



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DOCTORADO EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA

**Relaciones de poder al interior y el entorno en que
labora el personal de enfermería: aportes y
obstáculos para su desarrollo profesional**

TESIS

para obtener el grado de
Doctor en Ciencias en Salud Colectiva

PRESENTA:

Mtro. Silvino Arroyo Lucas

Director de Tesis

Dr. Edgar Carlos Jarillo Soto

Enero de 2023

DEDICATORIAS

Las ideas centrales, así como algunas ideas textuales de esta dedicatoria y agradecimientos se retoman de la tesis de maestría, debido a que los sentimientos no cambiaron demasiado, solo algunos nombres.

A MI ESPOSA

Gracias por el apoyo incondicional que me has brindado para alcanzar esta y otras metas. Gracias por ser, por estar aquí y ahora; gracias por compartirme parte de tu vida, por enseñarme que uno puede lograr lo que quiere y por el tiempo que me regalas. Este trabajo es un logro compartido.

A MIS HIJOS

Gracias por su comprensión y por darme el tiempo que, originalmente, yo les debí dedicar a ustedes. Han crecido y les repito lo que les dije de niños: “nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber” (Albert Einstein).

A MI PADRE, HERMANOS Y HERMANA

Este trabajo también es el fruto de sus enseñanzas; gracias por haber forjado en mí un carácter de lucha y esfuerzo para lograr los objetivos deseados.

AGRADECIMIENTOS

A mi director de tesis, Dr. Edgar Carlos Jarillo Soto, por su apoyo y dedicación en la dirección de esta tesis; al equipo docente del doctorado, por siempre dar lo mejor de sí; a los compañeros de generación, porque nos convertimos de compañeros a amigos y familia. Al Dr. Fernando Austria Corrales, por su amistad y por siempre estar presente cuando requiero una asesoría.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por promover y estimular el desarrollo de la ciencia, así como por el apoyo económico que me brindó para estudiar el doctorado.

Al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, por permitirme llevar a cabo el trabajo de investigación en sus instalaciones con parte de su equipo de trabajo. Muchas gracias, compañeras enfermeras, que incondicional y voluntariamente decidieron participar en este trabajo de investigación; omitiré sus nombres por el anonimato que me comprometí a mantener, pero les agradezco con el corazón sus enseñanzas.

Un agradecimiento especial a mi familia del DECE; Angi, Pati, Liz, Moni, Eli, Cristi, Irving, Rosy Oros, Miss Rosy, Darling y Érica. Muchas gracias por su apoyo en este y en todos los proyectos en los que hemos caminado juntos.

Muchas muchas gracias a todos y todas por haber caminado juntos durante una parte de la vida.

Tabla de contenido

Introducción	6
Primera parte: Lo concreto real	
Capítulo 1. El problema de investigación	11
Capítulo II, Preguntas y objetivos de la investigación	23
Segunda Parte: Los referentes	
Capítulo III, Marco teórico	
• III.1 Niveles de análisis	24
• III.2 Relaciones de poder	29
• III. 3 Poderes macro	30
➤ III.4 Biocapital	31
➤ III.5 Políticas de Salud	32
➤ III. 6 Seguridad del paciente	33
➤ III. 7 Instituciones	34
• III. 8 Microfísica del poder	35
➤ III. 9 Poder simbólico	37
• III. 10 El Estado, sus limitaciones y sus estrategias	40
• III.11 Genero y clase	41
➤ III.12 Clase alta y poder protector	42
• III.13 Desarrollo profesional de enfermería	45
➤ III.14 Autonomia en enfermería	45
➤ III.15 Emancipación o liderazgo	46
Capítulo IV. Aproximaciones metodológicas	48
➤ IV.1 Selección de informantes	48
➤ IV.2 Técnica e instrumentos de investigación	49
➤ IV.3 Análisis	51
Tercera Parte: La reconstrucción de lo real	
Capítulo V. Resultados y análisis	53
➤ V.1 Poder político	53

➤ V.2 Poder económico	59
➤ V.3 Poder ideológico	65
➤ V.5 Desarrollo de la profesión	71
➤ V.4 Autonomía	78
Capítulo VI. Discusión	82
Capítulo VII. Conclusiones	84
➤ VII.1 Limitantes del estudio	89
➤ VII.2 Líneas de investigación para el futuro	90
Bibliografía	91
Anexos	
Anexo1. Operacionalización de categorías	97
Anexo2. Entrevistas semi-estructurada	103

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación indaga en los procesos de construcción y legitimización de las relaciones de poder, como acciones inherentes a las actividades humanas, y en cómo estas se vinculan al interior y en el entorno en el cual labora el personal de enfermería, para obstaculizar o favorecer su desarrollo profesional. La mirada se desarrolló desde el ámbito de la salud colectiva y constituye un acercamiento para comprender las posibles explicaciones que sostiene la reproducción de las estructuras sociales en una institución, en donde el personal de enfermería adquiere singularidad, como un personaje que otorga cuidados a las necesidades de salud y problemas de enfermedad de una parte de la población de un país.

Desde el planteamiento teórico y filosófico, se retoman las ideas centrales de Karl Marx, Michel Foucault, Louis Althusser y Pierre Bourdieu. Desde Marx, se intenta explicar cómo la sociedad, la economía y la política avanzan a través de la dialéctica de la lucha de clases, en donde el capital, a partir del modo de producción, determina el pensamiento y las ideas. Desde la teoría de Foucault se destacan dos ideas; la primera es el uso de los micropoderes que operan de manera silenciosa y circulan en el orden social a partir del Estado, la escuela, la iglesia, la institución y las profesiones, la segunda idea es la implementación de la resistencia como proceso de creación y de transformación. De Althusser se rescatan los principios de la reproducción ideológica a través de las instituciones educativas para el aseguramiento de las condiciones de dominación de clase. Finalmente, a partir de la perspectiva de Bourdieu, se retoman los conceptos teóricos de *habitus*, campo y capital, de este último, se considera lo relacionado al aspecto económico, cultural, social y simbólico. Desde el *habitus* se deja ver que la forma de actuar, pensar y sentir de la persona está originada por la posición que ocupa en la estructura social y, con relación al campo, se retoma el espacio como el sistema de relaciones que posiciona a las personas en función de sus capitales.

Desde las relaciones estructurales que determinan el orden y atraviesan la vida de enfermería, se consideraron de lo Internacional a lo local, los aspectos económicos, políticos e ideológicos, de ahí la importancia de analizar los procesos que ocurren en el macrosistema, mesosistema y microsistema. Al respecto, se destacó la participación del Estado, por ser este quien tiene los privilegios de propiciar y coordinar las acciones de legitimar de manera legal, o a través de sus instituciones y el aparato burocrático, las políticas Nacionales en torno a objetivos específicos Internacionales.

En la operación se enmarcó la profesión de la enfermería y a las personas identificadas por su formación y práctica en el ámbito hospitalario, este, como espacio directo del ejercicio, de donde emergen las relaciones de poder y dominio, así como de resistencia y emancipación en tanto procesos dinámicos de las relaciones profesional e interprofesionales. Para identificar las relaciones de poder se buscó comprender a través del discurso del personal de enfermería los mecanismos utilizados, porque son ellas, las enfermeras como personajes con capacidad, quienes tienen “cierto control” para legitimar o anular prácticas, ideas, pensamientos y otros elementos útiles para la construcción de la identidad y del desarrollo profesional de enfermería.

La construcción de los capítulos se realizó de la siguiente manera: en el capítulo uno se introduce con un acercamiento que explica cómo surgen las relaciones del poder económico dentro del Estado y los elementos de resistencia entre los grupos productivos, con la intención de favorecer el desarrollo de los trabajadores, aunque en ocasiones se genere adversidad debido a que, lejos de favorecer su desarrollo, se aplican sistemas de capacitación para potenciar trabajadores más especializados, con el fin de obtener una mejor fuerza de trabajo productiva, sin modificar las relaciones sociales subordinadas.

Se identifica, además, la forma de actuación del poder económico en el mercado laboral, y su impacto en los trabajadores de la salud, así mismo, se expone cómo la profesión de enfermería ingresa, desde su origen, como una labor no valorada profesionalmente por su condición social; así entra al mercado intercambiando solo su

servicio por un salario, en muchos casos, bajo condiciones precarias de trabajo. Por ende, el conjunto de relaciones y situaciones donde operan y se desarrollan los enfermeros no ha permitido, en lo general, una visibilidad autónoma en los escenarios políticos del sistema de salud, y se ha circunscrito a concebirle como un componente indispensable, pero ideológicamente subordinado y dependiente en la atención médica, con modelos de pensamiento alineados a posturas institucionales, por ejemplo, de género, al visualizar a la mujer (enfermera) en una posición de subordinación a la del hombre (médico); esta perspectiva es relevante en tanto que el campo de enfermería era principalmente ocupado por mujeres desde su inserción al ámbito de la salud, en donde el aspecto educativo no ha sido prioritario para impulsar su autonomía y se ha potenciado con el fin de articularlo más al desarrollo tecnológico que al del propio ser humano.

Asimismo, se analiza el caso del personal de enfermería en Estados Unidos y Brasil, y se expone que, si se siguen las recomendaciones, al contar con enfermeras preparadas se generan avances para la profesión en términos de crear puestos de liderazgo, participación en políticas, producción de conocimiento y producción de espacios de difusión de la práctica profesional.

Se exponen las carencias en infraestructura física, insumos y personal en las instituciones de salud, en donde, a pesar de estas condiciones, en un discurso centrado en la calidad se aplica un doble o triple esfuerzo por parte de la enfermería para cumplir con las políticas de salud. Finalmente, en este capítulo se presenta la legalidad y legitimada del médico en el hospital, así como la protección de su hegemonía por parte del Estado.

En el capítulo dos se exponen las preguntas y objetivos de investigación, así como el marco de referencia que permite visualizar el enfoque analítico a utilizar para identificar las relaciones de poder y analizarlas en su posible contribución u obstáculo para el desarrollo de la profesión de la enfermería.

En el capítulo tres se define el concepto de relaciones poder y las diferentes formas en las cuales se presenta en lo cotidiano dentro de las organizaciones laborales de salud públicas o privadas, en el Estado y en el contexto Internacional. Se analizan las relaciones de poder opresoras, las protectoras, los poderes macro, la microfísica, las simbólicas, las económicas, las políticas, las ideológicas, las de género y clase, el desarrollo, autonomía y la emancipación de la profesión de la enfermería.

En el capítulo cuatro se presentan las aproximaciones metodológicas, en donde se argumenta la importancia de la postura cualitativa y el análisis del discurso como el referente teórico, aplicable, entre otros estudios, a los enfoques sociales, políticos y a las relaciones de grupos. También se describen algunas características de los informantes, la técnica e instrumento de investigación, la forma en la que se realizó el análisis, buscando actos repetidos no aislados, actitudes indicadoras de uso del poder que evidencien dominación y conceptualización de las enfermeras, prejuicios y/o reconocimientos y naturalidad de quien tiene el poder. En este capítulo se reconoce que, en este tipo de trabajos, se dan interpretaciones de los actores sobre el significado de prácticas, acciones sociales y concepciones en los procesos subjetivos.

En el capítulo cinco se presentan los resultados obtenidos y se organizan de acuerdo con el tipo de ejercicio de poder: político, económico, ideológico, desarrollo profesional y autonomía. Se muestran las evidencias que denotan los diferentes tipos de ejercicio de poder y se identifica cuáles contribuyen u obstaculizan al desarrollo de la enfermería como profesión.

En el capítulo seis se hace un resumen de los hallazgos más importantes en donde se discuten las implicaciones de los resultados obtenidos, para derivar en el capítulo siete con algunas conclusiones y recomendaciones dirigidas a favorecer el desarrollo de la enfermería como profesión. Finalmente se exponen las limitantes del estudio y las líneas de investigación para el futuro.

CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Trabajo y capacitación como medio de producción del capital

Desde que el ser humano vive en sociedad ha construido sus definiciones, reglas, acciones e ideas, las cuales mantienen su organización, con mecanismos creados generalmente por los más fuertes, los que están legítima o ilegítimamente al frente del grupo, para ejercer un control sobre la creación realizada por el mismo ser humano colectivo. Así, con el transcurrir de la historia, cada sociedad modifica o legitima su proceso de organización, si esto último sucede, cada integrante de manera consciente o inconsciente ejerce una presión en lo individual o en grupos para afianzar la organización lograda. Por ello, cada nuevo integrante en la organización llega a un ambiente que concibe como parte de una normalidad.

En la edad moderna, desde los elementos de trabajo, como organizaciones configuradas en dinámicas seguidas por las sociedades, se observa que, a partir de las relaciones de producción capitalistas, el trabajo se organiza con subordinación y dependencia de los obreros en trabajos especializados, así, se transita de la relación entre oficios a la relación entre trabajadores y patrones que subordinan las relaciones de trabajo en procesos especializados, con lo cual se ejerce un poder de dominación para el funcionamiento del capital (Baran y Sweezy, 2006, p. 143).

En estas relaciones el capital no trabaja solo, actúa sobre el Estado y sus instituciones de manera sutil, promoviendo su capacidad de mercantilización e impregnando hasta el fondo su esencia.

Y no porque el orden económico, una vez establecido, hubiera colonizado, reeducado y convertido a su gusto el resto de la vida social, sino porque ese orden llegó a dominar la totalidad de la vida humana, volviendo irrelevante e inefectivo todo aspecto de la vida que no contribuya a su incesante y continua reproducción. (Bauman, 2006, p. 10).

En México, estos hechos han generado diferentes formas de resistencia a través de

organizaciones gremiales que buscan, en su esencia, mejoras en los procesos productivos, con la intención de generar un desarrollo de sus agremiados, mantener los valores y la dignidad humana (Santos, 2011), esto como uno de los principios de bienestar social. Sin embargo, en otras ocasiones, el supuesto desarrollo se da bajo una aparente preocupación por los trabajadores, cuando, en el fondo, lo que se pretende es una utilización mercantil del personal, teniendo como único fin su capacitación centrada en opciones empresariales estratégicas. Por su parte, el trabajador participa de manera normal como una forma de sobrevivir en un entorno global cada vez más competitivo (Fernández, 2002), en donde se exige de manera obligatoria una capacitación continua, como opción para mantener la fuente de trabajo y entrar en un mundo competitivo por los puestos laborales.

Esta forma de mercantilizar a la persona, en la cual se tiene como fin la extracción de valor de mercado, en México se observa de manera reiterada en el impulso a la capacitación en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, con miras a garantizar una fuerza de trabajo de especialidad (Poder Ejecutivo, 2013), alejándose de lo que debería ser la búsqueda de una formación a través de la construcción de procesos metacognitivos que trasciendan del ámbito laboral al familiar con incidencia en la función de reciprocidad social. Así, de acuerdo con los elementos de formación, lo que debería estar en el centro es una construcción de formación dirigida en el saber conocer, saber hacer, saber ser, saber convivir, saber artístico, para no solo quedarse en lo que, con regularidad, se trabaja, es decir, el saber hacer.

En este tipo de especialización del saber hacer, en la práctica, es en donde las y los profesionales de enfermería realizan un papel fundamental para el proceso de producción y reproducción de identidades, al momento de realizar funciones orientadas hacia la capacitación sobre las necesidades del cuidado del cuerpo. En los hospitales, como espacios de trabajo, es en donde se dan, principalmente, relaciones sociales de especialización técnica, dominación y subordinación, a través de relaciones de poder que limitan o, en su caso, obstaculizan el desarrollo de sus integrantes. Estas relaciones aun cuando aparecieran aisladas, en un momento

determinado están orgánicamente articuladas con las dimensiones política e ideológica de su sociedad (Poulantzas, 1979, p. 24-26).

Desarrollo tecnológico y formación del profesional de enfermería

Por su parte, las formas de producción en los sistemas de salud a nivel mundial presentan crecimiento tecnológico con la microelectrónica, la robótica, la ingeniería genética y nuevas fuentes de energía, las cuales constituyen los principales avances de la tercera revolución científico-técnica más importante al final del siglo pasado. Esta tecnología se ha incorporado en la medicina, intentando llegar a los orígenes de la vida misma; con esos desarrollos tecnológicos se investiga sobre enfermedades corporales escrutando las cavidades más íntimas, se crean células vivas en laboratorio y se reemplazan órganos vitales como el riñón, corazón, hígados y pulmones (Arroyo, 2013). Esas transformaciones han traído muchos beneficios a la humanidad, sin embargo, este desarrollo no ha sido simultáneo ni comparable en su magnitud con el que ha tenido la profesión de la enfermería y las personas que la ejercen en el mundo del cuidado y el mercado hospitalario.

Al respecto de la escolaridad de la enfermería, la maestra Juana Jiménez, extitular de la Comisión Permanente de Enfermería en México, en el año 2012, reportaba que se tenían “723 escuelas de enfermería las que, de acuerdo con la fuente de financiamiento, pueden clasificarse en públicas o privadas: 135 corresponden al nivel de licenciatura y 588 al nivel medio superior”. (Jiménez, 2012, p. 191), es decir, el 81% de las escuelas se encontraba formando a nivel técnico. Seis años después, en el año 2018 y previo a la pandemia, en la publicación que realiza la Comisión Permanente de Enfermería sobre la situación actual de enfermería en México, esta formación se ve reflejada al observarse que más del 50% del personal de enfermería continuaba a nivel técnico.

Con estos datos, al considerar que para estudiar un nivel técnico el requisito es contar con estudios de secundaria terminados, se puede percibir que desde 1935 “se

establecieron los estudios de secundaria para cursar el nivel técnico” (Rubio, 2010, p. 4-5), en estos últimos ochenta años no se ha avanzado mucho en la profesionalización de enfermería.

En este sentido, siguiendo el eje del presente trabajo, pareciera que, desde la reestructuración productiva, la mirada está puesta en los aspectos de educación de carácter técnico, lo que, desde un sistema simbólico y hegemónico, en la reestructuración productiva se presenta como la mejoría de la producción. Al respecto, se deja de lado la formación universitaria como parte del desarrollo al considerarse, por su naturaleza, un espacio en donde se genera el saber que permite transformar al ser humano, ello, porque como se ha comentado, la organización no la considera un problema debido a que se asume como una normalidad de la racionalidad instrumental, la cual se introyecta en las rutinas de trabajo y las reglas de existencia individual (Perdomo, 2013). Esta lógica deja de lado, entre otras recomendaciones, las de organismos que han pugnado por los derechos de los trabajadores, quienes a través de estudios han documentado que “la existencia de trabajadores mejor formados constituye una ventaja a la hora de aplicar la tecnología” (OIT, 2008, p. 130).

Para enfermería, esta situación de otorgar cuidados a la persona sin una formación universitaria o formación profesional no es nueva, debido a que desde el origen, en la segunda mitad del siglo XIX, la pionera Florencia Nightingale, enfermera, escritora y estadista británica, considerada la precursora de la enfermería profesional, marcó los rasgos del perfil de las personas a incorporarse en esta profesión, a través de requisitos indispensables como ser persona de origen en clases populares, ser mujer, con vocación de servicio al paciente, auxiliar del médico, con dedicación al cuidado físico y sin estudios universitarios (Sacchetti, 2011), aspectos que hoy día deberían estar superados, como se ha mencionado, entre otras razones, por los grandes avances que han existido en la medicina actual, comparados con los existentes hace siglo y medio cuando se formularon esos rasgos, así como por los procesos de desarrollo social y profesional que ha tenido la enfermería a nivel internacional durante los últimos cincuenta años.

Este perfil creado en un momento histórico para enfermería, cuando la mujer aún no tenía un espacio educativo y de trabajo en la sociedad, fue una construcción social derivada de una relación de poder orientada a la subordinación, la cual se exportó y reprodujo de Inglaterra para el mundo (Sacchetti y Rovere, 2011) a través de las enfermeras con mayor preparación, quienes dirigieron la educación de la nascente enfermería moderna a partir de la capacitación. En este sentido, se puede destacar que, de acuerdo con las condiciones sociohistóricas, se crearon las bases de la profesión de enfermería, pero al mismo tiempo estas marcaron un perfil de actuación que prevalece en la actualidad, y ha sido difícil de superar, al grado de que en el marco del bicentenario del Nacimiento de Nightingale, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), establecen la campaña mundial Nursing Now (2018-2021), en el cual los retos se centran en los siguientes aspectos:

Mejora de la educación, el desarrollo profesional, la regulación y las condiciones de trabajo de las enfermeras; aumentar su influencia en las políticas nacionales e internacionales; aumentar el número de enfermeras en puestos de liderazgo con más oportunidades de desarrollo en todos los niveles de liderazgo; aumentar la evidencia para apoyar la política; aumentar el trabajo para que las enfermeras actúen de manera integral; y aumentar y mejorar la difusión de prácticas de enfermería eficaces e innovadoras. (Cassiani, 2018, p. 2491-2492).

Lo anterior ha marcado una intención, sobre todo, para países en desarrollo como lo es México. Al respecto, si se siguen las recomendaciones, al contar con enfermeras preparadas se generan avances para la profesión en términos de crear puestos de liderazgo, participación en políticas, producción de conocimiento y generación de espacios de difusión de la práctica profesional, como ejemplos tenemos a Isabel Hampton Robb, quien fue directora de 1860-1910, de la escuela del Hospital Johns Hopkins para enfermeras (Ramos, 1997); la fundación de la Asociación de Enfermeras Americanas en 1886; la obtención de fondos para la investigación en enfermería en 1936 por la Sociedad de Honor de Enfermería, Sigma Theta Tau y en 1940 por el Gobierno Federal de Estados Unidos (Martínez, 2011).

Después de los años cincuenta, el desarrollo de enfermeras americanas con una preparación Universitaria marcó una pauta en la enfermería a nivel mundial, por mencionar algunas, las aportaciones a las bases teórico-epistémicos de la disciplina de Virginia Henderson en 1948 y Hildegard Peplau en 1952 (Arratia, 2005:71), las contribuciones de Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) a lo que hoy se conoce como Proceso de Atención de Enfermería, las aportaciones de Marjory Gordon en 1973 como presidenta del del grupo de trabajo de la conferencia de la Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros y en 1977 de Dorothea Orem, Margaret Newman, Martha Rogers y Callista Roy al marco organizativo de los diagnósticos. Posteriormente, con la creación de la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classifications (NIC)* se construye la base metodológica de la profesión, la cual se trabaja en la actualidad.

Como se ha observado, la preparación académica genera ventajas para la profesión de enfermería, entre ellas, no se puede dejar de mencionar la difusión del conocimiento, por ejemplo, con la creación de la publicación de la American Journal Nursing en 1900 (Martínez, 2011, p. 167), la International Journal of Nursing Studies, Journal of Advanced Nursing, Journal of Nursing Scholarship y la Revista Aquichan; espacios en donde se publican trabajos desarrollados por enfermeras investigadoras de varios países (Fawcett, 2014, p. 91).

