de enfermería. • Establecer y desarrollar políticas y modelos de cuidado de enfermería en concordancia con las políticas nacionales de salud. • Diseñar y aplicar criterios y estándares de calidad. • Dirigir los servicios de salud y de enfermería. • Dirigir instituciones y programas de salud y de enfermería. • Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia. • Realizar asesorías y consejerías.

Competencias del Profesional de Enfermería a nivel Clínico-asistencial.

No.	Enfoque de la Competencia
II – 1	Signos Vitales
1-1	Cuantificar la temperatura corporal.
1-2	Reducir la hipertermia.
1-3	Cuantificar la frecuencia cardiaca mediante palpación digital.
1-4	Cuantificar la frecuencia cardiaca por la vía apical.
1-5	Valorar la respiración.
1-6	Cuantificar la Presión Arterial.
II – 2	Valoración del Estado Inicial de Salud
2-1	Desarrollar una entrevista general de salud.
2-2	Aplicar una escala de valoración.
2-3	Valorar la piel, el cabello y las uñas.
2-4	Valorar cabeza y cuello.
2-5	Valorar tórax y pulmones.
2-6	Valorar el Sistema Cardiovascular.
2-7	Valorar el abdomen.
2-8	Valorar los sistemas neurológico, músculo-esquelético, y vascular periférico.
II – 3	Seguridad Clínica
3-1	Prevención de caídas.
3-2	Implementar alternativas para el uso de inmovilizadores.
3-3	Aplicar una inmovilización.
3-4	Inmovilizaciones del hemicuerpo superior.
3-5	Inmovilizaciones del hemicuerpo inferior.
3-6	Registro y sistematización del cuidado en plataformas

	informáticas de gestión de las atenciones en salud (Historia Clínica).
II – 4	Bioseguridad y Control de Infecciones
4-1	Desarrollar lavado clínico de manos (con agua y solución jabonosa).
4-2	Desarrollar higienización de manos con alcohol glicerinado.
4-3	Preparar el área limpia para un procedimiento.
4-4	Preparar el campo estéril.
4-5	Colocar y retirar los guantes limpios.
4-6	Colocar y retirar los guantes estériles.
4-7	Uso de los elementos de protección personal.
II - 5	Administración de Medicamentos
5-1	Administración de medicamentos por la vía oral (VO).
5-2	Administración de medicamentos por la Sonda Nasogástrica – Orogástrica.
5-3	Administración de medicamentos por la vía parenteral (IV).
5-4	Administración de medicamentos por la vía intra-dérmica (SC).
5-5	Administración de medicamentos por la vía Intra-Muscular (IM).
5-6	Administración de Insulinas.
5-7	Manejo de los líquidos y fluidos.
5-8	Administración del bolo endovenoso por la línea IV.
5-9	Manejo de la Bomba de Infusión (tipos y velocidades de goteo).
5-10	Administración de parches cutáneos.
5-11	Aplicación de medicamentos intra-oftálmicos.
5-12	Administración de irrigaciones de oído.
5-13	Administración de gotas nasales.
5-14	Administración de medicamentos por la vía intra-vaginal.
5-15	Administración de medicamentos por la vía intra-rectal.
5-16	Administración de medicamentos por la vía inhalada.

5-17	Administración de micro nebulizaciones.
5-18	Evaluación y gestión de la pertinencia, disponibilidad y oportunidad de la prescripción, dispensación, y administración del medicamento.
II – 6	Protección en el Ciclo Perioperatorio
6-1	Atención preoperatoria del paciente hospitalizado.
6-2	Ejercicios de respiración profunda para la prevención de atelectasias.
6-3	Ejercicios de las extremidades inferiores para la prevención de Trombosis Venosa Profunda (TVP).
6-4	Preparación pre-anestésica.
6-5	Cuidados y observación del paciente postquirúrgico inmediato.
II – 7	Higiene
7-1	Técnicas de baño en cama.
7-2	Asistencia del cuidado oral del paciente encamado.
7-3	Movilización del paciente en cama.
7-4	Técnicas de afeitado del vello facial y corporal.
7-5	Cuidados post-mortem.
II – 8	Integridad y Cuidado de la Piel
8-1	Limpieza de la herida, y aplicación de apósitos.
8-2	Aplicación de apósitos hidrocoloides.
8-3	Irrigación de la herida.
8-4	Toma de cultivo de la herida.
8-5	Cuidados del dren de Penrose.
8-6	Cuidado del Dren de Tubo en T.
8-7	Cuidado del Dren de Jackson-Pratt.
8-8	Cuidado del drenaje a Hemovac.
8-9	Aplicación de presión negativa al sitio de herida.
8-10	Remoción de suturas quirúrgicas.
II – 9	Actividad física