Aunado a los trabajos de las enfermeras americanas, en los últimos tiempos, Brasil marcó la tendencia de los trabajos de enfermería, sobre todo para enfermeras de habla hispana, a través del sistema de posgrados en enfermería (maestrías y doctorados) que, desde la década de los noventa, han acompañado a su sistema educativo con crecimiento significativo y continuo. Con ello se ha impulsado la creación de un grupo

* “La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Este proceso es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. El uso de las interrelaciones NANDA, NOC, NIC en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería permiten a los profesionales disponer de un lenguaje común para comunicar lo que realizamos: cuáles son los diagnósticos formulados, qué resultados esperamos y qué intervenciones realizamos para conseguirlos” (Oreja y Alegre, 2008).

de investigadores y la producción científica en este campo. Un aspecto que han logrado identificar las enfermeras brasileñas con esta experiencia de formación de posgrado es que cuando se ingresa a la formación universitaria se adopta una visión crítica, reflexiva y con bases epistemológicas distintas que les permiten construir principios de autonomía y libertad que orienten las prácticas de salud y así salir del “...modelo de atención basado en el paradigma biomédico, con alto nivel técnico-mecanicista, hacia el paradigma holístico-disciplinario, más cercano a la Enfermería” (Lenise, Medina y Martínez, 2011, p. 613). Todo este desarrollo vino a marcar las tendencias de lo que se trabaja en materia de profesionalización en esta segunda década del siglo XXI.

Otros de los resultados de la preparación de enfermería a nivel licenciatura, maestría o doctorado se pueden ver en el dominio de la práctica avanzada en países como Canadá, Estados Unidos, Chile y España, los cuales han logrado autonomía en la práctica clínica, liderazgo, consumo y producción de investigación, así como la integración en el equipo multidisciplinario de salud, construcción de programas educativos, habilidades para la toma de decisiones clínicas complejas, participación en la asesoría de los sistemas de salud y la práctica independiente (Moran, 2017). Justo con estas experiencias, México se inicia con el primer programa de esta formación a nivel maestría en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

En México, si bien es cierto que se realizan esfuerzos particulares, en lo general, se ha intentado seguir esta dinámica que marca una diferencia en la formación, sin embargo, ha sido difícil y no se ha podido avanzar para realizar planteamientos de mayor complejidad académica y mucho menos sostenerlos; uno de ellos es el caso del Proceso de Atención de Enfermería como propuesta que apoya una profesionalización que favorece la identidad, autonomía y legitimación a la profesión, elementos necesarios para permitir salir en algún grado de la subordinación hacia otras profesiones. En este sentido, se ha observado que el bajo nivel educativo trae como

consecuencia un trabajo centrado en la rutina o trabajar sobre modelos impuestos, sin estar necesariamente vinculados al cuidado profesional y acordes a las necesidades de la población mexicana, con toda su diversidad cultural y las necesidades de la propia comunidad en cualquiera de sus niveles de intervención.

Bajo el modelo educativo mexicano, no es difícil ser subordinado en una relación de poder, sobre todo, cuando no es el único problema al que se enfrenta la profesión de la enfermería, debido a que en la práctica se tienen las carencias en infraestructura física, de insumos, de personal y salarios. Al respecto, en un análisis que se publicó en el año 2012, se lee que las enfermeras mexicanas estaban trabajando con cifras deficientes de personal, de acuerdo con el indicador de la OMS, en el cual se señalaba un estándar medio de cuatro enfermeras por cada 1,000 habitantes. En México, para atender las necesidades de salud de aquel entonces con una población de 112,336,538 habitantes, se necesitaba casi el doble del personal de enfermería, debido a que el promedio nacional era de 1.7 por cada 1,000 habitantes, proporción que se configuraba muy por debajo de las necesidades de la población (Jiménez, 2012, p. 196). Con ese indicador y de acuerdo con el informe de 2018 que publica la Secretaría de Salud sobre la tasa de enfermeras por 1000 habitantes, se puede observar que solo un Estado de la República mexicana alcanzaría el estándar medio de cuatro enfermeras (Secretaría de Salud, 2018, p. 15).

Este déficit de personal de enfermería se mantiene; al respecto, el 7 de abril de 2020, al mismo tiempo que se prepara la celebración del Año Internacional de los Profesionales de Enfermería y Partería, las y los enfermeros se encontraban enfrentando la pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), con una escasez estimada a nivel mundial de 5,9 millones de profesionales, y se calcula que cerca del 90% (alrededor de 5,3 millones) de este déficit se concentra en los países en vías de desarrollo (Cassiani, 2020). Con respecto de México, la Secretaría de Salud señala que hay un déficit de alrededor de 255 mil enfermeras y en los Estados de Puebla, Querétaro, Veracruz y Michoacán no se llega ni a tres profesionales por cada mil personas (Rojas, 2022). Estas desigualdades se acentúan cuando se analiza el

tipo de población y nivel de atención, debido a que la mayor parte de la población de enfermería se concentra en la población urbana (Gómez, 2011). Desde el año 2012, solo el 10 por ciento se encontraba en poblaciones rurales (Valadez, 2012), para el informe de 2018 se reportó que tan solo 20.7% de las enfermeras se distribuían en el primer nivel de atención (Secretaría de Salud, 2018).

Estas desigualdades y el déficit de personal de enfermería son aspectos de relevancia en el doble o triple esfuerzo que debe realizar el personal para otorgar el cuidado, situación que aun cuando no es el punto central de este trabajo, repercute en la salud de las propias trabajadoras de enfermería. Estos aspectos, en situaciones extremas, las lleva a la generación de estrés, agotamiento, entre otras enfermedades a riesgos cardiovasculares, derivados de la organización de los procesos de trabajo en el sistema de salud con evidencia empírica demostrada a nivel internacional incluyendo a México (Arroyo, 2013). Con todas estas carencias y los riesgos a los que está expuesto el personal de enfermería, a pesar del discurso y las políticas del Sistema Nacional de Salud, no se ve una proyección que alcance para trabajar desde el Estado en el desarrollo de los recursos humanos en enfermería (Moran, 2006).

Con este breve panorama se puede inferir que en México aún se está en el camino de la construcción de los ideales de desarrollo de la profesión de enfermería, entre ellos, y dentro de las características centrales se encuentra la autonomía como criterio decisivo para las profesiones (Freidson, 1970, p. 89). Esta limitación se puede observar con cierta claridad y existe preocupación por solventar todo a través de la formación; si bien es cierto que la profesión cuenta con una licenciatura en lo legal, en lo legítimo no se ha alcanzado en su mayoría, así, en términos del sello distintivo de autonomía, empoderamiento y participación política[†], ha sido difícil alcanzar una participación visible de la profesión.

[†] Se considera como una participación política cualquier acción realizada por la enfermera, con la finalidad de incidir en los asuntos públicos. Estas acciones pueden orientarse hacia la elección de cargos, sobre recursos, la acción de los actores políticos y las propias políticas (Saldías, Parra, Gutiérrez. 2022, p. 591).

Hospital espacio de subordinación

Las características con las que fue construida la profesión de enfermería se hacen visibles al observar espacios compartidos en el marco de una profesión médica hegemónica en las instituciones de salud, en donde el poder juega un papel central en la lucha invisible por mantener y/o en su caso construir una legitimidad profesional. Justo en ese espacio es donde históricamente se ha determinado la concepción ideológica de inferioridad de la enfermera en relación con el médico, no solo por su posición de mujer, sino por los propios propósitos de Florence Nightingale, al considerar que la enfermera, además de ser mujer, debía estar subordinada al médico (Cano, 2004).

Estos elementos de subordinación y de desconocer una posición igualitaria de la enfermería como profesión y la enfermera como persona se dieron en medio de conflictos e intereses en la construcción e institucionalización de prácticas médicas que se perfeccionaron a lo largo de la historia (Bloch y Testa, 1978), en donde, a medida que los médicos adquirieron autonomía institucional, se elevó su *status* social de productores de bienes simbólicos, desde los intelectuales hasta los de práctica por su género masculino y por su clase social, así fue que entraron, posicionándose en el juego de los conflictos de la clase dominante.

En el hospital se legitimó el mando del médico, por el reconocimiento que tiene de diferentes grupos sociales que determinan la suya como profesión con mayor *status*, y se legalizó porque, además del cumplimiento de trámites burocráticos desde la exigencia del Estado, este los reconoce como tal. En este sentido, de manera constante, sin disimulo y de forma pública, se refuerza su hegemonía, así como la subordinación de enfermería.

Al respecto, en el año 2022, en la convocatoria N° MDB-111/INSABI/2022, para contratar personal de salud en diferentes Estados de la República Mexicana, los salarios publicados para enfermería se consideran alrededor del 50% menos de lo que

se ofrece para un médico y no se reconoce en las categorías de trabajo a la enfermera especialista dentro de las diversas vacantes del equipo de salud (INSABI, 2022). En este mismo sentido de hegemonía y desconocimiento de la enfermería, la convocatoria que se publica para ocupar el cargo de director general de los Institutos Nacionales de Salud, solicita como requisito ser médico (CCINSHAE, 2022), cuando el requisito desde la Ley no se expresa en esos términos, debido a que en el numeral II del artículo 18 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud que se menciona dentro de los requisitos para ocupar el cargo de director general de los Institutos Nacionales de Salud es “ ser profesional de la salud” (Ley de los Institutos Nacionales de Salud, 2022, p. 18), es decir, que desde la convocatoria se deja sin opción de participación, entre otras profesiones de la salud, a la de enfermería, sin que exista todavía algún pronunciamiento de apertura a la participación.

Ante este tipo de situaciones llama la atención en las diferentes formas de concebir las relaciones de poder lo que se conoce como el poder despótico[‡]. Ello, aunque el término se utilizó en el trato sobre los esclavos y prisioneros, en el cual, de una manera injustificable, se actuaba sobre los individuos y comunidades justificando un Estado de guerra, en donde existe una declaración por palabra o acto de defensa, para llevarse a cabo en un estado de lucha de uno contra el otro y contra aquellos que se unan o tomen posición de defensa de alguna de las partes, pudiendo atentar contra la vida, libertad y expresión de los contrincantes cuando exista la amenaza de un ataque (Locke, 1981). Este tipo de actitud no tendría justificación en momentos de convivencia pacífica, en los cuales el estado natural se torna en preservar las relaciones de convivencia, amistad y, en el mejor de los casos, trabajo en equipo.

^{‡‡} “Así, despótico se dice de una práctica de gobierno o dominio político en la cual no influyen (o influyen de un modo carencial) las necesidades y voluntades de los gobernados. Si el gobierno, al menos, deriva su legitimidad de un contrato consensual o del beneficio más amplio para la mayoría, la práctica despótica de los asuntos colectivos resulta políticamente ilegítima por unilateral: se ejerce sobre y contra aquellos a quienes se somete..., no a quienes se consulta y comprende como sujetos (ciudadanos)” (Gallardo, 2005, p. 196).

Sin embargo, en la práctica, en el Estado y en el campo o espacio social llamado hospital, sin un estado de guerra, pareciera existir un poder despótico en las relaciones, utilizando de manera racional o irracional la violencia simbólica, sin derecho o justificación. Entendiendo que estar sometido a un déspota, puede significar el sometimiento a la voluntad particular de una persona, se toma en cuenta lo siguiente:

Con capacidad parcial o total para gobernar la vida de otras personas a las que les impide actuar y desenvolverse con autonomía. El poder despótico expresa la superioridad y la voluntad de mando de una persona sobre otra, así como la dependencia estructural del elemento débil de la relación. (Aguiló, 2009, p. 9).

En este sentido de injusticia social, la enfermería no está alejada de ello, porque el poder se encuentra diseminado del Estado a las instituciones, en donde se mantienen condiciones jerárquicas desiguales, se encarna la dominación y la opresión. Así, históricamente, la enfermería es considerada un sector subalterno con escasa participación en asuntos particulares y colectivos, bloqueando capacidades de autodeterminación y poder participativo, obligándose a aceptar las reglas impuestas y decididas por grupos socialmente hegemónicos (Cifuentes, 2008).

Desde estas expresiones, se puede considerar que, en el hospital, se exponen de manera constante diferentes formas de lucha entre los que pretenden entrar a los espacios de poder y los dominantes; al respecto, estos últimos defienden su monopolio para evitar la competencia con sus respectivos jugadores dotados de *habitus* y leyes, y ponen en movimiento el monopolio de la violencia legítima y legal a través de la autoridad. En los conceptos que menciona Bordieu (2008) se busca defender la ortodoxia[§], mientras que quienes disponen de menos capital simbólico buscan estrategias de subversión, en su intento por construir una heterodoxia^{**}, como ruptura crítica a lo que se encuentra ligada la crisis y la doxa^{††}.

[§] La ortodoxa es el esfuerzo que realiza el grupo que tiene el poder para mantener la estructura del campo por el pensamiento que apoya, para ello, utiliza la propia estructura, las reglas y el discurso.

^{**} Heterodoxa es un pensamiento que desafía la percepción que se ha establecido.

^{††} Doxa es una creencia recibida, sin ninguna objeción o pregunta (Bordieu, 2008).

La construcción de la heterodoxia tiene sentido, porque aún en la dominación de la enfermera, a quien se evita que acceda o utilice el poder porque se le ha impuesto como un atributo de los varones y es incompatible con su autoidentidad como mujer (Manojlovich, 2007), se debe crear la resistencia a la legitimidad, pues es claro que esta no se da en las palabras y los actos, sino en la medida que esto es aceptado por quienes se intenta controlar (Bourdieu, 2000).

Desde estos elementos, se puede decir, que el hospital no solo es un espacio promotor de la salud, sino una estructura generadora de identidad corporativa y mental, lo cual lo convierte en un transmisor de significados que fortalecen o debilitan la imagen de la enfermera. Por su comportamiento social y su cultura propia^{##}, lo que sucede intramuros es difícil que se hable al exterior, por agentes ajenos a sus miembros (Guzmán, 2011).

Así, en la búsqueda del desarrollo profesional de la enfermera y por superar la subordinación, entre otros elementos, se debería continuar como lo menciona Wollstonecraft (2005), a través del acceso a la educación. Ella considera que las mujeres educadas no solo pueden alcanzar un plano de igualdad con respecto de los hombres, sino que podrían desarrollar su independencia económica, accediendo a actividades mejor remuneradas. Aun cuando en el mismo sentido Freidson (1970) menciona que una de las formas de cambiar el mundo es a través de la educación. Sin embargo, ese mismo autor indica que entre la medicina y la enfermería no parece que, en el proceso de trabajo, el contenido real de las diferencias sea la educación, llegando a plantear que el proceso decisorio es de índole político o, en su caso, puede considerarse la clase social de la enfermera cuando se incorpora al ejercicio profesional.

^{##} La cultura propia de la institución hospitalaria se da a través del conjunto de creencias, normas, símbolos, valores y lenguaje que determina la relación entre sus integrantes para las personas que conviven en ese espacio; se interioriza volviéndose natural (Arroyo, 2013).

Así, es posible conocer a través de un diagnóstico crítico del pasado y la actualidad, cómo se encuentra la enfermería en el hospital, en los términos de lo que plantea Mojojlovich (2007) es decir, “sobre el contenido de la práctica, sobre el contexto de la práctica y sobre la competencia profesional” (p. X); ello permite identificar el entramado de relaciones de poder que ha mantenido un perfil subordinado bajo la ideología de una vocación de amor y servicio de este grupo “profesional”.

CAPÍTULO II. PREGUNTAS Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

En este conocimiento y reconocimiento de lo que prevalece en la profesión, no bajo una pretensión por mantenerlo como único fin, sino de rebasarlo rompiendo la sujeción de las formas que lo han constituido, en favor de un mejor futuro e impulso para el desarrollo de los profesionales de enfermería, surgen las siguientes preguntas: ¿qué relaciones de poder influyen en el desarrollo profesional del personal de enfermería en el sector hospitalario? y ¿qué relaciones de poder influyen para lograr la autonomía en el ejercicio profesional de enfermería en el sector hospitalario?

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar las relaciones de poder que influyen en el desarrollo profesional del personal de enfermería en una Institución de salud de tercer nivel de atención en la Ciudad de México.

Objetivos específicos

1. Identificar las relaciones de poder económicas, políticas e ideológicas que influyen u obstaculizan el desarrollo en la autonomía del personal de enfermería en una institución de salud de tercer nivel.
2. Identificar los dispositivos de poder (discurso, políticas, regulación académica, diferencias económicas, oportunidades de formación) que se ejercen por directivos de enfermería de una institución de tercer nivel de atención para obstaculizar o potencializar el desarrollo profesional del personal de enfermería.

3. Identificar la racionalidad de las relaciones de poder que potencializan u obstaculizan el desarrollo profesional de la enfermería.

CAPITULO III. MARCO TEÓRICO

III.1 Niveles de análisis

Para analizar las relaciones de poder en las que se encuentra inmerso el desarrollo del personal de enfermería, fue inevitable comprender el movimiento histórico de las relaciones de producción y cómo se vinculan las relaciones económicas en este sector, además de las fuerzas políticas e ideológicas que mantienen su funcionamiento. Desde esta perspectiva, fue necesario identificar lo concreto, lo cual, desde la postura de Marx (1999), expone que el trabajo productor de valor se da en la unión de lo múltiple, porque para producir sus valores de uso específicos es necesario reunir herramientas, materia y habilidades específicas y sin producción de mercancía, como es su caso; así se determina una división social del trabajo y en las relaciones sociales se puede dar el valor de uso. Es decir, sin una división de lo abstracto y lo concreto, se produce lo concreto.

En este sentido, en la reproducción del trabajo de enfermería, se trata de “apropiarse de lo concreto, o sea la manera de reproducirlo bajo la forma de lo concreto pensado” (Marx, 1973, p. 41), para ser más específico, se “podría entender” que la génesis de la construcción de lo concreto en enfermería, es decir, su construcción “profesional”, inicia desde los puntajes requeridos para ingresar a las universidades, como ejemplo se tiene los solicitados por la UNAM en el año 2022; “Médico Cirujano: 111 puntos. Derecho: 83 puntos. Psicología: 99 puntos. Administración: 87 puntos. Contaduría: 80 puntos. Arquitectura: 91 puntos. Enfermería: 90 puntos” (Gavilán, 2022), es decir, en enfermería, se ingresa, entre otros aspectos, con menor “gasto productivo del cerebro” (Marx, 1999: 54), por lo que se determina menor valor de mercado.

Al identificar estos elementos, queda claro que las estructuras sociales no son producto de leyes naturales y para poder entenderlas es necesario estructurar relaciones en lo histórico-social, es decir, los elementos ordenadores de la realidad, “y a partir de estas se pueda reconstruir una rica totalidad con sus múltiples

determinaciones y relaciones, esto es, un nuevo concreto, pero diferente al inicial, en tanto “síntesis” y unidad de lo diverso” (Osorio, 2003, p. 68).

Así, buscando comprender con mayor profundidad las relaciones de poder en el desarrollo profesional del personal de enfermería, se llega al abordaje de los lazos en los procesos económico, político e ideológico, y se plantea un análisis mediante su interrelación desde lo macro, meso y micro, en el entendido de que las relaciones se dan en diversos sentidos con diversas categorías transversales, tal como se ilustra en la Figura 1.

Figura 1. Relaciones de poder vinculadas con el desarrollo profesional de enfermería



Para el análisis de conceptos, lo interesante fue rescatar, a lo largo de este trabajo, cuáles fueron los mecanismos y sus relaciones en los distintos niveles de actuación en el proceso laboral de enfermería, desde donde se analizarán los obstáculos y los aspectos que favorecen su desarrollo.

III.2 Relaciones de poder

Cuando aludimos al poder, en términos de las relaciones del entorno y al interior de donde labora el personal de enfermería, para fines de este trabajo, el abordaje se realizará desde la sociología tratando de entender más allá del concepto en donde

se describe al poder como la capacidad de imponer la voluntad de unos sobre otros (Manojlovich, 2007). En estos acercamientos existen diferentes formas de ejercer y entender el poder, y en un intento por caracterizarlo, el poder se define desde uno de los planteamientos de Labourdette (2007) en donde se menciona lo siguiente:

El poder es hacer, pero es también negarse a hacer; es obligar o persuadir a hacer, y es también impedir hacer. En consecuencia, a veces es dominar, y a veces, liberar. No es sólo mando y obediencia: también es crear, producir y emancipar...poder es siempre una capacidad; una capacidad de lograr algo. (p. 17).

En este planteamiento, el poder no se visualiza en un personaje, estructura o institución, sino en fuerzas que se cruzan o luchan, en donde el campo de ejercicio y el poder se dan en unísono, el cual se entiende como “el nombre que se le presta a una situación estratégica compleja en una situación dada” (García, 2006, p. 85). Con elementos que componen la realidad en sociedad: acciones, organizaciones, instituciones, valores, creencias, mitos, conocimiento y una peculiaridad compuesta de capacidad coercitiva o creativa, según sea el caso (Labourdette, 2007).

III. 3 Poderes macro

Cuando se habla de los poderes macro, se hace referencia a la construcción de visiones y teorías que son presentadas y encarnadas como criterios únicos de validez universal, pero que en realidad responden a intereses particulares con cierta cotidianidad a las potencias dominantes representadas por órganos reguladores como la Organización Mundial de Comercio, el Fondo Monetario Internacional, así como el régimen de propiedad intelectual, quienes establecen las reglas del juego, articuladoras del sistema mundial, dando ventajas a las potencias dominantes (Ferrer, 2006).

En este sentido, se entiende que los factores endógenos influyen de manera significativa en las políticas públicas de cada nación y dependiendo, entre otros aspectos, del tipo de inserción del país en el orden global, de su capacidad económica, su fuerza militar, la capacidad de respuesta de su sociedad para participar en las transformaciones del avance de la ciencia y de la aplicación tecnológica, así, se puede participar de manera subordinada y/o en una posición de liderazgo. En este sentido, en los países como México, dada la vulnerabilidad de la deuda externa, los desequilibrios del comercio exterior y los bajos niveles educativos, las políticas públicas resultan fuertemente influenciadas por las tendencias globales de comercio, las inversiones y finanzas de regulación de las relaciones internacionales (Ferrer, 2006).

Así, se podría postular que la burocracia en México es el brazo operativo de un proceso de estructuras y, como funcionarios, no son autónomos, ya que las funciones que posee son reguladas por el Estado, en este sentido, se entiende que es representante social con condicionamiento político.

III.4 Biocapital

En las formas de imponer capacidades más poderosas en el conjunto de relaciones sociales y políticas, el biocapital es cómo la estructura económica atraviesa la vida de los trabajadores. Así mismo, en el desarrollo de las relaciones, a partir de quienes la detentan, la administran y la venden, sin que signifique que, en términos reales, quienes la administran no la vendan. Se estructuran elementos de mando-obediencia, en los cuales la administración realiza su intervención como mediadora de una jerarquía que dicta al trabajador la manera de producir, legitima la codificación y reproducción de cuerpos con una ideología del deber ser, con sus respectivas aspiraciones y limitaciones en cualquiera de sus niveles de intervención (Moisevich, 1946). Desde esta mirada, la política tiene su relación con la economía y, en esta relación, se dan las diferencias de clase. De esta manera, “la economía política no trata de cosas, sino de relaciones entre personas y, en última instancia, entre clases;

si bien estas relaciones van siempre unidas a cosas y aparecen más cosas” (Osorio, 2003, p. 59). Partiendo de estas relaciones económicas, se “diría que actualmente el Estado es, en mayor medida que cuando jamás ha sido en el pasado, un instrumento directo para garantizar super ganancias” (Mandel, 1969, p. 70) a los más poderosos.

Así, en esta relación económica, entre los objetivos del capital, se encuentra la extracción del plusvalor y la enajenación del trabajador, es decir, que la estrategia está en producir con la menor inversión posible y limitar las opciones de desarrollo de los trabajadores. Lo que se busca es que quien vende la fuerza de trabajo se enajene, aceptando el valor de mercado como una forma de “garantizar su subsistencia”. En ese momento de consolidación del capitalismo, de manera general, se está frente a diferentes formas de trabajo enajenado, “trabajo forzado y bajo la supervisión de una jerarquía que dicta al trabajador lo que debe producir y la manera en que debe producirlo” (Mandel, 1969, p. 73). Esta jerarquía impone cuándo y qué se debe pensar, cuándo y qué se debe soñar, imprimiendo en la enajenación nuevas y aterradoras dimensiones; “se intenta enajenar al trabajador incluso de su consciencia de estar enajenado” (Mandel, 1969, p. 74).

Así, en el intercambio de mercancías, no solo se mantiene una relación de poder económico en los centros laborales y el mercado, sino que trasciende a la propia existencia de los individuos, porque los hogares son utilizados para reponer la fuerza de trabajo a fin de que se garantice la continuidad. Esta forma de trabajo asalariado solo permite “sobrevivir” bajo mínimos indispensables; esta intencionalidad se construye bajo una forma pensada de no permitir la acumulación y romper su condición de trabajador asalariado. Justo, “es en estas coordenadas donde se encuentran los puntos nodales de las relaciones de poder del capital sobre la vida y la base de una teoría del biopoder en el capitalismo” (Osorio, 2006, p. 89). En este sentido, se reitera que la intención del capital nunca será el desarrollo de los individuos o profesiones, excepto en la medida que puedan y generen ganancias para incrementar su capital.

Esta situación histórica de subordinación a los poderes económicos, en México se

reconoce desde el Estado, debido a que el Programa Sectorial de Salud 2019-2024, a través del Instituto de Salud para el Bienestar, menciona dentro de las cinco problemáticas importantes que afectan al Sistema de salud en México: el déficit de personal profesional, la desmotivación y la precariedad de los contratos que no garantizan estabilidad laboral y no consideran prestaciones sociales (INSABI, 2020).

III.5 Políticas de salud

En lo que respecta a la influencia de organismos internacionales, en las políticas públicas de salud se puede leer, con toda apertura, en el documento de los Estándares del Consejo de Salubridad General (2012), lo siguiente:

En noviembre de 1993, en el marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA), fue convocada una reunión de trabajo con la participación de Instituciones de Salud de Canadá, Estados Unidos de América y México, para determinar los criterios que deberían regir en los servicios de salud; el tema analizado con mayor interés fue el tránsito de médicos y de pacientes entre los tres países, para otorgar y recibir atención. (p. 12).

El primer elemento quedó claramente determinado al establecerse que, para otorgar atención médica en cualquiera de los tres países, era necesario certificar las competencias de los médicos, a través de los Consejos o “Boards” de la especialidad correspondiente, mediante el cumplimiento de estándares prefijados.

En cuanto al tránsito de pacientes, resultaba de suma importancia que las organizaciones de atención médica estuvieran certificadas por organismos reconocidos por los tres países, inclusive como requisito para que las compañías aseguradoras reconocieran como válidos los servicios que se estuvieran ofertando.

En ese enfoque de pertenencia, las instituciones, sobre todo, las de tercer nivel, buscan un estatus entre sus miembros, en términos de calidad mediante la

certificación, adoptando las políticas de ideología, las cuales entran como un fantasma y presionan la formación de estructuras que buscan ubicarse en los niveles jerárquicos del privilegio. Esta jerarquía se potencializa y se puede leer en la declaración del presidente Andrés Manuel López Obrador, quien expresó lo siguiente:

Los institutos tienen presupuesto suficiente, son de los hospitales con más recursos. Claro, bien merecido. Son institutos de excelencia, son institutos de dimensión mundial”, expuso el mandatario. “Si hay falta de medicamentos o de equipos en los institutos de inmediato se resuelve porque hay presupuesto. (Carrillo, 2019, p. 1).

Este aspecto tiene gran implicación en el presente trabajo, debido a que, como se ha mencionado, existen poderes que pueden influir en la presión a la enfermería, a razón de obtener prestigio o recursos para la institución y su administración, y, por ende, caer dominados, depender del mercado y colocar entre sus metas la creación de acciones que les permita acercarse a las diferencias que tienen con el otro o los otros. Así, con el término calidad y prestigio, se impone un ideal del ser, con el cual difícilmente se encontrarán posicionamientos diferentes, por lo contrario, se estigmatizaría por una aparente falta de actitud y valores enfocados hacia un bien común, cuando en el fondo, y sin asegurar, lo que puede ser es una prioridad mercantilizada de la salud, dejando en segundo plano la verdadera importancia que debe poseer la calidad como derecho de los ciudadanos, a partir de la formación del equipo de salud, entre ellos, la enfermería.

III. 6 Seguridad del paciente

Al respecto, con el término de calidad y seguridad del paciente, el primer país que creó un sistema de acreditación de hospitales fue Estados Unidos de Norte América, seguido de Canadá; actualmente, es una práctica generalizada, sobre todo en Europa, que promueve un juego de mercado, en el cual las instituciones como proveedoras compiten entre sí para conseguir firmas de contratos de prestaciones para servicios

de salud, aprovechando la acreditación, con la finalidad de ofrecer visibilidad en el mercado. Sin embargo, esta situación no queda en una certificación institucional, debido a que existen experiencias como la del Consejo Catalán de Colegios de Médicos, que ha probado ser evaluado en competencias clínicas de medicina familiar y comunitaria, con la intención, entre otras cosas, de ganar reconocimiento profesional, atender pacientes financiados por el sector público o por aseguradoras y obtener el pago de incentivos (Blásquez, 2000).

Este ejemplo de priorizar políticas públicas, en la experiencia de otros países, va orientado hacia generar condiciones de certificación de los médicos como profesionales que legitiman las prácticas que se realizan en las instituciones, dejando de lado, o por lo menos, sin contemplar propuestas de apoyo, a los elementos de profesionalización o formación y al resto de los profesionales de salud, entre los que se destaca, en este trabajo, al personal de enfermería.

Este aspecto resulta paradójico cuando se observa que en las instituciones hospitalarias el personal de enfermería es quien mantiene un trato directo con el paciente las 24 horas del día, y la práctica profesional de enfermería implica la responsabilidad de sus juicios y acciones, sin embargo, existe escasa, o nula visión, con respecto de su desarrollo profesional, desde una planeación del Estado, de las propias instituciones certificadoras o las Secretarías de Salud.

III. 7 Instituciones

Las instituciones en la búsqueda del cumplimiento de las políticas sobre calidad y seguridad llevan a un sobreesfuerzo de los profesionales de la salud, entre ellos, a los de enfermería, con respecto de la atención que se brinda al paciente enfermo, debido a que, por varios años, no existió la capacidad de incremento de acuerdo con las necesidades de atención de la población, aspecto que trajo como consecuencia graves carencias estructurales en consumibles y recursos humanos en el sistema de salud

mexicano. Estas carencias impidieron en muchos casos una atención adecuada, particularmente en los Estados y zonas pobres; en México se tienen como ejemplo que “el número de camas es en promedio bajo, de 0,8 por mil habitantes, pero 10 estados tienen 0,5 o menos” (Laurell, 2013, p. 36). En su momento, esto daba como resultado que existiera una carencia de por lo menos 25 mil camas hospitalarias para alcanzar un promedio de una por mil habitantes (Laurell, 2013).

Da la impresión de que la letra de un programa y el discurso político es eso, letra y discurso, y solo tiene una influencia en el hacer del equipo de salud, y en lo que respecta a la responsabilidad de Estado no existe un compromiso real; ello se comenta porque en el año 2021 no se surtieron de manera efectiva alrededor de 50 millones de recetas en las principales instituciones de Seguridad Social en México, situación que se vislumbra empeore en el año 2022 (Valencia, 2022). El IMSS e ISSSTE, las instituciones más grandes por su cobertura en el país, tuvieron el mayor desabasto y las enfermedades más afectadas fueron el cáncer, la diabetes, post-trasplantados, hipertensión y todas las relacionadas con la salud mental. En esta ineffectividad del sistema de salud, los tiempos de COVID-19 tuvieron sus estragos, porque una tercera parte de las consultas de los mexicanos se dio en una institución privada en consultorios adyacentes a farmacias (Mendoza, 2022). Con los gastos de bolsillo que esto implica y la falta de apoyo a la hospitalización, ello derivó en un gran número de muertes en los hogares mexicanos.

Así, en medio de un desabasto de medicamentos, insumos, falta de recursos humanos y cargas laborales, las instituciones invierten poco en el desarrollo de los recursos humanos, como es el caso del profesional de enfermería, ya que su esfuerzo se centra en administrar y mantener la productividad, competitividad, eficiencia y eficacia mediante la imposición directa o coercitiva, ajena a la preocupación y a las necesidades colectivas; la administración desde estas condiciones se vuelve ilegítima e ineficiente con el personal e interés de la sociedad.

III. 8 Microfísica del poder

Así, enfermería, como parte de una sociedad, interactúa bajo procesos de relación contruidos socialmente en un tiempo y espacio, en ocasiones heredadas y traducidas en acciones conscientes e inconscientes con su respectiva restructuración a lo largo de su proceso histórico. En este proceso, puede decirse, en un acercamiento a Foucault, que el poder ha estado presente en una relación de fuerzas (Moreno, 2006, p. 2), en donde cabe la pregunta: ¿es posible el desarrollo de enfermería fuera de una relación de poder? La respuesta sería no, y como lo menciona García (2010, p. 22), lo que queda es escabullirse, enfrentarlo y trabajar para modificar la forma de su ejercicio. Es así que en el entramado de relaciones, entran en juego componentes de resistencia otorgando al ejercicio del poder, vida y dinamismo, manifestándose a través de continuas transformaciones de la distribución, organización y expresión. En esta resistencia se crea una dualidad, por un lado, una fuerza que intenta y/o manda, y otra que obedece y/o resiste.

Desde esta perspectiva, el poder atraviesa la vida de la enfermera como sujeto social, quien se mantiene en constante lucha con sus fuerzas contra otras fuerzas (García, 2006). En esta propuesta, lo interesante es el análisis de mirar lo obvio y repetitivo en tanto que es constante, monótono, y difícilmente es percibido y analizado, constituyendo esas relaciones cotidianas como el instrumento que se utiliza para su ejercicio, llamándolo por su nivel de actuación microfísica del poder (García, 2010).

En esta cotidianidad, Foucault menciona que en la sociedad se creó una máquina gigantesca que construye cuerpos, o podríamos pensar en enfermeras como instrumentos útiles, dóciles, obedientes y aptos para trabajar, lo cual los vuelve costo-efectivos y fáciles de vigilar. Así, bajo la disciplina estricta de la modernidad, además de castigar mediante la pérdida de bienes, derechos y modelar actitudes (García, 2010), se busca construir y reproducir cuerpos con una ideología del deber ser, creando sujetos con consciencia, a la que el ejercicio del poder aliena y hace propia, desde una conceptualización de lo normal (García, 2006).

Así, se reconoce al sujeto *sujetado* a prácticas y discursos y, al mismo tiempo, que pasa de ser solo sujeto de control y vigilancia, a sujeto sometido a su propia consciencia, convirtiéndose en un tipo determinado de sujeto. De tal manera que cada institución graba cuerpos, codifica y genera hábitos con la intención de que el cuerpo responda de manera automática al sometimiento de un poder abstracto (García, 2010). En esta propuesta de Foucault, se estudia el poder desde la óptica de los operadores de la relación de dominación, lo que tiene de fáctico^{§§} y de efectivo en ella misma, e indica cómo se fabrican las relaciones de sometimiento concretas. Aquí no se pregunta cómo, por qué y bajo qué derechos aceptan ser o no sometidos (Ávila, 2007).

III. 4 Poder simbólico

El hospital, como espacio de interacción de enfermería con otras profesiones, se convierte en un campo de producción simbólica; es un microcosmos de la lucha que se da entre las diferentes clases que intentan definir conforme a sus intereses el mundo social a partir de su jerarquía y su posición ideológica, e influyen directamente sobre la vida cotidiana a partir de la expresión de hacer ver, de hacer creer, de confirmar o de transformar con base en la legitimación de su dominación disfrazada y paradójicamente activada por los subordinados, de modo que se desarrolla a través de una relación cognitiva de consentimiento que resulta oculta.

En un sentido, Bourdieu menciona que, en el ocultamiento del ejercicio de las relaciones de poder, no necesariamente se requiere de escenas sanguinolentas, pero sí existe la violencia, entendida como “poder de violencia simbólica, o sea, [un]...poder que logra imponer significaciones e imponerlas como legítimas disimulando las

^{§§} El poder fáctico es el que se ejerce al margen de los cauces formales y se sirve de su control que tiene en el campo estratégico del Estado a través de su capacidad de presión para influir política, económica y socialmente, así, como del uso a su favor de las reglas de la vida democrática (Olvera, 2011)

relaciones de fuerza en que se funda su propia fuerza, añade su fuerza propia, es decir propiamente simbólica, a esas relaciones de fuerza” (Brijido, 2006, p. 219).

Estas disposiciones provenientes de construcciones histórico-sociales permiten entender por qué enfermeras provenientes de grupos iguales tienen comportamientos semejantes, como pueden ser sentimientos de solidaridad o temor al rechazo de sus congéneres, para quienes se comporten de manera diferente a los estándares establecidos. Así, el poder simbólico tiende a construir la realidad que establece el orden, en donde la lógica es la integración de lo moral y es uno de los instrumentos que legitiman la domesticación de los dominados (Bourdieu, 2000).

En la construcción de lo simbólico, sin que se haya perdido en la actualidad, la familia y la iglesia han sido parte de las instituciones formadoras, en las cuales las personas se desarrollan como entes socioculturales, en donde su conformación interactúa y está sujeta a los cambios y fenómenos sociales, además de que va más allá de los miembros que la conforman. Al respecto, antes del siglo XXI, se podía ver con mayor arraigo cómo se utilizó a la iglesia para mantener a los fieles adeptos a la disciplina religiosa, y la alineación a la obediencia se utilizó como una forma de imposición ideológica y cultural del pensamiento, porque como menciona Freidson (1970, p. 99) “la conducta de un individuo está en función de las presiones de su ambiente, que éste determina su conciencia y cómo ha de comportarse independiente del tipo de persona que es”; elementos centrales del pensamiento de Bourdieu, al externar que las categorías de la práctica le dan sentido al mundo social, y lo que determina el *habitus*, entendiéndose de la siguiente forma:

El sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predisuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos. (Capdevielle, 2011, p. 34).

La construcción histórica del pensamiento religioso ha atravesado la educación en las escuelas, no solo en México, si no a nivel internacional, por ejemplo, en el siglo XIX, en Inglaterra, donde se originaron las bases de la enfermería moderna, la Iglesia patrocinó una gran parte de la educación formal hasta que el gobierno estableció la educación gratuita y obligatoria a finales de ese siglo (Gillard, 2018). En este sentido, con una mirada de la actualidad, la instrucción religiosa con sus dogmas, aportó principios que hoy, como doxa^{***}, se mantiene más allá de la segunda década del siglo XXI, lo que representa una forma fácil para que la enfermera lo traslade a su contexto laboral.

Se puede pensar que si no se hubiera construido a la enfermera desde una clase subalterna, obediente, con escasa educación secular, educación religiosa (de amor y caridad), quizá, como comenta Engels (1845), se verían las cosas de manera diferente, buscaría a su mejor benefactor, exigiría un mejor trato, mejores condiciones, mayor respeto y sin duda tendría una mejor condición social.

Se puede ver que, desde los orígenes, han resultado útiles las estrategias construidas en el transitar de la historia, porque en ellas, en la mujer como enfermera, toleran, a pesar de su condición, una simpatía por el otro, por el enfermo, por el desvalido, considerando a todo hombre como un ser humano el cual merece respeto. Sin duda, no se podría pensar diferente, si esto naciera de un desarrollo personal consciente, que identifique la esencia de humana de su ser vinculado al otro. Sin embargo, la trampa está en que se atraviesa por una educación que guía la construcción de un

^{***} Doxa: Creencia espontánea u opinión, en cierto modo, operando como nociones de ideología, en el sentido que se naturalizan ideas. Al aceptar cosas sin saber, Bourdieu menciona un ejemplo: “si usted toma un grupo de personas y les pregunta cuales son los factores principales de éxito en los estudios, cuanto más baje en la escala social encontrará más personas que creen en el talento natural o aptitud. Estas personas le dirán que aquellos que triunfan han sido provistos de mayor capacidad intelectual por la naturaleza. Y cuanto más aceptan su propia exclusión, más creen que son estúpidos, y dicen: ‘Yo no era bueno en lengua, no servía para inglés. no era bueno en matemática’. Éste es un hecho que desde mi punto de vista resulta pasmoso y que los intelectuales no quieren aceptar, pero que deben aceptar” (Bourdieu y Eagleton, 2003, p. 298-299).

pensamiento maternal que encuentra su esencia en las conductas del ambiente familiar, religioso, comunitario, económico o político. Así, la evaluación de su inserción al ámbito laboral llega a estar determinada por su ternura, sacrificio, obediencia, desinterés o sumisión durante el cuidado al otro, y el aspecto económico pasa a segundo término, con poca exigencia del valor del trabajo, debido a que “la necesidad de dinero, solo les es útil en la medida de lo que les permite comprar” (Engels, 1845, p. 192). De esta manera, siguiendo a De Sousa Santos (2010, p. 19) se puede decir que “la injusticia social global está, por lo tanto, íntimamente unida a la injusticia cognitiva [...]. Para alcanzar el éxito, esta batalla requiere un nuevo tipo de pensamiento”.

Para ello, el pensamiento debe ser construido, en uno de sus ejes, a partir de la educación y la representación legítima o legal, porque, aunque existan intereses de control de quienes tienen mayor poder sobre los ciudadanos, en la representación se funda la esperanza (Tetelboin, 1997, p. 486) y no esperar todo, como comenta De Sousa Santos (2010, p. 24) solo en la misericordia de los más fuertes.

III.10 El Estado, sus limitaciones y la resistencia

¿Cómo se construye un pensamiento? La mejor oportunidad que se tiene está en la educación que pueda garantizar el Estado por ser el garante de los derechos de sus ciudadanos al ejercer el poder político y social de una nación (Engels, 1845, p. 155). Sin embargo, en México, una de las limitaciones es que el Estado se mantiene disminuido a lo mínimo necesario que le permita mantenerse en el poder y no bajo una premisa de fortalecer el progreso de su nación. En esta limitación, como lo explica Osorio (2011), se puede dar una relación social de mando-obediencia, en la cual el Estado se convierte en simple funcionario y ejecutor del sistema que le impone la clase dominante, y es regido por la lógica estructural de capital, sin alcanzar las particularidades de lo que requieren los ciudadanos.

Al respecto, en México, en estos tiempos, se han identificado múltiples necesidades en la formación de los diferentes grados académicos y, sobre todo, grandes desigualdades, dependiendo el centro educativo y la zona geográfica, con gran impacto y, regularmente, de manera negativa, a los sectores más pobres (Márquez, 2012). En este sentido, con respecto de la educación, hoy y como sucedía en el siglo XIX, cuando aparentemente el Estado intentaba imponer una obligatoriedad, la burguesía industrial mostraba su poder de oposición a estas iniciativas, quizá porque tenía poco que esperar y mucho que temer en la formación intelectual de la clase trabajadora.

Así, en las relaciones de poder, pareciera que la posibilidad de cambio en la medida que se robustece el sistema educativo y la participación política de la enfermería puede estar centrada en lo que llama Foucault la resistencia, entendiendo que esta “no es reactiva ni negativa, es un proceso de creación y de transformación permanente...” (Giraldo, 2006, p. 105). Esta resistencia, podría generar una mayor ventaja al desarrollarla desde los centros laborales, en donde se viven las necesidades reales de lo cotidiano, siempre y cuando exista una visión de líder que permita la proyección de los trabajadores, entendiendo que son ellos quienes les dan vida a las instituciones con su actuación y en donde la función social desde los centros de trabajo se puede proyectar en el desarrollo de lo cotidiano en la convivencia familiar y social.

III. 11 Género y clase

En las relaciones de poder, otro de los factores que ha influido históricamente en el desarrollo de la profesión de enfermería, puede ser su origen en el género, por considerarse una profesión femenina. Desde su nacimiento con Florence Nightingale, se seleccionó que el 100% fueran mujeres; a más de 150 años, en el año 2012, de las 302 mil personas dedicadas a cuidar enfermos, nueve de cada diez eran mujeres y al año 2018 todavía representaban el 85.65% de ese personal (Secretaría de Salud, 2018).

Esto tiene una influencia en el desarrollo de enfermería, debido a que, históricamente, se ha realizado una asociación de la mujer con el trabajo doméstico, en la cual se espera que ellas actúen bajo la lógica del pensamiento de una sociedad machista, con un trabajo de hogar (servir, cuidar, limpiar, obedecer...). Pasando esta forma de organización de la casa a un centro de trabajo formal, con toda su disminución en el *status* social y falta de valor percibido.

Este tipo de construcciones que han alienado la actuación de la mujer como ser respetado en igualdad, en la actualidad, puede tener su explicación al haberles impuesto una influencia en su actuación por quienes poseían el poder, lo cual se traduce, como menciona Bourdieu, en un *habitus*, es decir, en una identidad percibida y otra que se objetiviza. Aquí se reconoce al sujeto *sujetado* a prácticas y discursos y, al mismo tiempo, pasa de ser solo sujeto de control a un sujeto sometido bajo su propia conciencia, convirtiéndose en un tipo determinado de sujeto.

Si bien, es cierto que se vivía –por no decir que aún se vive– bajo una opresión, no sería difícil entender que la enfermera haya tenido, y siga aún con dificultades al mantener una relación de poder en donde pueda actuar en igualdad de circunstancias, con diferentes retos por superar en este siglo XXI; por un lado, es necesario visibilizar las relaciones cotidianas con sus respectivos instrumentos (vigilancia, discurso, intimidación, regulación académica, diferencias económicas, oportunidades de formación) que permiten grabar cuerpos, codificar y generar hábitos con la intención de que el cuerpo responda de manera automática al sometimiento de un poder abstracto.

En un segundo momento, se deben superar las condiciones de autonomía que caracterizan a las profesiones, ello, en lo que respecta a los centros hospitalarios, mediante relaciones de trabajo colaborativo entre integrantes de las organizaciones, a fin de que se permita generar condiciones de desarrollo académico y autonomía en la práctica del cuidado, la cual favorece la legitimación profesional, así como a participación en igualdad de circunstancias (códigos de adscripción y participación en

comités y comisiones reguladoras) en la gestión administrativa de las instituciones de salud.