9-1	Asesoría al paciente para la movilidad en cama.
9-2	Movilización del paciente en cama con ayuda de otra enfermera.
9-3	Movilización del paciente de la cama a la silla.
9-4	Asesoría en la movilización con bastón y muletas.
9-5	Uso y retiro de las medias de compresión antiembólicas.
9-6	Cuidado del paciente con elementos de tracción osteo-articular.
II – 10	Confort
10-1	Promueve confort al paciente.
10-2	Realiza masaje muscular relajante.
10-3	Mantiene efectivamente la terapia analgésica.
10-4	Protege y mantiene la analgesia epidural.
10-5	Minimiza y mejora el dolor asociado a heridas cutáneas.
II – 11	Nutrición
11-1	Valoración de las necesidades nutricionales del paciente.
11-2	Inserción de la Sonda Nasogástrica.
11-3	Colaboración en la inserción de la Sonda nasogástrica con punta de Tungsteno.
11-4	Retiro de la sonda vesical.
11-5	Cuidados de la Sonda Nasogástrica.
II - 12	Eliminación urinaria
12-1	Apoyo en el uso del orinal.
12-2	Inserción del catéter vesical intermitente (Mujer).
12-3	Inserción del catéter vesical intermitente (Hombre).
12-4	Inserción el catéter vesical permanente (Mujer).
12-5	Inserción el catéter vesical permanente (Hombre).
12-6	Retiro del catéter permanente.
12-7	Aplicación de la irrigación vesical.

12-8	Cuidados del catéter suprapúbico.
12-9	Cuidados del catéter peritoneal.
12-10	Cuidados de la Fístula Arterio-venosa.
II – 13	Eliminación intestinal
13-1	Administración del enema intra-rectal de limpieza.
13-2	Administración del enema intra-rectal de retención.
13-3	Remoción intestinal de heces impactadas.
13-4	Limpieza y reemplazo de la bolsa colectora de ostomía.
13-5	Irrigación de colostomía.
II - 14	Oxigenación
14-1	Medición de la saturación de oxígeno con pulsí-oxímetro portátil.
14-2	Enseñanza sobre el uso del inspirómetro incentivo.
14-3	Administración de oxígeno por cánula nasal.
14-4	Administración de oxígeno con sistemas de alto flujo.
14-5	Succión de las vías nasofaríngea y orofaríngea.
14-6	Inducción de la relajación – sedación para la intubación orotraqueal.
14-7	Cuidados del tubo a tórax con drenaje.
14-8	Uso de la bolsa de resucitación con máscara y reservorio de CO ₂ (no re-inhalación).
II - 15	Manejo de los líquidos, electrolitos, y del equilibrio ácido-base.
15-1	Obtención del acceso venoso periférico para la administración de líquidos endovenosos.
15-2	Cambio de los líquidos, y reprogramación de las velocidades de infusión.
15-3	Monitoreo del acceso venoso y de su infusión.
15-4	Cambio del apósito de fijación del acceso venoso.
15-5	Finalización de la infusión de líquidos IV.

15-6	Administración endovenosa de hemoderivados.
15-7	Cambio, limpieza y cuidado de la fijación del acceso venoso central.
15-8	Curación del catéter implantable.
15-9	Retiro y cultivo del catéter venoso central.
II - 16	Asistencia y mantenimiento Cardiovascular
16-1	Realización e interpretación preliminar del Electrocardiograma (EEC).
16-2	Obtención de la muestra de sangre arterial a partir del catéter venoso central.
16-3	Retiro de la línea arterial.
16-4	Ejecución del algoritmo de reanimación cerebro – cardio – pulmonar básica y avanzada (Soporte Básico Vital y Avanzado).
16-5	Aplicación del Cardio-desfibrilador automático externo.
II - 17	Asistencia y mantenimiento Neurológico
17-1	Monitoreo del estado neurológico (Escala de Glasgow).
17-2	Aplicación del Collar Cervical de Philadelphia.
17-3	Manejo y mitigación de los riesgos asociados a los episodios convulsivos.
17-4	Cuidado de la persona con ventriculostomía externa (catéter interventricular con sistema cerrado de llenado).
17-5	Cuidado del paciente con inserción de Catéter Intracraneal de fibra óptica (monitoreo de la presión intracraneal).
II - 18	Toma de Muestras de Laboratorio
18-1	Sangre oculta en heces.
18-2	Examen Coprológico.
18-3	Obtención de muestra de sangre capilar para la medición de glucosa en sangre.
18-4	Obtención de hisopado orofaríngeo.
18-5	Recolección de muestra de orina para uroanálisis y urocultivo.