En otro momento, es necesario superar la condición de clase, es decir, obtener igualdad de oportunidades y convivencia. En este punto se destaca romper la propia imagen de lo cimentado en lo individual, en donde se han construido códigos de inferioridad que emergen fundamentalmente de grupos sociales en los cuales se nace y vive, como parte de la propia construcción de la enfermería moderna, en la que existió una diferencia de clases que ha marcado la historia. Estas afirmaciones se logran ver en las palabras de una de las pioneras de enfermería y contemporánea de Nightingale; Elizabeth Davis, quien siendo mujer menciona lo siguiente:

Yo no desvalorizo los servicios de ninguna señora, pero las auténticas nobles, nacidas en altas cunas no están acostumbradas al trabajo manual rudo ni son los suficientemente fuertes para enfrentarlo. Al ejecutar oficios serviles se exige demasiado y hieren los sentimientos de los hombres, sensibles a la incomodidad que tales tareas provocan en damas de clase alta. Ellas pueden ser adecuadas para gobernar, pero para los servicios generales resultan más útiles las personas de otra clase, que pueden poner manos en cualquier parte (Scchetti y Rovere, 2011, p. 65).

Desde este planteamiento, se considera que la condición de mujer no es de superación, ello, porque han luchado, tienen un espacio ganado y no representa en la actualidad la piedra angular de las limitaciones del desarrollo de la profesión de enfermería, en el hecho mismo de la condición de género, porque en donde radica “supuestamente” y de acuerdo con lo señalado, es en la condición de servicio asociado a las clases bajas y no en las nobles, nacidas en altas cunas y en clase alta; es decir, en la actualidad, el problema no radica en ser mujer, tiene que ver de fondo con la clase y, como se lee, con esa construcción social que hiera el sentimiento del hombre sensible a la incomodidad que esas tareas realizan las damas de clase alta (Scchetti y Rovere, 2011). Es decir, para analizar el género en enfermería, es importante

considerar la clase, porque pareciera que esta última variable es la que produce la mayor desigualdad (Comas D´, 1995).

En este mismo sentido, hoy no se puede decir que el género masculino marca la diferencia, porque, mientras no se cuente con una posición social, inserción en espacios de toma de decisión o mayor educación, difícilmente se marcará un equilibrio entre los integrantes que tienen facultad de agencia⁺⁺⁺ en los diferentes escenarios de actuación que favorecen el desarrollo de enfermería.

III. 12 Clase alta y poder protector

Para generar ventajas a la enfermería siendo de clase alta, se requiere de un sentido de servicio e identidad, como menciona Cano (2004) “la identidad no es algo estático sino una construcción social y para su creación necesitamos del reconocimiento del otro (p. 37)”. Con estas palabras se pretende explicar los avances que han tenido en el desarrollo de enfermería a partir de las contribuciones de mujeres que nacen en una posición económica alta; ellas, al margen de la posición, se han asumido como enfermeras, han luchado primeramente contra los prejuicios de su propia familia al intentar desvalorizar la enfermería, han estudiado, construyen capital cultural, han desarrollado una vocación, han asumido una movilidad en su actuación cotidiana, generan capacidad de negociación y se han hecho reconocer por el otro.

Este reconocimiento del otro es un elemento sustancial en el desarrollo de enfermería, lo que podría traducirse en una protección, siempre y cuando sea del agrado de quien ejerce el poder, lo favorezca o sea de utilidad para mantener “buenas relaciones”. En este tipo de poder protector, Bordieu (2002) menciona un ejemplo:

⁺⁺⁺ “En oposición a quienes definen a la agencia humana solamente en términos de intención, Giddens sostiene que la agencia no se refiere a las intenciones que tienen los actores de hacer algo, sino a su capacidad de hacerlo. La agencia tiene que ver con eventos que el individuo lleva a cabo, de manera que lo que pasó no hubiera sucedido si el individuo no hubiera intervenido”.

El teatro isabelino..., como institución, fue en gran parte creado por especuladores procedentes de las clases medias y alimentado con obras de escritores procedentes en su mayor parte de familias de artesanos y de comerciantes, pero de hecho fue combatido sin cesar por la clase media de comerciantes y, al mismo tiempo que aceptaba un público popular, sobrevivió gracias a la protección de la corte y de la nobleza. (p. 15).

Otro ejemplo se encuentra en la historia de la enfermería, cuando Ethel Bedford Fenwick, enfermera inglesa, matrona del hospital San Bartolomé, tuvo entre sus objetivos el reconocimiento de la enfermería al pasar del perfil religioso a uno profesional, bajo un modelo de profesionalización similar al médico, adquiriendo como base el postulado del acta médica de 1858. En la propuesta de Bedford sobresale el oponerse al ingreso de mujeres humildes a las instituciones, bajo el deseo de que la enfermería se convirtiera en una profesión de damas de clase media, con deseos de recibir una educación liberal, enseñanzas refinadas en cuestiones del hogar, sin percepción de salario y con capacidad de pago, para contar con derecho al registro. Sin embargo, esta propuesta recibió un total de rechazo de Nightingale, debido a que se contraponía a la enseñanza que ella deseaba formar, en la cual pretendía que una característica de la profesión independiente de los médicos, fuera de exclusividad para mujeres humildes, con actitud de servicio y oposición al sistema de registro. Esta controversia fue tal que requirió la intervención de un comité del consejo privado de la Reina; así, en 1892, se desechó la propuesta de Bedford Fenwick, dando la victoria a Nightingale (Sacchetti y Rovere, 2011).

Esta decisión pudo haber tenido su origen en la cercanía de Nightingale con el grupo de la reina Victoria y la amistad que mantenía con Christian Von Bunsen, embajador Prusiano en Inglaterra (Sacchetti y Rovere, 2011). Así, en el transitar de la historia y sin que se invisibilicen las contribuciones de las asociaciones, grupos de enfermería y profesionales que se encuentran en el anonimato y/o de las que no se ha podido dar lectura en esta revisión, se puede mencionar que quienes han marcado de manera significativa el desarrollo de la enfermería y han intervenido en las decisiones políticas

han sido mujeres de clase alta que cuentan con solvencia económica, característica diferente al común de la enfermera convencional. Como ejemplo de ellas, a nivel internacional, se puede nombrar a la propia Florence Nightingale quien posicionó los principios de la enfermería moderna. En México se tiene, entre otras enfermeras, a la maestra Graciela Arroyo de Cordero como Primera enfermera que formó parte del Consejo Universitario y gestionó e implementó el programa de estímulos económicos a nivel Nacional para el personal de Enfermería; Sor María Suarez Vázquez, Directora de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, quien logró, entre otras cosas, la primera Dirección de Enfermería en el país, para la institución que representaba; María Elena Maza Brito, quien representó a México a nivel internacional y fue impulsora de diversas escuelas de enfermería; una característica de todas ellas fue su convivencia cercana al equipo médico y a los presidentes del país.

III. 13 Desarrollo profesional de enfermería

En las relaciones de poder, como se comentó, la enfermería no solo espera la protección o la misericordia de los más fuertes. Las y los integrantes de la profesión de enfermería, a partir del desarrollo histórico de la enfermería moderna, han tratado de buscar una identidad, definir su espacio profesional, reconocer su función en el cuidado de la salud, asumir responsabilidades y ejercer su rol de autonomía (legitimación social) (Celma, 2007). En este camino, su construcción en México se ha basado en un desarrollo académico, transitando de un conocimiento exclusivamente práctico hasta una educación universitaria, alcanzando en la primera década del siglo XXI los estudios de doctorado en enfermería.

Enfermería, gradualmente, está siendo admitida en una comunidad científica como profesión; también ha desarrollado una metodología de trabajo conocida como el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el cual le permite resolver situaciones de su competencia sin que ello signifique que, una vez resuelta la construcción de la metodología, implique su completa aplicación, pero sin un avance gradual.

III.14 Autonomía en enfermería

Un elemento central que podría traducirse en un resultado en el desarrollo de la profesión, es la autonomía, siendo esta un sello distintivo de una profesión con respecto a la ocupación. La materialización de su logro se puede analizar desde la propuesta de Mojojlovich (2007), en tres tipos de control: sobre el contenido de la práctica, sobre el contexto de la práctica y sobre la competencia profesional. La continua falta de control de estos elementos apunta a que el poder sigue siendo difícil de alcanzar y se mantiene en otros actores.

La propuesta indica que entre más conocimiento se obtenga sobre la práctica, esta se podrá ejercer con mayor autonomía; si se mejora la situación desde el ámbito de competencia, existe la viabilidad de influir sobre las decisiones en la actuación del paciente. En lo que respecta al control sobre el contexto, este se basa en una participación sobre el funcionamiento de la institución de salud, la capacidad de tomar decisiones en una relación igualitaria con la administración y el equipo de salud. Por su parte, la competencia profesional tiene su fundamento en la preparación educativa de otros profesionales de la salud, en donde se contempla que, entre menor educación se tenga con respecto de otros integrantes de la organización hospitalaria (médicos, nutriólogas, químicos), se tendrá menor participación en las políticas de organización, además de menor autonomía.

III. 15 Emancipación o liderazgo

El desarrollo de este trabajo identifica que las realciones de poder no son monstruos invencibles, aun cuando en un momento determinado se cuente con ejércitos políticos que moldean a sus soldados a su antojo. Dichas relaciones no siempre mantienen las mismas condiciones, también pueden tener momentos de debilidad, sobre todo cuando se encuentran ante una resistencia activa y organizada desde cualquier ámbito de actuación. En este sentido, vale la pena conocer sus mecanismos, sus capacidades de afectar y de ser afectadas, con el fin de estar en condiciones de enfrentar, evadir,

engañar y, por qué no, vencer. En este proceso de resistencia se rescata un caso de la literatura en donde Medea, protagonista de una tragedia de Eurípides quien se niega a someterse al hombre, su marido, y llega hasta el asesinato de sus propios hijos para que Jasón, el hombre, no pueda burlarse de ella. Medea pone fin cruentamente a la relación de poder. Ello sirve como ejemplo porque sus palabras son elocuentes: “*Si ya nada queda, quedo yo*” (García, 2012, p. 43), y es precisamente el yo el que aparece como nueva posibilidad estratégica del ser humano de hoy.

En este sentido, es necesario dejar ver que la enfermera debe tener claro su propio destino (autonomía) y trabajar la sobrecarga en la multiplicidad de roles asumidos históricamente y sin reclamos. El liderazgo de quien dirige la organización tiene un impacto central, entendiéndose como aquel proceso que permite de manera invisible influir en el pensamiento, las decisiones, las actividades de una persona o un grupo de personas orientando sus esfuerzos hacia alcanzar objetivos o metas en una situación determinada (García, 2009). Para ello, se debe contemplar que la probabilidad del éxito depende de la base de poder apropiada y del reconocimiento en la relación de quien lo ejecuta y quien lo recibe.

Asimismo, los directivos de salud, las elites de enfermeras y las academias deben continuar sustentando la praxis profesional e involucrarse con el personal de enfermería que brinda una gestión del cuidado en cualquier nivel de atención, a fin de crear una mayor expectativa por su participación (Celma, 2007). También deben permitir el acceso a la educación, a la superación académica y fomentar una mejor relación entre todos quienes integran el equipo de salud.

Así, en una responsabilidad compartida de las instituciones educativas y de salud las cuales aportan desde lo interno, estas deben eliminar los discursos que intentan atribuir a la propia enfermera cuando se menciona que son ellas quienes entorpecen los procesos de desarrollo y autonomía profesional, responsabilizándolas por la falta de preparación, la baja autoestima y la disminución del valor frente a la relación social, sobre todo con el médico; aseveraciones que tienen implícita una ausencia o

desconocimiento de las relaciones económicas, políticas e ideológicas, así como del análisis de la importancia de una sociedad más equitativa, en donde el Estado debiera tener un papel central en la construcción social de la enfermería como profesión en un espacio llamado hospital y, por último, de la enfermera en su condición de mujer inmersa en una sociedad que condiciona determinadas formas de actuación y vida social.

IV. APROXIMACIONES METODOLÓGICAS

El estudio se realizó desde una postura cualitativa, a través del análisis crítico del discurso, en donde, a partir del método se consideró la estructuras del texto y la conversación, la cognición y la interacción social.

Se interpretó por medio del lenguaje de las informantes una realidad en el presente, asimismo, se consideró teóricamente que a partir de ellas, como miembros de una organización o grupo social, las palabras que reproducen pudieran ser las creencias históricamente construidas y la interacción en situaciones de índole social del grupo al que pertenecen. Cabe aclarar que el lenguaje no siempre es transparente al margen de la codificación y decodificación. Este método se utilizó porque el objeto de estudio estaba en la intervención de lo simbólico sobre el sujeto a nivel de lo ideológico, ello permitió interpretar datos de comunicación. Gracias a esto, las dimensiones cognitivas y sociales definieron el contexto relevante del discurso.

La selección de la postura cualitativa fue debido a que, en contraste con los escenarios clínicos y/o laboratorios en donde se ejerce un mayor control de las variables, aquí se intenta entender las experiencias y/o significados de las personas en sus ambientes de existencia cotidiana y explorar nueva información del fenómeno, entendiendo que en los contextos no existe una sola realidad, sino una diversidad y, en ocasiones, el conocimiento solo es apreciable dentro de un determinado contexto o situación (Driessnack, Sousa, Mendes, 2007).

Desde esta mirada cualitativa en investigación, se reconoce que en la relación sujeto-sujeto existe una dinámica entre el mundo real, el sujeto y la interpretación, por lo tanto, el observador atribuye significados a los fenómenos que interpreta desde las ciencias sociales; el sujeto expresa una historicidad de un presente enmarcada en el pasado y con proyección al futuro, así, el investigador y el investigado, en un momento determinado, comparten una cultura humana y un carácter ideológico en el que se dejan ver intereses y visiones del mundo.

Además, se buscó comprender la interpretación de las interpretaciones de los actores, sobre el significado de prácticas, acciones sociales y concepciones en los procesos subjetivos, en donde se comparten escenarios de tensión en referencias interpretativas (Magalhaes, 2007), esto ocurre de la misma manera en los diálogos, textos escritos, entrevistas, etc., en los cuales, en ocasiones, el lenguaje no es transparente, ya que muestra, pero también puede distorsionar u ocultar que lo expresado refleje directamente lo pensado y a veces expone solo un indicio pequeño, a veces sutil o cínico. En este sentido, no basta explicar estas opacidades del lenguaje desde la codificación y decodificación, se hace necesario el componente de la inferencia, porque a menudo las palabras significan mucho más de lo que dicen, por el motivo que se enuncia a continuación:

Porque, claro, si los discursos fueran transparentes ¿qué sentido tendría hacer análisis? Entonces bien, al entender la opacidad llegamos a la justificación del análisis, y al comprender que el discurso es una forma de acción, encontramos el sentido y el propósito del análisis. (Santander, 2011, p. 210).

Por otro lado, desde este enfoque se asume el reto de presentar una propuesta metodológica que sea capaz de orientar la construcción de conocimiento desde un campo científico, en donde el método sea uno de los elementos para favorecer la regulación de la relación de manera desinteresada en búsqueda de una “verdad”, entendiendo que, aun con la mayor cautela en la construcción de conocimiento, nunca se incluirá todo lo que se expresa (Magalhaes, 2007).

La idea de utilizar este método no es arbitraria, es orientada, entre otros aspectos, por el objeto de estudio, contexto ideológico, técnico, etc., como parte del propósito de intentar entender y comprender los fenómenos dentro de una variedad de propuestas, aun cuando dentro de las más representativas se encuentra la etnografía, la fenomenología y la teoría fundamentada (Hernández, 2014). Sin embargo, otra propuesta, la que se va a utilizar, se encuentra dentro de los referentes metodológicos más utilizados en salud para interpretar datos de comunicación es el análisis del discurso (Amezcuza y Gálvez Toro, 2002).

El análisis del discurso se ha mostrado como el referente teórico, aplicable a los enfoques sociales, políticos, a las relaciones de grupos, organizaciones, rutinas, procesos y otros fenómenos en sus manifestaciones más concretas (Amezcuca y Gálvez Toro, 2002). En estos términos, incluso existen posturas de que la teoría crítica no representa un diseño específico de investigación cualitativa por generarse en aras de un espacio político, sin embargo, en la discusión, como menciona Van Dijk (1999), la investigación social no es política, pero sí la elaboración de teorías, la descripción y la explicación; nos guste o no, están situadas sociopolíticamente.

El llamado como investigadores al análisis crítico es también la crítica de sí mismos y, a pesar de los buenos propósitos, el objetivo debe centrarse en generar conocimiento y aportar a la sociedad desde la postura política, es así, y ante todo, que lo que se debe realizar es un “buen” análisis del discurso. Desde esta perspectiva, en el estudio teórico la intención es crear o fortalecer cimientos teórico-prácticos en este desafío de la teoría y proveer bases de explicación en direcciones de la investigación, para entender y comprender las relaciones entre el discurso y el poder, para ello, se retoman los siguientes principios, de acuerdo con Van Dijk:

1. El ACD trata de problemas sociales.
2. Las relaciones de poder son discursivas.
3. El discurso constituye la sociedad y la cultura.
4. El discurso hace un trabajo ideológico.
5. El discurso es histórico.
6. El enlace entre el texto y la sociedad es mediato
7. El análisis del discurso es interpretativo.
8. El discurso es una forma de acción social. (Van Dijk, 1999, p. 24-25)

Así, desde esta corriente, cabe mencionar que “el análisis del discurso pretende formular teorías sobre las tres dimensiones que lo componen: El uso del lenguaje (estructuras del texto y la conversación), la comunicación de creencias (cognición) y la interacción en situaciones de índole social” (Amezcuca y Gálvez Toro, 2002, p. 428).

Al considerar al Estado, la institución, al grupo y sus relaciones para explicar la reproducción social de esta construcción en un ejemplo cualquiera, se puede decir que al implementar una política o mencionar un discurso (articulación entre lenguaje y palabras), un miembro reconocido (construcción de un macro o meso nivel) de una comunidad científica o profesional, como actor social u organización, es quien menciona el discurso y actúa como miembro de un grupo, entonces, de este modo, el grupo es el que actúa a través de sus miembros (Van Dijk, 1999), de esta manera, en un primer momento, desde lo mencionado, “la palabra es la que instaura la mentira en la realidad precisamente porque introduce lo que no es, puede también introducir lo que es.... con la palabra hay cosas que son que son verdaderas o falsas” (Rossi, 2010, p. 129), y al ser reproducido por un integrante del grupo, se puede convertir en una actividad que se constituye en una sociedad. Así, las acciones individuales pueden convertirse en procesos sociales de grupo (Van Dijk, 1999).

En este sentido, al analizar el discurso como tendencia aceptada en las Ciencias Humanas y Sociales se llega a la necesidad de estudiar el lenguaje en uso, es decir, las emisiones realmente pronunciadas por los hablantes, superando al sistema formal del lenguaje (lingüística), porque como menciona Lacan:

La palabra con sus tres etapas, del significante, de la significación y del discurso. Son tres vertientes articuladas, imposibles de separar, pero, aun así, diferenciadas. Se trata de tiempos lógicos... de la intervención de lo simbólico sobre el sujeto. ... hay que suponer siempre una organización anterior, o al menos parcial, del lenguaje, para que la memoria y la historización puedan funcionar... El significante entonces está dado primitivamente, pero hasta tanto el sujeto no lo hace entrar en su historia no es nada... Podría decirse que la dimensión del lenguaje introduce la estructura; luego, la de la palabra, la historización; y la del discurso, la comunicación. (Negro, 2009, p. 2).

Así, para el discurso, además de la necesidad de una base lingüística, esta se requiere vincular con la base cognitiva, en donde la cognición toma el siguiente papel:

Implica tanto la cognición personal como la cognición social, las creencias y los objetivos, así como las valoraciones y las emociones, junto con cualquier otra estructura, representación o proceso «mental» o «memorístico» que haya intervenido en el discurso y en la interacción. Por último, la voz «sociedad» se entiende de forma que incluya tanto las microestructuras locales de las interacciones cara a cara detectadas como las estructuras más globales, societales y políticas que se definen de forma diversa en términos de grupos, de relaciones de grupo (como las de dominación y desigualdad), de movimientos, de instituciones, de organizaciones, de procesos sociales o de sistemas políticos, junto con otras propiedades más abstractas de las sociedades y de las culturas. (Van Dijk, 2003, p. 146-147).

Se puede decir que la unión de las dimensiones lingüística, cognitiva y social definen el contexto relevante del discurso. Así, la importancia de analizar los discursos radica en que son generados por la enfermera y podrían representar una visión de la realidad social que se desprende de la conciencia y la objetivación de lo conocido que emana de una introspección racional; en este sentido, el discurso se define como una práctica social y justifica sus observaciones como un análisis social (Santander, 2011).

IV. 1 Selección de informantes

Los participantes fueron seleccionados de acuerdo con su experiencia sobre el fenómeno de interés. Se consideró a la subdirectora de enfermería y jefes de Departamento de Enfermería, a la coordinadora de enseñanza y jefes de enfermeras que guían el proceso de formación de estudiantes y pasantes, así como a pasantes de enfermería, todos de un hospital de tercer nivel de atención en la Ciudad de México. La selección de las integrantes del más alto nivel jerárquico de la profesión de enfermería se realizó porque “... *se puede lograr comprender los recursos de poder y de dominación utilizados por las élites, pues estas son las que tienen un control*

específico sobre el discurso público” (Martínez, 2006, p. 9). A través de ellas, de sus cargos o de sus puestos se pueden controlar los actos de los demás. Ellas tienen acceso al discurso público como forma de poder y control social. En cuanto a la jefe de enfermeras (la jefe de enfermeras realizaba funciones de coordinadora de enseñanza), promueve la reproducción social de la construcción ideológica y las pasantes, pues en ellas se puede identificar la experiencia y/o significados de la reproducción del fenómeno estudiado.

IV. 2 Técnica e instrumentos de investigación

A partir de la revisión de la literatura fue posible identificar una estructura teórica que permitió explicar, desde una macroestructura, a partir de 4 dimensiones cómo se presentan las relaciones de poder: económicas, políticas e ideológicas, y cómo estas pueden favorecer u obstaculizar el desarrollo de enfermería (Anexo 1).

De manera paralela a la construcción de las dimensiones y sus categorías, para la recolección de información se elaboró una guía de entrevista semiestructurada (Anexo 2). Previa a las entrevistas a los informantes, se realizó un piloteo con una subdirectora de un Instituto Nacional de Salud en México que no pertenecía al Instituto donde laboraban las informantes. Lo anterior con la intención de identificar áreas de mejora en la entrevista. Esta no se incluyó en el análisis de los resultados. Luego de que el instrumento se afino, se agendó una cita con los informantes clave para solicitar su participación en la investigación previa a la explicación de los objetivos de la investigación.

Las entrevistas realizadas a las integrantes del equipo directivo tuvieron una duración aproximada de una hora. Éstas se llevaron a cabo en sus oficinas de trabajo, tres de ellas ubicadas en el segundo piso del edificio de hospitalización y una en la escuela de enfermería de la institución. Las entrevistas de las pasantes fueron en el área de enseñanza, ubicada también en el segundo piso del edificio de hospitalización.

El estado de ánimo de las participantes durante y previo a la entrevista fue de mucha cordialidad e, inclusive, se observó que estaban relajadas, entendiéndose como un

estado emocional de baja tensión, sin observarse agitación, molestia, ansiedad o temor.

A todas previo al inicio de la entrevista se les solicitó la autorización para grabar su voz. Cuando accedieron, la grabadora fue colocada al centro de los escritorios y se les avisó cuando esta se encendió y apagó. Finalmente, su participación fue bien agradecida y se reiteró que, en respeto al anonimato y siguiendo los principios éticos, no se haría uso de su nombre y que, en caso de ser necesario, se usarían seudónimos.

IV.3 Análisis

Para el análisis las entrevistas se transcribieron en procesador de textos Word, colocando las expresiones onomatopéyicas con la intención de que se pudiera comprender la realidad vivida. Se transcribió de manera descriptiva la expresión de cada dimensión y categoría, en donde, se identificaron las relaciones de poder económico, político e ideológico del equipo directivo como construcciones de los procesos subjetivos que dan significado dentro de un ambiente natural a la práctica, lo que en la medida de la repetición favorece a la regulación de las relaciones siendo promotores de la reproducción social y control de los actos de los demás.

Para el análisis se revisaron los conceptos teóricos, la transcripción de las entrevistas y se vincularon ambos contenidos. El abordaje se realizó siguiendo el objetivo general, luego, se crearon categorías y subcategorías de análisis emergentes conforme se presentaban en las entrevistas enfocando solo en aquellas que respondían a la pregunta de investigación. Al respecto, se realizó una estructura, como lo muestra el Cuadro 1. Y se describe a continuación:

En la dimensión de relaciones de poder político, se crearon tres categorías, 1) jerarquías, 2) apego a programas federales e institucionales y 3) regulación administrativa; en las relaciones de poder económico, se consideró el presupuesto y los recursos; en las relaciones de poder ideológico, se consideró la categoría de normalización con las subcategorías de: genero, profesión, clase, formación

académica, tiempo de ser profesión, participación política, y la participación del Estado (operando a nivel institucional). En la dimensión de desarrollo profesional, se consideraron las categorías de identidad y autonomía. Para identidad las subcategorías fueron; enseñanza científica, desarrollo académico, sentido de pertenencia, rol social, desconfianza en la práctica clínica, autoestima y comparación con el médico. En lo que respecta a la categoría de autonomía, las subcategorías fueron; protocolos nacionales, controles administrativos, limite en el presupuesto, normatividad, paradigmas arraigados, ordenes médico, liderazgo, seguridad, conocimiento, experiencia, uso estratégico del conocimiento, identidad propia y auténtica de la profesión, toma de decisiones y dirección para enfermería.

Finalmente se construyó la categoría de resistencia, la cual se ubicó desde una perspectiva de disentimiento, de contra-poder, al respecto, se consideró la aspiración centrada en: la formación, valores, conciencia de ser profesional de enfermería, sensible en el cuidado hacia un ser humano, en modificar la actitud y la conducta, favorecer la lectura, dar apoyo en tutorar al equipo de enfermería con menos experiencia, construir liderazgo, autonomía, apego a políticas para generar presupuesto para la institución, negociación política para generar apoyos económicos para el personal, favorecer un discurso de inclusión al ejercicio del poder para enfermería, autogenerar necesidades de aprendizaje y resistencia a la legitimidad de la normalización de las desigualdades.

Cuadro 1. Categorías de análisis		
Dimensión	Categorías	Subcategorías
Poder político	Jerarquías	Subdirectora
		Jefas de departamento
		Enfermeras jefas de servicio
		Pasantes
	Apego a programas federales e institucionales	Productividad
		Políticas publicas
	Regulación administrativa	Convenios
		Indicadores de calidad
		Misión, visión, valores institucionales
		Cultura de calidad
Poder económico	Presupuesto	Compra de equipo tecnológico, de infraestructura, de trabajo personal e insumos
		Apoyo a la formación técnica, licenciadas, maestras o doctoras
		Apoyo a la certificación
		Becas para intercambio académico

		Incrementos salariales para enfermería por grados académicos		
		Programa de profesionalización		
		Recursos	Infraestructura	
			Tecnológicos	
Humanos				
		Económicos		
Poder ideológico	Normalización	Género	Mujer	
			Hombre	
		Profesión	Médico	
			Enfermera	
		Clase	Alta Media Baja	
		Formación académica	Nivel técnico Licenciatura Maestría Doctorado	
		Tiempo de su profesión	Antiguo Joven	
		Participación política	Mayor participación Menor participación	
Participación del Estado (operando a nivel institucional)	Mayor apoyo Menor apoyo			
Desarrollo De la profesión	Identidad	Asumir el rol profesional	Comprometido/ alto o bajo	
		Valor a la profesión	Alto o bajo	
		Asumir el rol social	Cultura	
		Enseñanza científica	Aval Universitario	
		Desarrollo académico	Grados académicos	
		Confianza en la práctica clínica	Novato Experimentado	
		Autoestima	Alta Baja	
	Identificarte como enfermero	Médico		
	Autonomía	Conocimiento, seguridad, liderazgo, cultura, protocolos nacionales, controles administrativos, límite en el presupuesto, normatividad, paradigmas arraigados, ordenes médico, experiencia, uso estratégico del conocimiento, identidad propia y auténtica de la profesión, toma de decisiones y dirección por enfermería.		
	Resistencia	Aspiración centrada en: la formación, valores, conciencia de se profesional de enfermería, sensible en el cuidado hacia un ser humano, modificar la actitud, la conducta, lectura, apoyo a tutorar, construir liderazgo, autonomía, apego a políticas para generar presupuesto, negociación política para generar apoyos económicos, discurso de inclusión al ejercicio del poder para enfermería y autogenerar necesidades de aprendizaje y resistencia a la legitimidad del poder.		

Desde el análisis crítico del discurso, se analizaron los componentes que contribuían al ejercicio de poder, reproducción de la desigualdad, abuso de poder, dominación, injusticia social y, en su caso, elementos de resistencia.

Desde el concepto de racionalidad de las relaciones de poder fue retomada la caracterización de Weber, en donde se interpreta como la representación del actuar de una organización social con convicción valorativa, basada en principios de cálculo de las condiciones que posibilitan la realización de fines y no necesariamente en condiciones o normas sustantivas derivadas de valores universalmente aceptados. También se denotó el actuar consciente de intereses que se implementan en una sociedad, generando un tipo de dominación política y social con un poder y control característico (Ramírez, 2000). Asimismo, se analizó cómo hablan las enfermeras, cómo se conceptualizan y qué prejuicios y/o reconocimientos circulan, además, se dilucidaron de dónde vienen los prejuicios y/o reconocimientos, quién tiene el poder y, finalmente, se identificó la naturalidad del poder.

CAPITULO V. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Este capítulo presenta los resultados que se obtuvieron a partir del análisis de las entrevistas. En primera instancia, se ilustrará el ejercicio de poder por medio de los dispositivos políticos y sus instrumentos, el grado de participación del personal de enfermería en distintos procesos de orden global, así como el desarrollo institucional y las políticas de certificación. Posteriormente, se mostrará el ejercicio de poder económico y las concepciones ideológicas que rodean diversas nociones estructurales en la profesión, por ejemplo, la formación, los obstáculos, las diferencias percibidas en distintos niveles de la formación, la implicación de los apoyos institucionales, entre otros. Finalmente, se discutirán las implicaciones del ejercicio de poder ideológico sobre la distribución de privilegios entre profesiones, el desarrollo del personal de enfermería, su autonomía y sus obstáculos.

V. 1 Poder político

Como ya ha sido planteado, el ejercicio del poder político se entiende como la posibilidad de influenciar la conducta humana, ya sea por retórica, por la sujeción a un mecanismo de institucionalidad como alguna ley, ordenamiento, norma, entre otros mecanismos, o también por la sujeción a lineamientos específicos derivados de algún instrumento de política como un programa federal o algún proceso de certificación y/o de acreditación hospitalaria.

Tomando en consideración lo anterior, fue posible identificar dos discursos diferentes. Por una parte, un discurso ostentado por los niveles jerárquicos el cual alude a la construcción simbólica de productividad, es decir, que mientras un hospital se mantenga vigente y participando dentro de los instrumentos de poder político, este tiene acceso a determinados privilegios, por ejemplo: mayor presupuesto, insumos, personal, entre otros.

“...tiene un efecto muy importante porque si tú ves la productividad que tiene este tipo de población que se atiende en el Instituto, tienes un ingreso importante en cuestión de insumos, de consumibles, de dinero para el propio

Hospital y no sé si recursos humanos, pero donde sí impacta es en los recursos materiales y en la infraestructura ahí te apoya mucho el Seguro Popular...sí es mucho beneficio para el Instituto”. [Jefe de Departamento de Enfermería].

“Pues yo lo vería como que se pueden fortalecer las actividades que se realizan dentro de la Institución y que se debería o esperaríamos o deberíamos trabajar que se reflejen en la calidad en la parte asistencial, de los convenios, por ejemplo, nosotros como escuela tenemos varios convenios con, que además nos los exige la norma, con Instituciones del Sector Salud para nuestros alumnos tengan o encuentren escenarios para su desarrollo académico en, obviamente queremos que sea complementaria la parte teórica con la práctica y es, el reflejo es que el alumno tenga la experiencia”. [Jefe de Departamento Escuela de Enfermería].

En los dos discursos es posible visualizar un ejercicio de poder político que se ejerce desde la esfera burocrática, el cual establece normas y lineamientos centrados en la práctica de enfermería, mientras que, por otra parte, el ejercicio de resistencia consiste en extraer sistemáticamente la mayor cantidad de recursos posibles en beneficio de la institución. En este intercambio es posible visualizar cómo el personal de enfermería con niveles jerárquicos está plenamente identificado con el aparato institucional, formando parte de su identidad profesional.

En contraste con estas dos experiencias a nivel de jefatura de departamento, la subdirección mostró una construcción diferente y orientada principalmente a un ejercicio de poder político, a saber:

“Pues si tiene un efecto porque nosotros somos la institución punta de lanza para las mejoras a la comunidad entonces si [el Instituto...] lo desarrolla hay un liderazgo o que se va a nivel nacional para poder incidir en este caso, por ejemplo, lo que tenemos del paciente diabético es una red, además, de manera internacional, que nos permite también tener el apoyo para poder incidir en esa educación, en ese autocuidado que debe de tener el paciente porque se requiere de un grupo multidisciplinario específicamente con este paciente

diabético con los diferentes problemas, con síndromes hormonales, que hay situaciones que se detectan más fácilmente en una institución como la nuestra y que se pueda dar tratamiento y que también le permite mejorar si se da este conocimiento le permite mejorar la calidad de vida del paciente...”. [Subdirectora de Enfermería].

En el punto de vista particular de la subdirección, la participación en programas federales constituye una oportunidad de crecimiento para la Institución en general y no para el grupo de enfermería, esto es relevante en tanto que es posible apreciar que conforme incrementa el rango jerárquico el compromiso e identidad con el grupo de referencia se puede perder sistemáticamente. Se considera en menor medida la participación y el estatus del personal de enfermería en las actividades globales de la Institución como un todo.

En este mismo sentido, queda de manifiesto el juego de poder entre los niveles jerárquicos de enfermería dentro de la institución pues, por un parte, la subdirección persigue determinadas finalidades que le brindarán proyección, alcance y reconocimiento a la Institución, mientras que las jefaturas de departamento tratan de obtener los mejores beneficios de estos convenios o programas federales para el personal que tienen a su cargo, ya sea enfermeras jefe de servicio o para el estudiantado en la escuela de enfermería.

Hasta aquí se han descrito los discursos que conforman los niveles jerárquicos, sin embargo, en los niveles inferiores puede encontrarse a los pasantes de enfermería quienes deberían de ser los que reciben la mayor carga de ejercicio de poder, con una menor posibilidad de ejercer resistencia. Por ello, los resultados mostraron que de tres pasantes entrevistados solo uno proporcionó una respuesta ante esta pregunta.

Los silencios también conforman una unidad interpretativa de análisis y su significado tiene que ver directamente con la carencia de información, con la ausencia de una identidad y personalidad que pueda generar o construir una opinión sobre un tema específico. En este caso no importa mucho si la opinión está adecuadamente

informada o desinformada, sino que, desde el principio, los pasantes se auto descalifican y evitan generar juicios u opiniones propias.

Con respecto al único informante que atendió la respuesta a esta pregunta comentó lo siguiente:

“...es muy benéfico para toda la población en general y para el instituto aún más ya que es un hospital de tercer nivel, por lo tanto, ese tipo de programas aumentan la prevención y que no lleguen pacientes a un tercer nivel”.
[Pasante 1].

En este fragmento es posible visualizar, en cierto sentido, una respuesta orientada a alinearse con el poder, es decir, una respuesta sin voz propia y que utiliza los discursos políticos preexistentes para dar sentido a su contenido. Tomando como referencia lo anterior, se visualiza una gran diferencia entre los niveles por su jerarquía, dicho de otra forma, sobre el uso y dominio del *conocimiento*.

Con respecto a los procesos de certificación, a diferencia de los discursos expuestos anteriormente es posible apreciar la subdirección busca ejercer control para que la institución y, particularmente, el personal de enfermería se apegue a lo que se denomina “cultura de calidad”, que a su vez puede comprenderse como un dispositivo de poder que se ejerce desde la institucionalidad, pero también desde la esfera de la política nacional e internacional.

“...la Institución tiene una cultura de calidad o sea sabemos que esto no nace con nosotros pero efectivamente ir cultivando esa cultura de calidad y que la gente reconozca que no solamente está en el hacer sino también en medirlo y tengo que constatar lo que yo haga y, para eso, requiero de medición y para eso requiero también de describir y tener indicadores que permitan medir lo que yo estoy haciendo entonces si está involucrado el profesional de enfermería al 100% en la gestión del cuidado para que podamos tener esta parte de garantizar la calidad”. [Subdirección de Enfermería].

Cuando analizamos los discursos de las jefaturas de servicio es posible visualizar cómo el ejercicio del poder político se desenvuelve en los distintos niveles jerárquicos, en este sentido, las jefaturas de departamento no ejercen mecanismos de resistencia, sino que sutilmente se convencen de la necesidad de la certificación.

“...la participación de enfermería siento que es al cien por cierto porque enfermería está directamente relacionado con la atención y el cuidado del paciente y tiene mucha participación. La enfermera sabe cuáles son los indicadores que van a venir a regularnos para podernos certificar estoy convencida que el Instituto se puede certificar... el papel fundamental lo jugamos aquí en la Subdirección de Enfermería para podernos certificar”. [Jefe de Departamento de Enfermería].

“...sé y estoy convencida que sí, primero los conociéramos y segundo los participáramos con eficiencia, eficacia y efectividad para su desarrollo igual los otros procesos que realiza otros profesionales u otras personas involucradas en lo que es la atención hacia el usuario estaríamos muy por encima porque muchos de los procesos descansan en enfermería”. [Jefe de Departamento Escuela de Enfermería].

“Yo creo que todos en la línea de mando desde subdirección hasta el área asistencial, creo que todos debemos certificarnos. De alguna manera, a nivel social, puede ser un parámetro que tenemos como para estar evidenciando que estamos actualizados... creo que quienes se llevan más el trabajo fuerte es el profesional de enfermería, entonces yo creo en que el Instituto se certifique es gracias al profesional de enfermería, su trabajo lo está realizando como debe de ser, aunque hay áreas de oportunidad que se requiere trabajar y mejorar, pero creo que el éxito se lo llevaría principalmente el profesional de enfermería y eso sería, algo que motiva al mismo personal”. [Jefe de enfermeras].

Con base en estos discursos, se aprecia que el personal jerárquico de enfermería está convencido de la posibilidad de que exista ejercicio de poder dentro del proceso de

certificación hospitalaria, incluso es posible observar que algunos discursos atribuyen el éxito o fracaso del proceso de certificación al personal de enfermería.

Asimismo, se visualiza cómo el proceso de certificación que se impone desde el poder político puede ser un elemento que contribuye a favorecer los procesos de desarrollo del personal de enfermería, por ejemplo, una informante lo comenta de la siguiente manera:

“...tiene un efecto muy importante [la certificación] porque si nosotros nos certificamos, por ejemplo, podemos trabajar en nuestro propio modelo de gestión del cuidado y podemos darlo a conocer a nivel nacional... y esto nos da pues un plus, ¿no?, un estatus de lo que está trabajando enfermería aquí en el propio Instituto incluso lo podemos ir a dar a conocer no sé a un foro de la academia de enfermería a nivel internacional... podemos tener un impacto muy importante”. [Jefe de Departamento de Enfermería].

“La gestión del cuidado del paciente o sea si estamos inmersos al 100%. Pues en este sentido si nos da oportunidad que también nos conlleva a que como profesionales de la salud podamos certificarnos profesionalmente porque nos solicitan que tengamos un modelo de gestión de cuidado y que cumplamos con ciertos indicadores. Las enfermeras de nutrición cumplen con todo lo que involucra ese conocimiento...va a ser una obligación como profesional certificarme y si me van a dar la oportunidad de que por un lado tenga la satisfacción, tenga el conocimiento y tenga también esa proyección de que yo como profesional ejerzo dentro de la institución para que garanticemos la calidad del cuidado”. [Subdirección de Enfermería].

En estos dos discursos que provienen desde los niveles jerárquicos de la profesión, es posible visualizar un fuerte énfasis en revalorar o resignificar la certificación como un proceso que contribuye a la formación de competencias específicas y al posicionamiento de determinados conocimientos que conducirán, gradualmente, al diseño de un modelo de gestión del cuidado. En sentido estricto, un modelo

constituye en sí mismo un dispositivo para ejercer poder desde el ámbito político-normativo.

De esta manera, la certificación se posiciona como una obligación impuesta desde el poder hegemónico de las estructuras y sistemas de salud nacionales e internacionales, pero al interior de la institución se posiciona como un elemento necesario, útil para la profesionalización y reconocimiento de la profesión.

Por otra parte, los discursos de los pasantes denotan características más operativas sobre el proceso de certificación, es decir, sobre la homologación de prácticas o unificación de criterios (estandarización, normalización), siendo, en determinado momento, inconscientes de los mecanismos y dispositivos de poder que, desde lo político y lo normativo, rigen las prácticas de cuidado en el ámbito nacional e internacional.

“Certificar = a unificar prácticas, procesos, que traduce en calidad. Todo profesional de la salud está relacionado con la atención así que si todos certificamos la atención en un 100% debe estar garantizando la atención de calidad... Unificación en los criterios de atención, aunque a veces puede generar resistencia en el personal al creer que su labor se entorpecerá y/o que deberán capacitarse o aprender procesos complejos, aunque el objetivo sea el contrario, es decir, que se faciliten los procesos y se garantice la atención de calidad”. [Pasante 1].

“Es fundamental ya que el personal de enfermería es el de mayor número en el hospital, además de ser quien tiene mayor contacto con el paciente... Se empodera y enseña a todo el personal los objetivos principales de la certificación y que deben ser de su conocimiento... el efecto es totalmente positivo ya que al ser la mayoría en el hospital se nota un cambio inmediato...”. [Pasante 2].

Es importante notar que dentro de estos discursos se aprecia la importancia que tiene el conocimiento para el ejercicio del poder político, asimismo, se hace referencia a los

instrumentos de poder político que se traducen en reglas, normas, lineamientos y toda la documentación institucional con la que se ejerce control sobre los cuerpos.

“misión, visión, valores institucionales, objetivos generales, estándares e indicadores de calidad, metas internacionales, normas oficiales mexicanas, programas internos de cada institución... Portar un gafete de identificación, uniforme completo y como lo estipula el reglamento, uso de medidas de precaución, tener conocimiento acerca de los programas en lo que está trabajando dicha institución, conocer normas oficiales mexicanas...”.
[Pasante 3].

En general, es posible apreciar en los mecanismos de ejercicio de poder político una alta sujeción entre el personal de enfermería, ya que, independientemente de su nivel jerárquico, el apego a las políticas y contar con conocimiento se convierte en un símbolo que el personal de enfermería valora y los posiciona como elementos que, cuando se poseen, son útiles para ejercer el poder y ganar un estatus dentro del ámbito hospitalario.

V. 2 Poder económico

El poder económico se caracteriza por tener relaciones de poder que están sustentadas dentro de una plataforma financiera, en donde existen actores que detentan el poder y otros que lo administran, encontrándose en la parte más baja el trabajador que vende su fuerza de trabajo. Bajo el esquema de operacionalización de las categorías, el poder económico se ejerce por medio de presupuestos y recursos sobre la concepción ideológica de la formación, es decir, su significado está en función de la valoración extrínseca que se otorga como oferta en el mercado a los distintos niveles formativos (nivel técnico, postécnico, licenciatura, maestría y doctorado) y la educación continua.

En este mismo sentido, se analizaron los obstáculos de la formación que están directamente relacionados con el desarrollo de la profesión de enfermería, como pueden ser los apoyos institucionales para la formación y el presupuesto destinado

desde la plataforma económica institucional. Dentro del análisis del significado fue posible apreciar que el discurso está fuertemente influenciado por la formación académica de los informantes, por ejemplo, la subdirectora de enfermería, además de tener estudios de enfermería, también tiene una licenciatura en pedagogía y una maestría en educación, por ello, considera la formación de la siguiente manera:

“...la formación está en el pensar, el sentir y el hacer y la capacitación te limita solamente en el hacer...también reconozco desde la formación pedagógica de la licenciatura que es importante ver los diferentes paradigmas que hay en educación y ahí si incides más que si a la persona se le educa desde la formación podemos trabajar más con el grupo en esa construcción meta-cognitiva e ir construyendo sus propios aprendizajes y ahí modificar ya la forma de educar, no solamente se socializa en la familia sino también en las instituciones, entonces por eso es importante hacer esa diferencia de formación y de capacitación y esta parte ha sido también un elemento importante para que dentro de la organización lo podamos ir construyendo con programas de trabajo que incidan en la educación formativa”. [Subdirectora de Enfermería].

Como se puede apreciar, el discurso está fuertemente influenciado por elementos de la pedagogía, por ello, es posible visualizar que el conocimiento ejerce un control sobre lo que se dice en el discurso, en tanto que en el personal de enfermería que no tiene estos conocimientos se hace referencia directa a la capacitación y su significado, sin hacer diferencia explícita o implícita entre capacitación (instrumental) y formación (multifactorial).

“¿La capacitación qué significa? Pues significa por un lado la obligación o sea visto desde diferentes ángulos está el del derecho que tenemos como trabajadores y por otro lado la obligación que nos genera como mandos medios, mandos superiores de poderla propiciar con los trabajadores en los tramos de control, entonces es básica con el desarrollo de las actividades, para el desarrollo laboral de los trabajadores o de los compañeros que están a su cargo”. [Jefe de Departamento de la Escuela de Enfermería].

Además de las variaciones que se observan por los antecedentes académicos, también fue posible identificar otras concepciones de la formación de acuerdo con las funciones que se tienen dentro de la institución, por ejemplo, para la jefe de enfermeras o de servicio la formación se entiende de la siguiente forma:

“...bueno es en varios ámbitos, sin embargo, sí hablamos del personal asistencial, tendría que ser en la actualización de cuestiones de los padecimientos o las nuevas complicaciones que se presentan en los pacientes que tenemos aquí, pero también, en ámbitos de liderazgo de control de emociones y ya propiamente en puestos directivos pues en manejo de emociones trabajo en equipo y/ e manejo de conflictos”. [Jefe de enfermeras].

En este sentido, es posible observar que conforme disminuye la jerarquía o categoría laboral, la formación cobra un sentido más instrumental, orientada a la resolución de los conflictos o problemáticas que enfrenta el personal asistencial en su cotidianidad, en contraste con el sentido abstracto y normativo que está presente en los niveles jerárquicos superiores.