18-6	Recolección de muestra de orina para uroanálisis con cateterismo uretral intermitente.
18-7	Venopunción para análisis de sangre (cuadro hemático, pruebas de coagulación, química sanguínea, otros).
18-8	Venopunción para hemocultivo.
18-9	Venopunción en arteria, para prueba de Gases Arteriales.
II - 19	Gestión Hospitalaria
19-1	Diseñar e implantar planes estratégicos para los de Enfermería.
19-2	Profesionalizar la gestión de los coordinadores de Departamento de Enfermería, y de su personal delegado en pro de la gestión hospitalaria.
19-3	Evaluar la gestión financiera asociada al Cuidado provisto de Enfermería, orientado a resultados.
19-4	Utilizar de forma efectiva indicadores financieros, de gestión, de impacto, de producción de servicios y de calidad para la toma de decisiones.
19-5	Mejorar la calidad clínica de los servicios de Enfermería, mediante la aplicación de protocolos y la implementación de modelos de auditoría de los servicios clínicos.
19-6	Contratar profesionales de enfermería y auxiliares, integrándolos en tareas y responsabilidades frente a la productividad y los resultados en oportunidad y calidad de la atención.
19-7	Aumentar la productividad y la calidad de la atención.
19-8	Aportar a los procesos de habilitación y certificación de los servicios claves del hospital donde enfermería ejerce funciones.
19-9	Desarrollar y estimular el mantenimiento de programas de capacitación, programas de mejora del ambiente de trabajo, y de participación del recurso humano de enfermería en equipos de trabajo responsables de los servicios; Promocionar la oferta de incentivos.
19-10	Evaluar la satisfacción del usuario interno y externo, y dar respuesta oportuna y efectiva a las peticiones, quejas y sugerencias tanto en el campo clínico como administrativo.

19-11	Publicar los indicadores de desempeño de cada Coordinación y del Departamento de Enfermería, visibilizando logros, retos, y oportunidades de mejora que fortalezcan el desempeño.
19-12	Administrar y regular las interconsultas interprofesionales de que requiere el sujeto de cuidado, en función del criterio del equipo de salud, así como de los principios de Universalidad, Oportunidad, Calidad, e Integralidad.

Competencias del Profesional de Enfermería a nivel Administrativo-Gerencial.

1. Capacidad de Liderazgo.
2. Racionalidad para la óptima toma de decisiones.
3. Fluidez en la comunicación asertiva.
4. Facilidad para el trabajo colaborativo, la organización de equipos de trabajo, y la cooperación inter-profesional.
5. Habilidad para la evaluación y regulación de los costos y los resultados.
6. Capacidad de síntesis, documentación, y de gestión administrativa (basada en sistemas de gestión de la calidad).
7. Habilidad para la incorporación de prácticas exitosas de gestión (Práctica Basada en la Evidencia - PBE).

Competencias del Profesional de Enfermería a nivel Comunitario-Salud Pública.

1. Control y prevención de enfermedades transmisibles;
2. Promoción de la salud y prevención de enfermedades;
3. Promoción de la salud materna, infantil y adolescente;

4. Prevención del abuso y abandono de niños, ancianos y cónyuges;
5. Detección de alcance, manejo de casos, coordinación y evaluación de recursos, y entrega y evaluación de la atención para individuos, familias y comunidades;
6. Evaluación física, mental y de desarrollo del niño y del adulto;
7. Vigilancia y epidemiología: enfermedades crónicas y transmisibles;
8. Conceptos y aplicación de la enfermería multicultural (transcultural);
9. Metodologías de investigación epidemiológica y de manejo y sistematización de estadísticas;
10. Conceptos y estrategias de enseñanza conceptos y estrategias de control y mantenimiento de la salud;
11. Práctica basada en la población: evaluación y desarrollo de colaboración comunitaria a nivel de sistemas, comunidad y familia / individuo;
12. Evaluación de las necesidades de salud de los individuos y las familias, para incluir el medio ambiente y las intervenciones a lo largo de la vida;
13. Asuntos legales y de financiamiento de la gestión de la salud pública/comunitaria;
14. Violencia familiar, por ejemplo, abuso de niños, adultos, domésticos, ancianos, etc., prevención, detección, intervención, tratamiento y requisitos de informes por parte de las autoridades competentes;

15. Gestión de casos / coordinación de la atención extramural;

16. Preparación, mitigación y respuesta ante emergencias.

Competencias del Profesional de Enfermería a nivel Docente-investigativo.

1. Delimita problemas de investigación básica o aplicada, a partir de la síntesis de la evidencia;
2. Identifica vacíos del conocimiento de enfermería y de las ciencias de la salud, pertinentes, originales, viables y significativos para la profesión.
3. Aporta al desarrollo de conceptos, teorías, instrumentos, técnicas, herramientas, software, hardware (entre otros), que permitan proveer cuidado de enfermería, óptimos, adecuados, oportunos, eficientes y de calidad.
4. Genera saberes prácticos que explican, predicen y controlan desenlaces en salud, en los ámbitos de acción clínico-asistencial, comunitario-salud pública, y administrativo-gerencial.
5. Garantiza la integridad ética, así como la originalidad, rigurosidad, y significancias social y disciplinar del trabajo investigativo.
6. Evalúa y sintetiza la mejor evidencia del conocimiento disponible, para incorporarla de forma gradual y factible a la práctica de enfermería, de acuerdo a sus grados de evidencia.
7. Desarrolla y amplía cognoscitivamente, los dominios conceptuales y teóricos que componen el lenguaje

estandarizado de enfermería, así como sus mecanismos de implementación a la praxis.