Además de los cambios en el discurso que se aprecian por los antecedentes académicos y por la función, también fue posible identificar un cambio en la concepción por el cambio generacional. Asimismo, los pasantes tienen concepciones sobre la formación más orientadas hacia la integración pedagógica, por ejemplo, los pasantes lo describen de la siguiente forma:

“Enfermería es una profesión cambiante y en crecimiento continuo, capacitar, es dar a alguien la capacidad de hacer algo, como solución inmediata puede ser benéfica en situaciones de emergencia, no obstante, no basta para atención continua y de calidad que el paciente necesita. Hace falta formación”. [Pasante 1].

“Actualización del personal de enfermería, con respecto a los procedimientos, técnicas, estándares e indicadores que se ejercen en dicha institución para

mejorar la calidad de los cuidados brindados a los pacientes de manera integral". [Pasante 3].

Como se observa, los discursos consideran la diferencia entre formación y capacitación en el mismo sentido pedagógico indicado con anterioridad, sin embargo, también consideran la actualización de los conocimientos, los procedimientos, las técnicas y estándares, todo ello para mejorar la calidad de la atención.

Tomando como punto de partida estas diferencias fue posible identificar las áreas de mejora, las cuales pueden favorecer el desarrollo de la profesión de enfermería, por ejemplo, la subdirectora de enfermería, desde una concepción pedagógica, considera lo siguiente:

"...que este personal también tenga conocimiento pedagógico para poder distinguir entre enseñar y aprender poder incidir en un proceso de enseñanza-aprendizaje como grupo que forma a profesionales [...] no es suficiente que yo tenga un conocimiento sino que yo también como coordinador tenga esos valores que me distinguen como profesional de enfermería sobre todo porque estamos dando una gestión de cuidado hacia un ser humano no a un objeto [...] ya cambiando esa parte ideológica de que yo estoy en la escuela de enfermería porque tengo la experiencia en el saber específico de terapia intensiva en específico de urgencias o en el área hospitalaria o a la mejor tengo también una especialidad, reconocer que debemos de tener una educación específica desde esa conceptualización andrológica nos va a dar la oportunidad de incidir más en la educación [...] por otro lado la educación que reciba el grupo directivo que está supervisando, que tengamos esa conciencia que también puedo modificar la actitud, la conducta de ese personal, que me dé oportunidad de poder modificar esa actitud pero también con el conocimiento donde diga que sé, que sabe el otro de eso que está haciendo y que no lo está haciendo bien y como puedo redireccionar en ese momento para poderlo enseñar...".
[Subdirectora de Enfermería].

Dentro de esta visión se observa la necesidad de generar una propuesta formativa que no solo esté enfocada en el hacer, sino en el ser, por medio de la integración de valores los cuales fortalezcan la identidad profesional de enfermería y, particularmente, que este tipo de educación se generalice en distintos niveles de la escala jerárquica, es decir, que todos los miembros que conforman la estructura operativa de enfermería en la institución tengan acceso a fortalecer su identidad profesional.

Por otra parte, las jefes de departamento consideran que la formación debe estar orientada a fortalecer los procesos clave de la profesión, específicamente la gestión del cuidado acompañado de un fuerte componente técnico, pero también enfatizan la necesidad de mejorar los aspectos de personalidad y manejo de emociones.

“...muchas áreas sobre todo [...] la del cuidado [...] esta otra parte administrativa [...] y yo siento que se articula muy bien con la parte de la gestión del cuidado [...] y la de la gestión del cuidado se articula perfecto con la línea de investigación [...], quizá nos falta un poquito más de tiempo porque eso es lo que nos mata o lo que nos cautiva que nos falta más tiempo para poder evidenciar todo lo que tenemos”. [Jefe de Departamento de Enfermería].

“A lo mejor es un poquito fuera de contexto pero yo no me inclinaría básicamente a los procedimientos en las diversas áreas en las que están, yo me inclinaría más hacia la parte de estructura de personalidad de desarrollo, me ha movido desde siempre toda la cuestión emocional de las personas y me inquieta mucho la parte de los trastornos o de los problemas emocionales que pueda tener el trabajador porque definitivamente tienen un impacto en todo lo que hemos querido ensamblar en la disciplina y en la formación en todas las asignaturas que impartimos o bien en este momento en los planes de estudio pero me interesa mucho eso”. [Jefe de Departamento de la Escuela de Enfermería]

Tomando como referencia lo que se ha discutido hasta aquí, se aprecia que la formación y la capacitación están presentes en los discursos del personal de enfermería en todos los niveles jerárquicos, también se considera que, por medio de la formación y la capacitación, es posible desarrollar competencias éticas, técnicas,

procedimentales, profesionales y actitudinales para permitir ejercer mayor autonomía a la profesión de enfermería dentro del ámbito hospitalario. sin embargo, también se visualiza cómo el factor presupuesto comienza a ser un elemento que obstaculiza el desarrollo de la profesión, a saber:

“Con relación a la certificación del personal se paró por la situación del presupuesto siempre no nos pudieron autorizar el pago, por cada persona eran \$2,100.00 y en total queríamos certificar a los 4 coordinadores y a la jefe de departamento de la escuela de enfermería, pero por presupuesto institucional se hizo la solicitud y no nos lo aceptaron. [Subdirectora de Enfermería]

“cuando yo solicite el apoyo para que se fueran a Suecia y a Barcelona me piden de afuera gente que esté comprometida y pidiendo también apoyo con otro médico para que nos tradujera el anteproyecto en inglés y poderlo mandar, entonces yo creo que también ha sido una limitante en los años pasados por que si la gente se actualiza tiene el conocimiento pero además tiene esa identidad profesional que nos daría la oportunidad de solicitar afuera que la gente se actualice porque además ya estaríamos en otra posición, efectivamente cuando se pidió lo de Barcelona y lo de Suecia, por las relaciones, porque convencimos a los directivos que ideológicamente el grupo tenía que ver en otra parte como se percibe al profesional de enfermería en otras instancias [...] creo que en este proceso que, aun cuando nosotros no tenemos personal para que se les dé el 100% de la beca con el tiempo y con el dinero, se han buscado alternativas para que el mismo personal se profesionalice”. [Subdirectora de Enfermería].

En el discurso expuesto fue posible identificar cómo el poder económico tiene la capacidad de limitar el desarrollo del personal. También se aprecia que otras limitantes del personal de enfermería son la ausencia de conocimientos del dominio del idioma inglés, así como el compromiso institucional. En este discurso también es posible visualizar al ejercicio de poder político realizado por la subdirección de enfermería a través de la negociación; ella ha hecho intentos, solicitudes y requerimientos para

obtener el apoyo institucional, sin embargo, estos no han sido conseguidos en su totalidad. Por otra parte, desde el punto de vista de una jefe de departamento, considera que los apoyos institucionales son muy limitados.

“Pues son muy limitados [los apoyos institucionales], o sea y son los que la historia ha venido permitiendo que se den pero realmente, un poquito jalando esa parte de la administración, de la planificación, como no se hizo en muchas áreas o servicios, como en muchas empresas no se hace una proyección a futuro, entonces emerge y hay que aprovecharlas pero después ya no hay presupuestos para asignar para el crecimiento de la infraestructura, yo lo vivo acá no, yo entiendo la dinámica que vive el país, que vive la institución la prioridad que se tiene que dar por ser una institución-escuela en la parte asistencial sin embargo son muy limitados”. [Jefe del Departamento de Enfermería]

Asimismo, conforme el nivel jerárquico disminuye es posible apreciar que los informantes perciben al poder económico como el que limita su desarrollo. Dentro de estos discursos se evidencia, en cierta forma, un conocimiento fragmentado de la situación institucional, sin embargo, esto es suficiente para que los informantes infieran que la carencia de apoyos institucionales en materia presupuestaría es una limitante.

“...yo creo que si realmente hay apoyo en la institución desde la filosofía que tienen las autoridades no solo del Instituto, si no de la subdirección de enfermería donde se promueve la atención de calidad o atención del cuidado que incluye no solo la Asistencia, la Docencia e investigación , considero que si hay apoyo en cuestiones de tener e asesoría de tener un tiempo para llevar a cabo investigaciones, de adquirir conocimientos, sin embargo, algo que probablemente obstaculiza un poco es la cuestión económica, sin embargo hay también la posibilidad de solicitar apoyos y a nivel nacional, no tengo mucha información, pero supongo que seguramente es por la cuestión económica, sin embargo, teniendo una propuesta estoy convencida que se buscaría un apoyo externo”. [Jefe de enfermeras].

Desde una perspectiva meso estructural es posible visualizar que el presupuesto asignado a las instituciones de salud ha disminuido gradualmente en los últimos años, esto se debe a los movimientos de la gran economía global, pero que, sin duda, afecta el presupuesto asignado para las instituciones con el campo de enfermería, por ejemplo, en la compra de insumos médicos o en la contratación de más recursos humanos y para los programas de estímulos al desempeño en enfermería. Esta reducción presupuestaria no solo tiene un impacto en la calidad asistencial que se brinda en los centros hospitalarios, también tiene un impacto en el desarrollo pleno del personal de enfermería, pues se reducen los incentivos económicos que, como fue expuesto, brindan la posibilidad de que el personal de enfermería busque opciones formativas de calidad cuando la Institución es incapaz de proponer alternativas para la actualización y formación de sus recursos humanos.

V. 3 Poder ideológico

Como se puntualizó al inicio de esta investigación, el poder ideológico se ejerce por quienes detentan los medios de comunicación o de propaganda política, a partir de la difusión de ideas, las cuales derivan en representaciones psicológicas que a su vez generan conductas y comportamientos específicos, es decir, moldean la conducta esperada de los sujetos.

En este sentido, se analizaron las ideas subyacentes de determinadas creencias, por ejemplo, ¿por qué los varones ocupan puestos de dirección general en los hospitales?, ¿por qué no hay direcciones de enfermería en los hospitales?, ¿existen diferencias entre los salarios de médicos y enfermeras?, ¿existen privilegios diferenciados entre los médicos y el personal de enfermería?

En relación con las creencias sobre por qué los varones ocupan puestos directivos en los hospitales, los discursos analizados tienden a atribuir como elementos causales los siguientes: género, estereotipos, cultura, nivel socioeconómico, nivel político y social e, incluso, la formación académica. Sin embargo, hay una tendencia muy enfática a simbolizar al médico, es decir, a un médico varón con poder político, con un alto nivel cultural, con un nivel socioeconómico alto y con una formación académica de

primer nivel, en otros términos, no solo se trata del ser médico y varón, sino que se atribuyen diferentes elementos que en su conjunto configuran un perfil “idóneo” para ocupar dichos cargos. A este respecto los informantes lo comentan de la siguiente forma:

“...aquí es una cuestión de género, los médicos han trabajado, desde la parte histórica, después de la colonia quien tenía el conocimiento era el médico [...] en la actualidad la identidad profesional de los médicos que va desde que llegan al aula de primer año, los maestros les dicen doctores y les hacen creer lo que son y creo es algo que nos hace falta como profesionistas”. [Subdirectora de Enfermería].

“el estatus que tiene el médico es elevado sí, a nivel político, a nivel social, a nivel cultural y a nivel de su propia formación académica. Sí enfermería puede incursionar a esos niveles de autoridad, puede haber una directora general y que esté dentro de la incursión de la academia de enfermería, sin embargo, nos falta todavía desarrollar competencias, pero en estos rubros del área social, del área cultural, del área de la propia academia, yo siento que la academia es la que nos falta desarrollar en enfermería y esta otra parte cultural para poder incursionar a estos niveles de poder porque son niveles de poder”. [Jefe del Departamento de Enfermería]

También fue posible identificar que las creencias sobre el género se asocian con aspectos religiosos, por ejemplo:

“Pues yo me regreso hasta la parte del reconocimiento que ha tenido el hombre a través, desde que Dios, desde ahí el poder que le da la sociedad a un hombre, cuando nace el niño, ¡hay es niño!, fue niña pero está bien bonita, deberías de ir a verla o sea, pero, o sea tienes que buscar algo que equivale o que le dé valor porque en realidad el nacer mujer en muchas sociedades este pues no te genera ningún plus no, como familia, entonces yo siento que mucho tiene que ver este, pues la historia como sociedad, el reconocimiento que se le da al varón y desde luego en los puestos de poder pues siempre se voltea a ver un

hombre cuando muchas veces las mujeres están o más preparadas que ellos también”. [Jefe de Departamento de la Escuela de Enfermería].

Este discurso evidencia el poder ideológico que se ejerce por medio de las creencias religiosas, pero también por medio de los estereotipos de género gestados al interior de las sociedades. A este respecto, una jefe de enfermeras lo relata de la siguiente forma:

“...yo creo que tiene que ver mucho la cultura en México, siempre quien encabeza las grandes empresas y demás son los hombres, creo que ya es una cultura pues ya muy arraigada aquí en el país, pero eso no quiere decir que la mujer no pueda liderar una Institución como esta [...] creo que la misma mujer es la que se ha creído tanto esta situación, se ha subordinado ante el médico, más bien ante el hombre ¿no? porque, pese a que siempre se está luchando de un tiempo para acá ya es más evidente la lucha de género y la libertad o la igualdad de género no habido como quien pueda alguna mujer que sobresalga y pueda llegar a un puesto como una dirección general”. [Jefe de enfermeras].

El discurso anterior exhibe algunos elementos interesantes que refieren a diferentes aspectos de interseccionalidad, por ejemplo, la sujeción histórica de la mujer a determinadas relaciones de poder en relación con el hombre y, adicionalmente, la sujeción de la enfermera al médico, es decir, este dispositivo ideológico no solo contempla la sujeción por medio del género, sino que además se suma la sujeción histórica también de la profesión. En otras palabras, son múltiples las condiciones de desigualdad que se producen y se reproducen dentro del ámbito hospitalario y, particularmente, cuando se habla de las posiciones de poder fáctico al interior de las instituciones.

Dentro de los discursos fue posible identificar la percepción de roles, la falta de capacidad para controlar las emociones y el manejo de conflictos son elementos restrictivos para el desarrollo de la enfermera, a este respecto, lo relataron así:

“la parte de género que la enfermera como mujer acepta muchos roles tiene muchos roles, en la familia, en la institución, dentro de la familia no distribuye o sea no delega en la familia que le permita no cargarse con tantas actividades que no le permite desarrollarse”. [Subdirectora de Enfermería].

“a mí me da la impresión, en mi experiencia, que a veces que mucho de lo que anda uno cargando en la parte emocional se refleja en la eficiencia del trabajo, a mí me gustaría que quienes tenemos la hegemonía del poder, pudiéramos generar algo que tenga que ver con esa parte [...] siento que trabajaríamos mejor que se harían más eficientes muchos de los procesos, recursos y las organizaciones”. [Jefe de Departamento de la Escuela de Enfermería].

En este mismo sentido, cuando se analizaron los motivos por los cuales no ha habido una dirección de enfermería (con excepción del Instituto Nacional de Cardiología, donde en efecto existe una dirección de enfermería), los informantes explican y proporcionan diferentes justificaciones, por ejemplo, ellos indican que se trata de un grupo de poder muy elitista el cual se encarga de tomar esas decisiones. También señalan que el tema de género es una condición que limita el desarrollo del área de enfermería, asimismo, la falta de recursos económicos para crear una dirección dentro de los hospitales y el juego de poderes, entre otros.

A este respecto, la subdirectora de enfermería comentó lo siguiente:

“no se justificó adecuadamente [la dirección de enfermería] [...] antes porque no se solicitó y ahorita que tenemos una parte de poder, sería analizar que significa que una enfermera cambie de una subdirección a una dirección [...] porque cardiología lo pudo obtener, pero por otros medios, más bien por la parte simbólica, no por la parte de este ejercicio profesional como con el conocimiento y como profesionistas de enfermería”. [Subdirectora de Enfermería].

En este discurso es posible apreciar cómo se han hecho intentos por justificar una dirección en enfermería, sin embargo, hasta el momento no han tenido resultados favorables. Estas acciones, que se quedan en intentos de ejercer poder político, tienen

un impacto muy profundo dentro de la psicología del personal de enfermería con derivaciones en la construcción de más creencias sobre lo que se debe “tener” o “ser” para tener derecho a establecer una dirección. En relación con esto, una jefa de departamento comenta lo siguiente:

“...está muy cerrado es un grupo elitista el que está dentro de estos niveles, y estos grupos elitistas los gesta la propia Secretaría de Salud y el propio Instituto está muy cerrado, entonces para que incursione una doctora médica a la dirección general igual está muy cerrado y también por esta parte del género porque se sigue enmarcando a la enfermera, a la mujer, como la débil como la que tiene otras funciones en el hogar y esta es la propia visión que tiene pues el propio grupo de hombres hacia el grupo de mujeres y eso es, o sea no lo digo yo, lo dicen todos”. [Jefe de Departamento de Enfermería].

En este discurso hay un ejemplo claro del imaginario social que tienen las enfermeras con respecto a su posición como mujeres y como profesionistas, es decir, la propia concepción ideológica sobre la profesión y sobre el ser mujer enmarcan características de desigualdad intrínseca en relación con la profesión médica y sobre el ser hombre, pero esta ideología no se limita a la propia creencia, sino que se extrapola a los otros.

En contraste, una jefa de enfermeras considera que no se trata del hecho de ser mujer y, además, de ser enfermera, sino que se trata de un ejercicio de poder económico, a saber:

“Yo creo por cuestiones económicas, no porque la mujer no tenga la capacidad de llegar a una dirección, yo creo es más bien la cuestión ya más económica interna”. [Jefe de enfermeras].

Con respecto a las brechas o desigualdades salariales percibidas entre el personal de enfermería y médicos, se detalla que en los niveles jerárquicos superiores se tiene referencia de los tabuladores lo que contribuye a comparar los ingresos que adquiere cada profesión derivada de su labor dentro del hospital. En términos salariales no existen diferencias importantes en relación con los ingresos obtenidos entre el

personal de enfermería y de medicina, sin embargo, las diferencias parecen localizarse en el acceso a estímulos y privilegios específicos que tienen acceso los médicos.

“los médicos tienen más ventajas en salidas al extranjero, pues a la mejor no tiene la base de manera inmediata pero sí una plaza [...] también esa parte económica les ayuda, hay gente que ha dicho que se va con su familia pero tiene la solvencia económica para poder estar con la familia con el salario que se le da dentro de la institución o con la beca que se le da [...] esto es muy interesante porque cuando la gente se le solicitó para lo de Barcelona y para lo de Suecia la respuesta de una Jefe fue que le tenía que pedir permiso a su esposo pero esto es una situación laboral o sea que tiene que ver, hay otra que me dijo que no porque cuida al abuelo y quien lo va a cuidar si se va ella, en ese sentido hay una limitación también económica”. [Subdirectora de Enfermería].

Este discurso exhibe que los médicos tienen oportunidades de salir al extranjero a formarse, incluso es posible visualizar cómo se ejerce el poder económico que ellos mismos tienen para poder viajar con su familia y mantenerse con los apoyos institucionales brindados. En contraste, las enfermeras se enfrentan a una situación de desigualdad de privilegios, pues ellas no tienen el poder económico para viajar con sus familias. En algunos casos tienen que “pedir permiso” a sus esposos o se ven restringidas por tareas de cuidado asignadas por tradición o por estereotipos de género. En este testimonio se aprecia con claridad el ejercicio del poder ideológico para incrementar las brechas de desigualdad entre mujeres y hombres, entre enfermería y medicina.

Otra situación de privilegio se identifica en el siguiente discurso:

“...pues bueno un médico cuando lleva a cabo un trabajo por muy sencillo que sea recibe mayor reconocimiento que enfermería, la cuestión económica desconozco, pero si cuando algún medico hace un trabajo pues sencillo o más complejo, como que si el apoyo es mayor por parte de sus compañeros. En enfermería no se da ese reconocimiento ese apoyo y al contrario cuando lo que

yo he observado cuando alguien hace algo que pueda generar un reconocimiento, pues no, no se da como se debe de dar". [Jefe de enfermeras].

En este discurso se evidencia la percepción que tiene el personal de enfermería sobre su propio gremio y el de los médicos, así como el reconocimiento y/o apoyo que reciben por parte de este. Aunque dicha percepción está muy enfocada al valor extrínseco, es importante mencionar que estos elementos potencialmente se pueden configurar como un sistema de apoyo o red, ello sirve para dar soporte socio-emocional a los médicos, ubicándolos en una situación de ventaja y privilegio en comparación con el personal de enfermería.

En este sentido, en las posiciones menos jerárquicas, es decir, los pasantes, las ideas y percepciones sobre los privilegios están orientadas hacia el mismo camino, en otras palabras, los médicos tienen más privilegios comparativamente con el personal de enfermería, por ejemplo:

"siempre se le reconoce más el trabajo al médico que a la enfermera, se dan más privilegios o incentivos a los médicos que a la enfermera". [Pasante 2].

"prestaciones, remuneración, horarios, mayores oportunidades". [Pasante 3].

V. 4 Desarrollo de la profesión

El desarrollo de la profesión se caracteriza por la legitimidad otorgada a la profesión, dicho de otra forma, que tenga reconocimiento de sus procesos de enseñanza científica, el respaldo universitario a sus miembros o centro formativo con reconocimiento y validez de estudios. Asimismo, el desarrollo de la profesión debe contar con autonomía, un código de ética y con asociaciones que definan sus propios perfiles. En medida en que la profesión vaya desarrollándose, se incrementará el número de elementos con intervención en su legitimación, ello le otorgará mayor autonomía y posibilidad de interactuar desde posiciones de poder similares a otras profesiones.

En particular, los resultados estarán enfocados en presentar los diferentes obstáculos percibidos por los informantes en el desarrollo de su profesión. A este respecto, se mencionan diferentes elementos desde la formación inicial y la educación continua del profesional de enfermería y las desventajas y desigualdades sociales existentes sobre la profesión, ya sea por el estigma de género, por la relación estereotípica enfermera-médico o por razones estructurales del poder político y económico limitante de los esquemas de profesionalización y modeladores de lo deseable dentro de la profesión. Asimismo, se presenta un análisis en donde se identifica el papel diferencial de los médicos y de las enfermeras desde el punto de vista de los informantes para limitar y obstaculizar el desarrollo profesional en enfermería.

En primera instancia, en relación con la formación académica, como se ha citado, carece de integralidad para brindar la posibilidad de formar profesionales de salud con un sentido de identidad sobre su profesión, es decir, comprometidos con la salud y con el desarrollo de las potencialidades. La subdirectora de enfermería hacía referencia a esto al comentar que el personal *“tenga esos valores que me distingan como profesional de enfermería”* [Subdirectora de Enfermería], en otras palabras, que la profesión requiere un mayor nivel de implicación ética la cual proporcionará, eventualmente, un mayor sentido de pertenencia que derivará en un sentido de identidad con la profesión. Como se ha indicado, la diferencia entre los médicos y el personal de enfermería radica en otros elementos, en la formación inicial, en la convicción y el convencimiento de los estudiantes de enfermería sobre la profesión, dicho de otra forma, la vocación con la profesión. Para ello, también es necesario revalorizar la figura de enfermería y la gestión del cuidado en el imaginario social, resignificar la profesión, sus actividades y delimitar apropiadamente sus campos de actuación. A este respecto, una jefe de departamento lo comenta de la siguiente forma:

“pues la estructura de que “pues aunque sea enfermería estudié” y pues ya ahí nos quedamos y ves a las compañeras con licenciatura y con maestría, pero si entro a la profesionalización me van a pagar más y hay una plaza que ya oí que hay, pero siento que es muy difícil también que lo podamos regular, porque ya hay protocolos nacionales que te dicen: el proceso de profesionalización es así

y tienes tanto tiempo para que los trabajadores este presenten sus documentos...”. [Jefe de Departamento de la Escuela de Enfermería].

En esta cita hay dos nociones discursivas. Por una parte, la que hace referencia a la necesaria resignificación de la profesión de enfermería en el imaginario social, sin embargo, esto conlleva una tarea complicada pues los sistemas de admisión en la educación superior y la relación oferta y demanda complican, en corto plazo, la posibilidad de cambios; Por otra, porque se reproduce la realidad de un porcentaje alto de alumnos quienes no consiguen quedarse en su primera opción de estudios, lo que los lleva a buscar alternativas y, de esta forma, el perfil de ingreso de los alumnos de enfermería es, generalmente, de quienes no se quedaron en su primera opción: Medicina. Por lo tanto, eligen carreras como: Enfermería, Odontología, Optometría, Trabajo Social, entre otras. La segunda noción discursiva hace referencia a las estructuras de profesionalización del personal que ya se encuentra en activo laborando en un hospital, en este caso, llama la atención en el discurso que el personal de enfermería decide profesionalizarse solo por obtener un mejor sueldo y oportunidades laborales, en contraste con lo ocurrido en otras carreras donde la profesionalización, además del estímulo económico, implica crecimiento intelectual y mejoramiento profesional con el desarrollo técnico y científico.

El enfoque orientado a la técnica no se deja de hacer presente. Al respecto, comentan:

“Siento que falta reafirmar esa educación con todo el grupo de líderes, estar sensibilizando, estar encausando [...] un ejemplo [...] una de las jefes que [...] hoy le di la bienvenida y le dije: [...] tienes un área muy importante [...] te falta encausarla con el conocimiento, sí, tú tienes una gran riqueza y esa riqueza es tu práctica, pero te falta reafirmar ese conocimiento [...] cuando yo le di las lecturas [...] le encantó lo que leyó hoy, pero la tenemos que tutorar, ¿me entiendes? [...], yo ahorita estoy experimentando con ella [...] y entonces ahorita prácticamente la estoy tutorando [...] me gustó lo que me dijo, necesito aprender más este conocimiento para poder aterrizarlo [...] efectivamente tengo una

riqueza en la práctica, pero me falta encausar ese conocimiento". [Jefe del Departamento de Enfermería].

En los discursos se puede observar que la formación altamente instrumental que recibe el personal de enfermería limita el desarrollo de competencias útiles para dirigir, enseñar, tutorar y transferir el conocimiento al personal con menos experiencia. Ello es la idealización de la profesión de enfermería como un área completamente procedimental e instrumental, es un mecanismo de poder limitante del desarrollo de la profesión al reproducir profesionales con un alto sentido técnico, pero carentes en la posibilidad de compartir y socializar sus conocimientos con sus pares.

Dentro de los obstáculos administrativos fue posible identificar que el número de personas formadas puede afectar el desarrollo profesional. A este respecto, una informante lo comenta así:

"...cuando tú estás con los grupos ve tu a saber si lo entendieron o no? Sí, porque pues son grupos de 20, de 30, de 25 [...] y pues tienen ideas diversas, pero si tú la vas tutorando... de manera específica pues la vas encausando y le vas, incluso hasta le vas poniendo ejemplos, ellas ya te van dando su propia autorreflexión y ya lo meten a lo que es la práctica". [Jefe del Departamento de Enfermería].

Las pasantes describen que las creencias, los vacíos en el conocimiento y las brechas son obstáculos para la formación y la capacitación que eventualmente limitan el desarrollo de la profesión.

"El pensamiento antiguo o cerrado del personal que lleva muchos años laborando. con una ideología negativa de "a mí que me van a enseñar" por los años de experiencia obtenidos". [Pasante 2].

Aunque el discurso de los pasantes es limitado, es posible apreciar algunas de las características ideológicas que limitan la posibilidad de formación y capacitación denotan la brecha generacional entre el personal con mayor tiempo en la institución y las nuevas generaciones. En este caso, llama la atención este tipo experiencias pues

a pesar de que los centros formativos, específicamente universidades, enfoquen sus esfuerzos en fortalecer la profesión, la reproducción institucional y el ejercicio de poder ideológico se establece por medio de la antigüedad del personal dentro de la institución, esto genera obstáculos en los cambios iniciados en la formación básica. De aquí la importancia de lograr romper paradigmas al interior de las instituciones de salud, con la finalidad de evitar la reproducción de las mismas ideologías en el personal de enfermería, las cuales deriven en la falta del desarrollo de la profesión

Al respecto, aun cuando la formación y la capacitación han sido elementos centrales necesarios y útiles para fomentar el desarrollo de la enfermería fue posible identificar obstáculos para su concreción. En relación con el género, es posible apreciar que se percibe como un obstáculo para el desarrollo profesional desde la perspectiva discursiva de la jefe de Departamento de la Escuela de Enfermería:

“Los principales obstáculos, bueno es que son factores asociados, el obstáculo de las mujeres enfermeras desde ahí ya es un obstáculo, los roles sociales, la verdad es que luego escuchando y haciendo algunas lecturas pues muchas veces viven una situación muy caótica las compañeras, no así ustedes como hombres. Ustedes tienen otra posibilidad, la verdad es que yo escucho a algunas personas y digo ‘no pues es que es así muy ideal la vida’, te lavan, te planchan, vienen por ti, entonces son obstáculos y si tiene que ver con el género no yo no sé si es correcto, no sé, pero sí se convierte en un obstáculo el género”.
[Jefe de Departamento de la Escuela de Enfermería].

Este discurso evidencia, nuevamente, un obstáculo para el desarrollo profesional de las enfermeras íntimamente vinculado, desde su propia experiencia, con un doble estigma, con una doble discriminación: ser mujer y ser enfermera. De esta manera, el ejercicio del poder político, económico e ideológico configuran un dispositivo complejo que mantiene al personal de enfermería con intenciones firmes de desarrollarse profesionalmente, pero con pocas oportunidades de crecimiento profesional. En este aspecto, una jefe de enfermeras considera que:

“no hay un reconocimiento social o del equipo de salud, aunque hemos ido creciendo, creo que todavía por parte de nuestros propios compañeros médicos no ha habido ese reconocimiento y eso es tan evidente que no se permite que, en este caso, la subdirectora pueda entrar a la toma de decisiones institucionales. Si el mismo director o los compañeros médicos o los que llevan los altos mandos aquí en el instituto reconocieran a la enfermería y propiamente a la subdirectora yo creo que podrían considerar la opinión de la subdirectora”.
[Jefe de enfermeras].

En este caso se visualizan dos dispositivos de poder que obstaculizan el desarrollo profesional de enfermería. En una de ellas se aprecia el ejercicio de poder político e ideológico configurado para limitar, segregar y separar al grupo de enfermería y delegarlo, institucionalmente, a la operación cotidiana que se encuentra en su tramo de control, mientras que las decisiones clave de la institución son tomadas por los altos directivos quienes ejercen el poder político y económico para coordinar, organizar y distribuir las actividades entre los distintos componentes de la organización. Asimismo, es posible observar que estos mecanismos de poder tienen un alto grado de permeabilidad dentro de la organización incluso en los niveles operativos, de manera tal que las personas encargadas directamente del cuidado de los pacientes construyen percepciones específicas sobre cómo son, qué deben hacer y cómo lo deben hacer. A este respecto, un pasante lo describe de la siguiente manera:

“Si se desconoce más allá de lo que uno puede o no puede hacer en el ámbito de la atención cotidiana del paciente se está perdiendo la oportunidad de desarrollar el resto de nuestras actividades que la enfermería nos faculta para realizar, y si esto ocurre entonces otras disciplinas se lo agencian y trabajan con ello aun cuando no sea su área de competencia y de pronto tenemos a otros profesionales prescribiendo “cuidados” a nuestros pacientes en sus hojas de registro clínicos, sin importar la creencia personal de las capacidades [...]. En ocasiones la carga excesiva laboral, la falla en la organización, los paradigmas más arraigados (¿para qué crecer más?) Falta en la identificación de

necesidades de formación y no solo en el aspecto, clínico científico”.
[Pasante 1].

En este discurso, además, es posible visualizar indicios que sugieren un límite autoimpuesto por el mismo personal, es decir, al parecer existe un ejercicio de poder ideológico tan fuertemente introyectado en la psique del personal de enfermería que, inconscientemente, lo limita a superar sus propios límites. Esta hipótesis se sometió a un escrutinio aún mayor explorando, por medio de una pregunta, sobre la posibilidad de que el personal de enfermería sea quien establece sus propios límites, o bien, si la profesión médica lo hace por medio de algún dispositivo de poder.

Los resultados ante esta pregunta fueron unánimes, en otras palabras, independientemente de la jerarquía institucional o la categoría laboral, el personal de enfermería entrevistado afirmó categóricamente que el mismo personal de enfermería es quien limita su propio desarrollo profesional. A este respecto, se colocan algunas transcripciones que muestran los motivos de este razonamiento.

“Sí, porque nos falta educación, pero no por ella misma, sino que también nos formaron así, tú vas a la escuela y eres la experta en esto porque terminaste la maestría, pero necesitamos tener otras herramientas, otra visión, no solamente en el área de enfermería, otra visión en el área educativa, en la parte administrativa, en la parte legal, el médico no lo tiene pero se hace llegar de gente que tenga ese conocimiento para que lo retroalimente y eso es algo que nos haría falta con enfermería”. [Subdirectora de Enfermería].

“Sí, si se autolimita por sus roles sociales, además, aunque alcance diferentes grados yo siento que no cambiamos, no cambiamos porque va más allá de tener una casa bonita o tener la casa igual que el médico o llevar a mi hijo a donde lo lleva el doctor fulanito...”. [Jefe del Departamento de la Escuela de Enfermería].

“Sí, sí lo creo, yo creo por la cultura, por las cuestiones de género, las cuestiones de que una mujer en su edad productiva no solo ve cuestiones de trabajo, sino que también de casa, todos esos son factores son los que no te permiten estar

en crecimiento profesional o un desarrollo humano, porque no solamente es la parte profesional, sino que la parte familiar, de pareja”. [Jefe de enfermeras].

Adicional a estos discursos, llama la atención la respuesta de una pasante ante esta pregunta: *“Sí ya que no se tiene la confianza y certeza del trabajo que se realiza”* [Pasante 3]. Al analizar detalladamente estos testimonios se evidencia que el personal de enfermería, sin una sugerencia previa, se coloca en una posición de comparación con el personal médico, es decir, con cierta frecuencia se visualizan a sí mismas con referencia a sus pares médicos. Lo anterior es muy importante en tanto la construcción y conformación de la identidad se construye a partir de uno mismo en relación con su profesión y no con referencia a otros, de esta manera es posible inferir que existe un dispositivo de poder ideológico facilitador de la reproducción de estas concepciones que se concretan como un obstáculo para el desarrollo profesional de enfermería.

Cuando se realizó la pregunta expresa sobre los médicos como un obstáculo para el desarrollo de la profesión las opiniones fueron divididas. Por una parte, el personal de nivel jerárquico argumentó que los médicos no configuran un obstáculo; por otra, los pasantes asintieron unánimemente. A continuación, se colocan algunos fragmentos de los discursos que ejemplifican dichas concepciones:

“¿que el médico limite el desarrollo?, pues no, yo siento que no, la verdad es que ellos están caminando hacia su proceso y uno siempre se compara y uno siempre dice y uno lo jala como referente, pero realmente yo creo que ellos nos voltean medio a ver, y ellos siguen en su camino, no sé en qué parte de la historia y de la enseñanza este siempre nos comparamos con el médico, a la mejor por esa hegemonía de que las órdenes las daba él, este las indicaciones”.
[Jefe de Departamento de la Escuela de Enfermería].

Por su parte, los pasantes aportaron respuestas muy breves: *“Directa e indirectamente sí”* [Pasante 1]; *“Sí lo hace”* [Pasante 2]; *“Sí”* [Pasante 3]. En este sentido, es posible confirmar que las opiniones son divididas. Al respecto, es posible inferir que estas respuestas están en función del tiempo, en donde la microfísica del poder se ha hecho invisible gracias a la percepción de las enfermeras más experimentadas y

acostumbradas al contacto con los médicos inmersos en el campo. Mientras, el personal con menos experiencia se enfrenta a las características del trabajo operativo en donde las jerarquías son muy evidentes, así como la desigualdad del juego de poder.

V. 5 Autonomía

La autonomía en este estudio se entiende como el resultado crítico de la interacción entre el poder político, económico y la representación ocupacional. Esta interacción se facilita por medio de las instituciones y otros dispositivos de poder para “convencer” al Estado y a la sociedad de que el trabajo de la profesión de enfermería es valioso y confiable. En este sentido, se buscó identificar los elementos necesarios para construir e incrementar la autonomía dentro del personal de enfermería, así como su gestión institucional.

La autonomía se configura como un dispositivo de ejercicio de poder político, económico e ideológico de la profesión, que le da sentido social y relevancia; por esta razón, su expresión en la dinámica institucional es una forma de medir el avance en el desarrollo profesional. De aquí la necesidad de elaborar un diagnóstico situacional sobre el estado actual de la autonomía entre el personal de enfermería de distintos niveles jerárquicos. En relación con ello, la subdirectora de enfermería considera que dentro del personal a su cargo faltan los siguientes elementos para alcanzar una auténtica autonomía:

“Conocimiento, liderazgo, desarrollo, autoestima, convicción, una conciencia social, valores de respeto, honestidad, lealtad a lo que están haciendo y que sé que también esta no es una situación por ende con enfermería, pero la educación nada más tan sencillo cuesta y para tenerla”. [Subdirectora de Enfermería].

En el discurso es posible ver, nuevamente, que la educación se posiciona como un elemento de cambio, como una posibilidad para transformar las prácticas, pero también como el *ethos* de la profesión de enfermería. También se reflejan aspectos

valorativos estrechamente relacionados con la construcción de una identidad propia y auténtica de la profesión. A este respecto, una jefe de departamento lo describe de la siguiente forma:

“Siento que hay una parte que sí [de autonomía], pero nos falta trabajar más esta parte de la identidad profesional con todo el grupo y que se la crea, que se crea lo que estamos trabajando hoy en día con enfermería. Cuando ya se la crea entonces vamos a ser más autónomas, ¿en qué sentido?, en que nuestro objeto de estudio es el cuidado y ya hay enfermeras que toman decisiones y a mí me gusta esa libertad porque eso habla de la libertad de la academia en lo que es la formación de enfermería, cuando tú tomas decisiones para aplicar un cuidado, ya nos envuelve esta parte interdependiente, la interdependencia con el área médica, hoy ya se ve que enfermería toma sus propias decisiones al aplicar su cuidado”. [Jefe del Departamento de Enfermería].

Es interesante observar elementos discursivos con tendencia a delimitar la autonomía. En primera instancia al definir una identidad profesional propia, posteriormente, al integrarla como parte del *habitus* del personal, es decir, que socialice en función de dicha identidad profesional en el ámbito institucionalizado. Sin embargo, es posible apreciar que aún se requiere mejorar la formación académica y, particularmente, la investigación.

Hasta este punto se han posicionado dos dispositivos de poder, uno ideológico relacionado con la construcción y aprehensión de una identidad profesional, y otro económico-ideológico relativo a la formación inicial del profesional de enfermería. Estrechamente vinculado con este último se encuentra el “conocimiento”, el cual en diversas partes se ha puntualizado como un elemento posibilitador del ejercicio de poder. En relación con esta característica, una jefe de enfermeras lo describe de la siguiente manera con base en la autonomía:

“Principalmente el conocimiento, creo que el conocimiento te da pues hasta cierto punto una libertad de expresión, porque uno no puede hablar sin conocimiento, yo creo que, por principio de cuentas, es tener el conocimiento,

después ya vienen otras cuestiones como: liderazgo, o incluso la autoestima en la toma de decisiones pero principalmente el conocimiento, no solamente en el área específica, sino en otros ámbitos: cultural, social, político; o sea que una enfermera debe de hablar de diversos temas que incluso se manejan en la actualidad desde la historia, conocer de cultura, economía, de política, yo creo que eso es lo que permite tener más o mayor autonomía”. [Jefe de enfermeras].

“El conocimiento, primero que nada el conocimiento, sí, el conocimiento porque el conocimiento te da ese poder de decisión para aplicar ese cuidado asertivo, con convicción, con conocimiento y con objetividad”. [Jefe del Departamento de Enfermería].

En estos discursos se muestra que el conocimiento es un elemento que posibilita el ejercicio de poder político e ideológico, sin embargo, el poseer conocimiento no necesariamente implica un ejercicio de poder en sí mismo, más bien, es el uso estratégico del conocimiento el que otorga la posibilidad de ejercer el poder sobre otros, es decir, para el ejercicio de la autonomía el conocimiento es un elemento necesario, pero no suficiente. Sin conocimiento no es posible ejercer la autonomía, pero el solo y simple hecho de poseer conocimiento tampoco implica su ejercicio, en otras palabras, es necesario, además, que el personal de enfermería se empodere y que por medio del conocimiento ejerza su autonomía en el plano político e ideológico.

En relación con los pasantes, es posible observar discursos orientados hacia el mismo sentido, en todos los casos el “conocimiento” se posiciona en primer plano, en prioridad.

“Básicamente tener conocimiento de sus capacidades, tanto legales como prácticas y clínicas, me refiero que cuando se actúa con sapiencia se actúa con seguridad y por supuesto autonomía”. [Pasante 1].

“Conocimiento, experiencia, actitud, seguridad, la licenciatura como mínimo para laborar como enfermero(a)”. [Pasante 2].

“Conocimiento, responsabilidad, preparación profesional, cultura, ética, liderazgo. Adquirir más conocimiento, implementar nuevas ideas, investigación, determinación, esfuerzo, confianza, luchas por lo que se quiere”. [Pasante 3].

Como es posible apreciar, existe transversalmente una valoración específica hacia el conocimiento, a este se le otorga un valor importante como elemento de cambio, sin embargo, como ya se ha comentado, el puro conocimiento no es suficiente para lograr los cambios orientados a promover mayor autonomía dentro de la profesión, se requiere, además, de acciones estratégicas que no necesariamente se asocian con aspectos técnicos de la profesión, sino con la posibilidad de negociar, construir nuevos significados, organizar y construir una identidad profesional propia, sin referencias a otros elementos externos a la profesión.

Con respecto a la gestión de la autonomía fue posible identificar algunos elementos obstaculizadores, por ejemplo, la asignación de presupuestos institucionales que, como ya se revisó, tienden a obstaculizar el desarrollo de la profesión. En cuanto a ello, la subdirectora de Enfermería comenta lo siguiente:

“En la parte administrativa tenemos autonomía pero nos limita el presupuesto, tenemos autonomía pero es algo que también se ha defendido, la autonomía en el sentido de la parte administrativa de requerir los insumos pero respetando las licitaciones y también solicitarlo, en ese sentido, a la parte administrativa que también se va mucho con lo que dice enfermería, porque no solamente nosotros decidimos por el producto sino también es una parte multidisciplinaria y estamos en concordancia con el médico. Sí creo que hay esa parte de autonomía pero nos limita porque no podemos decidir por que también nos limita el presupuesto...”. [Subdirectora de Enfermería].

En este discurso se aprecia que el poder económico ejerce una presión sobre lo que se puede o no decidir, sin embargo, también es posible visualizar cómo el conocimiento de los procesos administrativos, de compras institucionales y del sistema de licitaciones facilita el ejercicio del poder político y económico por parte del personal de enfermería, ello abre la posibilidad de negociación y un ejercicio más pleno de la

autonomía del personal de enfermería. Asimismo, es posible visualizar que en los niveles más operativos la autonomía se ve reducida, no solo por la falta de conocimiento del personal, sino también por la existencia de controles administrativos normalizadores de esas prácticas.

“...sí tenemos autonomía – en gestión – en algunas cosas sí, en otras hay procesos o protocolos que ya están establecidos y no nos podemos salir, por ejemplo, los de la contratación de maestros, y los procesos para los pagos, hay toda una normatividad en este caso. En mi experiencia y en mi trabajo y en este momento todo lo que nos pide DGIRE no te puedes salir de ahí hay otras cosas en donde uno sí puede y no hay ningún problema”. [Jefe del Departamento de la Escuela de Enfermería].

En este caso específico, dado que se trata de una escuela de enfermería institucional incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México, existe un ejercicio de poder político y normativo establecido desde la universidad, el cual normaliza las prácticas administrativas y que rige el comportamiento institucional del plantel. Adicionalmente, normaliza los controles administrativos internos para la gestión de los pagos que están normados y delimitados en función de la miscelánea fiscal vigente, por lo ello, la autonomía de gestión en la administración escolar se ve limitada por esta dinámica.

Desde el punto de vista de los pasantes se exhibe que ellos desconocen el tema administrativo, sin embargo, sus discursos están orientados hacia la gestión de su propia autonomía profesional, de esta manera buscan apropiarse de la profesión considerando sus propias capacidades y funciones dentro de la institución. Por medio del reconocimiento de sus capacidades, limitaciones y metodología de trabajo proponen planes de acción para funcionar con plena autonomía en la gestión del cuidado.

CAPITULO VI. DISCUSIÓN

Los hallazgos fueron consistentes con los estudios, en donde el objeto de análisis es la mujer como mujer o como enfermera, al respecto; en ellas históricamente se ha aplicado un poder de dominación física-psicológica-social por parte del género masculino y en algunos casos por personas de su mismo género, sobre todo por quienes son de diferente clase, etnia o jerarquía, su construcción simbólica está determinada por su historia, sus oportunidades de desarrollo se establecen a partir de su clase, educación y producción económica. (Martínez, 2014; Ramírez y Alonso, 2012; Irigibel, 2008).

En los discursos se identificaron las relaciones de poder impuestas a enfermería en su construcción histórica-social, en donde, a partir de su género, su espacio de nacimiento, desarrollo, convivencia e inserción laboral determinan su conciencia y comportamiento, aspectos que reflejan sus limitaciones en el año 2023. Al respecto, de manera enunciativa y no limitativa se hace referencia a la educación centrada en lo técnico, en la construcción ideológica de subordinación y la falta de desarrollo académico universitario, visibilidad, liderazgo, reconocimiento, participación política y ocupación de puestos directivos de toma de decisiones. En lo general, estas condiciones coinciden con las necesidades de Enfermería a nivel Internacional, las cuales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) respaldaron en la promoción de la campaña Nursing Now, celebrada en el año 2020 en el marco del Bicentenario del nacimiento de Nightingale. Este movimiento busca favorecer mejoras en las condiciones laborales, mayor inversión para la mejora de la educación, desarrollo profesional, representación en las estructuras de organización estratégica y política, así como un mejor liderazgo y una mayor representación de las enfermeras en la toma de decisiones en los sistemas de salud altamente medicalizados y tecnificados (Fajardo, 2019).

Se corroboró el uso de los diversos mecanismos de control político-económico-ideológicos a través del deber ser en un discurso centrado en la calidad, en donde la certificación, las políticas públicas y los procesos administrativos controlan los cuerpos

y la mente para que, con base en la idea de Foucault, se tengan enfermeras obedientes, dóciles, útiles y aptas para trabajar y alineadas en el concepto de normalidad, de manera que respondan de manera automática al poder abstracto. En relación con el deber ser centrado en la calidad, sería excelente en la medida que sea un esfuerzo compartido. Lo contradictorio nace cuando solo se posiciona en un discurso del Estado y se implementan mecanismos de presión al personal de enfermería para el cumplimiento de la calidad, ello, en medio de carencias en medicamentos, infraestructura física, insumos, recursos humanos, precariedad e inestabilidad laboral y desmotivación del personal (Insabi, 2020).

Se comprendió cómo el poder económico atraviesa la vida de enfermería en los términos que plantea Marx y Althusser; es decir, cuando la enfermera se prepara para estudiar en un nivel técnico no requiere estudios medio superior, o cuando aspira a ingresar a una Universidad, en comparación con otras profesiones, se le solicita un menor puntaje para ser aceptada, así, en términos del “capital o la producción de mercancía”, se forma con menor gasto de cerebro, menor valor social, menor tiempo de producción y por lo tanto, se determina que debe tener menor valor de mercado. Lo anterior no queda en supuesto, ya que es coherente con la lógica de educación que se mantiene para enfermería en México en el año 2022, en donde, se puede ver que más del 50% del personal continúa siendo técnico, dicho de otro modo, pareciera que al Estado no le interesa tener profesionales preparados para otorgar cuidados a la vida, y con ello, evita invertir en una mejor remuneración para la personal de enfermería. Esto también queda en evidencia en las publicaciones del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) para contratar enfermeras en el año 2022. En la convocatoria se puede observar una oferta de salario de casi un 50% menos para enfermería, cuando se compara con el que ofrece a los colegas médicos. En esa misma convocatoria, no se reconocen a las enfermeras especialistas para ser contratadas, aun cuando ellas, son el personal que tienen mejor preparación académica (Insabi, 2022).

En lo que respecta a la conquista de autonomía como elemento central del desarrollo de enfermería, algunos autores mencionan que será difícil influir en las condiciones de trabajo, pues quienes tienen el poder lucharán para mantener el orden impuesto hasta

la actualidad (Manojlovich, 2007; Bourdieu, 2000). Sin embargo, otros realizan recomendaciones y mencionan que se debe trabajar en la educación como medio de acceso a actividades mejor remuneradas, lograr una independencia económica e igualdad con el hombre en caso de ser mujer (Wollstonecraft, 2005), para tener la oportunidad de mirar diferente, Engels (1845) escribe que se debe buscar un mejor benefactor, exigir un mejor trato, mejores condiciones, mayor respeto y una mejor condición social. Otros autores mencionan que se debe generar participación en espacios políticos (Freidson, 1970) y mantener la resistencia desde los centros laborales, entendiéndose esta como un proceso de creación y transformación permanente de la profesión (Giraldo, 2006).

Con relación con la identidad como construcción propia que emerge de las relaciones entre individuos y grupos, en donde se consideran las dimensiones sociológicas, antropológica y el espacio cultural en un medio social global. (Etking y Schvarstein, 1992). En México, desde el origen de la enfermería, en las relaciones entre individuos y grupos, la educación se orientaba a la enseñanza técnica, teniendo como primeros maestros al personal médico, lo que originó un primer momento, una identidad compartida con este profesional, al respecto, aún se mantiene de su aprendizaje la metodología de valoración (cefalocaudal, por aparatos y sistemas) centrado en lo biológico. Esta situación no podía ser diferente, debido a que, en medio de la enseñanza médica, se carecía de un marco teórico, filosófico, normativo, ético, científico, administrativo y metodológico propio de enfermería. Así, dadas las condiciones por las que ha pasado el desarrollo histórico de la profesión, todavía se tiene como área de oportunidad, fortalecer la identidad, el empoderamiento del lenguaje estandarizado, el uso de la mejor evidencia disponible, y el dominio de la herramienta metodológica que orienta los cuidados de la enfermera profesional.

En lo que respecta a la resistencia, en este trabajo se identificaron de manera transversal en diversos momentos del discurso mecanismos de contra-poder. Al respecto y en consideración a las limitaciones en la formación de enfermería en México, en la medida que se robustece el sistema educativo, de acuerdo a las

necesidades expresadas, se sugiere poder énfasis en no permitir que se legitime el abuso de poder que obstaculiza el desarrollo de la profesión, apoyar el liderazgo del equipo de enfermería que dirige la organización a fin de fortalecer su posición de negociación, apoyar las enseñanzas de enfermería entre pares desde una mirada de solidaridad en la enseñanza clínica y desarrollo personal, trabajar en las políticas de salud negociando apoyos económicos para fortalecer la formación y educación continua a nivel nacional o internacional, ganar espacios de participación política para negociar un trato similar al que se otorga a los demás integrantes del equipo de salud, generar discursos de inclusión en el ejercicio del poder, mantener una formación centrada en valores, conciencia de ser profesional de enfermería, sensible en el cuidado hacia un el ser humano, y autogenerar necesidades de aprendizaje.

VII. CONCLUSIONES

A partir de la racionalidad material de Max Weber, se identificó la racionalidad de las relaciones en el ejercicio del poder político. En esa racionalidad se utilizó el actuar determinado por la ética, creencias, valores y emociones de los actores que participan, debido a que en la relación social, se compartían intereses orientados a fines y metas en conveniencia. Al respecto, fue posible identificar en el discurso de las informantes, su deseo, para mantener una cultura de calidad, participar en los programas federales, el apego a procedimientos de certificación y acreditación hospitalaria, en donde, a pesar de la imposición a la obligatoriedad, ellas, lo ven como una oportunidad para que se les reconozca, les genera satisfacción, conocimiento y proyección como profesionales dentro de la institución .

Las relaciones de poder económico, se identifican como el principal dispositivo para obstaculizar el desarrollo de enfermería, ello, por la falta de recursos económicos dirigidos a favorecer conocimiento a través de la actualización y desarrollo académico, así, como la existencia de un fuerte componente técnico–operativo en la formación, lo que incide de manera negativa en el desarrollo de autonomía, en la percepción de la profesión, la capacidad autogestiva, y el poco valor que se paga al personal de enfermería al ingresar al mercado laboral.

En lo ideológico, se identificó que el dispositivo de poder que se ejerce en la institución de salud para obstaculizar el desarrollo de enfermería, se encuentran en el género a través de las creencias, ideas y la conciencia del personal, particularmente en las mujeres, ya que ellas son quienes asumen roles sociales y experimentan un doble estigma de subordinación; ser mujer y ser enfermera, en un ámbito que posiciona a los hombres y médicos como eje principal del poder hegemónico dentro de la Institución hospitalaria. También fue posible identificar otros dispositivos de poder como son el nivel de formación académica, el nivel socioeconómico, el tiempo de ser profesión, la participación política, la cultura y el apoyo del Estado.

Con relación a los obstáculos percibidos por el personal de enfermería para el desarrollo de su propia profesión, fue posible identificar dentro de las categorías emergentes la carencia de una identidad profesional propia. Esto sugiere que el personal de enfermería construye su identidad alrededor de otros símbolos, por ejemplo, la profesión médica. Al respecto, se debe enfatizar en la formación centrada en su eje disciplinar y diversificar en distintas áreas del conocimiento, además del componente técnico.

Estructuralmente se requieren de cambios para permitir resignificar principalmente las ideologías al rededor de la profesión, por ejemplo, el papel de subordinación con relación a los médicos, la construcción de la autonomía, el desarrollo de nuevos conocimientos, un cambio profundo en la formación inicial, es decir, se requieren cambios de fondo que permitan una reestructuración de la profesión desde su fundamentación histórica.

Uno de los principales hallazgos se visualiza al sumar todas estas desigualdades desde el punto de la interseccionalidad, es decir, todas estas condiciones de desigualdad se suman exponencialmente, por ejemplo, pensar en una mujer o una enfermera de bajos recursos, con poco o nulo acceso a la cultura o al poder político, se traduce a que está en una posición mucho más desfavorecida que otra que tenga mejores oportunidades culturales y económicas, en otras palabras, la profesión no solo

se ve limitada por aquello externo a la profesión, sino que también al interior de la profesión es posible tener aún más limitantes.

En relación con la autonomía, fue posible reconocer elementos necesarios para favorecerla, por ejemplo: el conocimiento, el liderazgo, la autoestima, la convicción, los valores, la honestidad e identidad profesional. Particularmente, el conocimiento fue identificado como un elemento necesario para el ejercicio de la autonomía, ello se traduce como ejercicio de poder político e ideológico. Asimismo, dentro de la gestión de la autonomía se observó el poder económico traducido en presupuesto, este es una limitante para el ejercicio de dicha autonomía, así como la normatividad interna o externa como rigor del comportamiento institucional e interinstitucional. Sin embargo, se observa que cuando el personal de enfermería utiliza el conocimiento de manera estratégica le es posible llegar a negociaciones presupuestales y normativas orientadas a favorecer al gremio.

Como es posible apreciar, el juego y disputa de poderes afectan o favorecen el desarrollo del personal de enfermería, no obstante, es importante hacer notar que el poder político, económico e ideológico no van a cambiar si no se ejerce un ejercicio de resistencia ante ellos, en otras palabras, se requiere empoderamiento del personal de enfermería y que este sea, desde su posición, el motor de cambio para transformar la realidad en beneficio de la profesión. Para ello, no solo se requiere de un ejercicio de resistencia aislado o coordinado por unos cuantos, sino que se requiere la necesidad de unificar en torno a dicho objetivo por parte de la profesión.

Derivado de los hallazgos de esta investigación, es posible visualizar, en primera instancia, la formación inicial tiene un efecto reproductor y la educación con un papel protagónico en la formación del personal de enfermería. Por ello, sería necesario reformar los planes de estudio de esta área profesional en vías de promover no solo las competencias técnicas que se espera desarrolle el personal de enfermería, sino que es necesario incluir componentes formativos orientados a fortalecer el sentido de identidad de la profesión, dirigidos también al desarrollo de la profesión por medio de

la investigación y nuevas tecnologías del cuidado, es decir, de la aplicación del conocimiento científico a la resolución de los problemas del cuidado.

El área de enfermería se ha enfocado históricamente a fortalecer y reproducir prácticas de cuidado desarrolladas y probadas en otras áreas de la ciencia, sin embargo, se evidencia la necesidad del personal de enfermería para profesionalizarse como productores de conocimiento más que como consumidores. Lo anterior implica la necesidad del personal de enfermería para investigar específicamente sobre su objeto de estudio, que este comience a experimentar, a sistematizar y a producir nuevos conocimientos para contribuir a la mejora del cuidado, pero, primordialmente, el cambio principal está en la posibilidad de comenzar a difundir esos resultados.

Migrar de un modelo de consumo de conocimiento a un modelo de producción de conocimientos tiene implicaciones importantes en todas las esferas del desarrollo de la profesión, al ser productores ganarán confianza en sí mismos, asimismo, podrán discutir académicamente con sus pares de otras profesiones y visualizar a la enfermería como profesión y también como ciencia, con capacidad de generar conexiones e interconexiones con las demás áreas del conocimiento. Aunado a ello, se empezará a transitar de la disciplinariedad a la interdisciplinariedad y, eventualmente, a la transdisciplina. La producción de conocimientos propios del campo de la enfermería comenzará a desarrollar un sentido de pertenencia a la profesión y cimentará las bases para la construcción de una identidad más sólida, ello favorecerá al empoderamiento del personal de enfermería en el ámbito hospitalario.

Sin embargo, el cambio de paradigma en la formación inicial, por sí solo, no es suficiente, también es necesario un cambio ideológico transversal entre todos los miembros del gremio de enfermería. Específicamente, este cambio tiene que estar orientado a reducir las desigualdades ocasionadas por las múltiples formas de discriminación: el género, la posición social, el nivel socioeconómico, entre otras. Por mejor decir, se requiere fortalecer al gremio desde el interior, tratar de reducir las desigualdades dentro de este para evitar sumar aquellas desigualdades del exterior, las cuales no se puedan reducir en el corto plazo.

Además de las intervenciones estructurales en la formación inicial y el cambio ideológico, también es necesario implementar acciones de formación continua encaminadas a emprender cambios ideológicos y viejas prácticas en el personal actualmente activo dentro de los hospitales. Se requiere un cambio en la formación inicial, ello brindará la posibilidad de generar nuevos recursos humanos comprometidos con la profesión, con un fuerte sentido de identidad y con una alta motivación para producir conocimientos, sin embargo, es menester propiciar también cambios estructurales dentro de las instituciones de salud con tutoría y acompañamiento a los egresados, pues el personal de mayor antigüedad tiene viejas prácticas, las cuales limitarán el desarrollo de los nuevos egresados, generando así la reproducción del mismo perfil profesional. Para incidir en el personal quien actualmente ya labora dentro de las instituciones de salud, la educación continua es una alternativa viable para comenzar a sensibilizarlos sobre las nuevas expectativas en cuanto a la profesión para modelar, incluso, cómo pueden insertarse y ser parte de este nuevo paradigma. Dicho de otra forma, capitalizar de manera más eficiente su experiencia y no solo la que corresponde a los procedimientos técnico-operativos tal como ocurre actualmente.

En conclusión, en este estudio se identificaron mecanismos de poder vinculados estrechamente con el desarrollo de la profesión, además de aquellos mecanismos que obstaculizan el desarrollo y cómo lo hacen. Sin embargo, es factible pensar en un cambio que promueva un nuevo sentido a la profesión y que potencialice su desarrollo. Con base en estos resultados, se propone una serie de recomendaciones en vías de fortalecer la profesión y hacer frente a los retos por venir:

1. *Fortalecer la formación inicial del profesional de enfermería* por medio de la promoción de la investigación como un medio de producir conocimientos útiles y propios de la profesión.
2. *Fortalecer la identidad del profesional de enfermería* a través de la resignificación de la profesión y la inclusión de una formación valoral que brinde un sentido de pertenencia y amor por la profesión.

3. *Fortalecer los liderazgos al interior del gremio* a través de promover una formación complementaria que desarrolle competencias actitudinales de gestión y administración hospitalaria.
4. *Reducir las desigualdades al interior del gremio* por medio de la promoción de programas o compañías con perspectiva de género, inclusión y diversidad.
5. *Promover un cambio ideológico en el personal activo* por medio de la educación continua y permante con un enfoque inclusivo que promueva la formación de nuevos talentos y la capitalización de la experiencia.

Limitantes del estudio

Finalmente, es importante mencionar que la presente investigación tuvo como principal limitante la muestra de estudio, pues solo fue posible entrevistar a siete personas quienes proporcionaron información en función de los objetivos del estudio, sin embargo, no se tuvo una cobertura completa en términos de las distintas categorías laborales que conforman la plantilla del personal de enfermería. En este caso solo fue posible obtener información de la subdirección, de dos jefaturas de departamento, de una jefe de enfermeras que labora en la administración y de tres pasantes, subrepresentando así el grupo de enfermeras operativas quienes son las que día con día laboran en la gestión del cuidado y están en contacto directo con los pacientes.

Asimismo, el grupo de pasantes seleccionado mostró algunas dificultades para expresarse y poder responder a todas las preguntas del cuestionario, debido principalmente a que el cuestionario tenía conceptos técnicos propios del campo de la investigación y con los cuáles no estaban familiarizados. Al respecto, el investigador realizó diversas explicaciones con la finalidad de que los informantes comprendieran todos los conceptos involucrados en las preguntas y pudieran responder de manera coherente. No obstante, a pesar de dichos esfuerzos en algunos casos los pasantes no dieron respuesta a todas las preguntas, ello generó un sesgo en la información obtenida.

Para futuras investigaciones se procurará afinar los protocolos de la entrevista semi-estructurada antes de su aplicación definitiva y también se realizará una mejor selección de los informantes, con el propósito de representar adecuadamente a todos los perfiles de enfermería que conforman la institución.

Líneas de investigación para el futuro

Derivado de los hallazgos y conclusiones de este estudio, es posible observar que los resultados solo aplican para la muestra bajo estudio, así, una línea de investigación para futuros estudios puede ser la replicación de una investigación similar en otro tipo de hospital, por ejemplo, en un hospital de segundo nivel o de primer nivel de atención para visualizar si estas relaciones de poder afectan de la misma o de diferente manera el desarrollo de la profesión en distintos tipos de hospitales.

Asimismo, se considera que aún queda como incognita el papel diferencial de ser una enfermera mujer y un enfermero varón con respecto a las oportunidades de desarrollo y también sobre el ejercicio del poder político, económico e ideológico.

Finalmente, es importante incursionar en el análisis de la resistencia y de los planes de estudio de las principales instituciones formadoras de la profesión con la finalidad de identificar las áreas de mejora y proponer los mecanismos a través de los cuales se puede promover la investigación y el fortalecimiento de la profesión por medio de la educación inicial.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguiló, A. J. (2009). El concepto de poder en la teoría política contra hegemónica de Boaventura de Sousa Santos: Una aproximación analítico-crítica. *Nómadas Revista Crítica de Ciencias sociales y Jurídicas*, 24(4).
- Althusser, L. (1988). *Ideología y aparatos ideológicos del Estado. Freud y Lacan*. Nueva Visión.
- Amezcuca, M. y Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta, los modos de análisis en investigación cualitativa en salud. *Revista Especializada en Salud Pública*, 5(76), 423-436.
- Ancheta, E. (2013). La Historia de la enfermería en Cuba: métodos y procedimientos de estudio. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 12(2).
- Arratia, A. (2005). Investigación y documentación histórica en enfermería. *Texto y Contexto de Enfermería*, 14(4), 567-74.
- Arroyo, S. (2013). *Exigencias del trabajo y riesgo de enfermedad cardiovascular en enfermeras de una institución de tercer nivel de atención en México 2007-2008* [Tesis de maestría]. UAM.
- Ávila, F. (2007). El concepto de poder en Michel Foucault. *Revista de Filosofía*, 5(9).
- Baran, P. y Sweezy, P. (2006). La absorción de excedentes: militarismo e imperialismo. En *El capital monopolista* (pp. 143). Siglo XXI Editores.
- Bauman, Z. (2006). *Modernidad líquida*. Grafinor.
- Blásquez, M C., González López-Valcárcel, B., Macías, B. E., Martín, B. y Testa M. (1988). *Estado y Salud*. Organización Panamericana de la Salud, oficina regional de la OMS.
- Bourdieu, P. (2002). *Campo de poder, campo intelectual*. Editorial Montessor.

- Bourdieu, P. (2000). Sobre el poder simbólico. En A. Gutiérrez (Ed.), *Intelectuales, política y poder* (pp. 65-73). UBA/Eudeba.
- Bourdieu, P. y Eagleton, T. (2003). Doxa y vida cotidiana: una entrevista. En S. Zizek, (Ed.), *Ideología: un mapa de la cuestión* (pp. 382). Fondo de Cultura Económica.
- Brigido, A. M. (2006). *Sociología de la educación: Temas y perspectivas fundamentales. 1ª edición*. Brujas.
- Cano, M. D. (2004). Enfermería y género, tiempo de reflexión para el cambio. *Index Enfermería*, 13(46), 34-39.
- Capdevielle, J. (2011). El concepto de habitus: “Con Bourdieu y Contra Bordieu”. *Anduli*, 10, 31-45
- Carrillo, E. (24 de mayo, 2019). *Institutos de salud tienen presupuesto suficiente; un invento que están congelados los recursos: AMLO*. Proceso.
- Cassiani, S. H. B., Munar, E. F., Umpiérrez, F. A., Peduzzi, M, Leija, C. (2020). La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44(64). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.64>
- Cassiani, S. H. B., y Lira Neto, J. C. G. (2018). Nursing perspectives and the “Nursing Now” campaign. *Revista brasileira de enfermagem*, 71, 2351-2352.
- Celma, M. (2007). *Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras* [Tesis doctoral]. Universidad de Granada Departamento de Antropología Social.
- Cifuentes, J. L. (1990). La polisemia como prototipo diacrónico. *Anales de Filología Hispánica*, 5, 991-19.
- Cifuentes, M. R. (2008). La justicia a las identidades colectivas, más allá del dilema distribución–reconocimiento. *Jurid. Manizales*, 5(2), 123-138.

Comas, D´A. D. (1995). *Trabajo, género y cultura, la construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. Icaria.

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. (2022). *Consulta para la designación del (la) director(a) general del Instituto Nacional de Geriátria*. <https://www.gob.mx/insalud/articulos/consulta-para-la-designacion-del-la-director-a-general-del-instituto-nacional-de-geriatria-318584>

Consejo de Salubridad General. (2018), *Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Estándares para aplicar el modelo en hospitales*. CSG.

Consejo de Salubridad General. (2012). *Estándares para la Certificación de Unidades de Atención Médica*. CSG.

D'Antonio P. (1997). Towards a history of research in nursing. *Nursing Research*, 46, 105-110.

De Sousa, B. (2010). *Para descolonizar Occidente. Más allá del pensamiento abismal*, FF y L UBA, Prometeo, UBA Sociales Publicaciones, CLACSO.

Diario Oficial de la Federación. (2020). *PROGRAMA Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar*. DOF.

Driessnack, M, Sousa, V. D, y Mendes, I. A. C. (2007). Revisión de diseños relevantes para enfermería: parte 2: diseños de investigación cualitativa. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 15(4), 1.5.

Engels, F. (1845). *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivst/spiv/situacion>. [Pp.1-444](#)

Engels, F. (1981). *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. Progreso.

- Etking J, y Schvarstein L.(1992). *Identidad de las organizaciones: invarianza y cambio*. Paidós. impreso en talleres gráficos D´aversa. ISBN: 950-12-46248
- Fajardo, S. (2019). Campaña global “Nursing Now”. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 22(1), 6-8.
- Fawcett, J. (2014). Tendencias de investigación en enfermería. *Aquichan*, 14(3), 289-293. <https://dx.doi.org/10.5294/aquí.2014.14.3.1>
- Fernández, N. (2002). El desarrollo profesional de los trabajadores como ventaja competitiva de las empresas. *Cuadernos de Gestión*, 2(1).
- Ferrer, A. (2006). Estado-nación, desarrollo y globalización. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 24 (número especial) 58-63.
- Freidson, E. (1970). *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Primera edición. Ediciones península.
- Gallardo, H. (2005). John Locke y la teoría del poder despótico. *Revista de Filosofía de la Universidad de Costa Rica*, XLIII(109/110), 193-215.
- García, M. I. (2006). *Espacio y Poder: El espacio en la reflexión de Michel Foucault*. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.
- García, M. I. (2010). *Foucault y el Poder*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- García, I., y Sánchez, E. (2009). Relación entre estilos de liderazgo y bases de poder en las enfermeras. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17(3).
- Gavilán (2022). *¿Quieres una carrera UNAM? conoce el puntaje necesario para entrar*. <https://dimenoticias.com/quieres-una-carrera-unam-conoce-el-puntaje-necesario-para-entrar/#:~:text=De%20acuerdo%20con%20esta%20informaci%C3%B3n%2C%20estos%20fueron%20los,99%20puntos.%20Administraci%C3%B3n%3A%2087%20puntos.%20Contadur%C3%ADa%3A%2080%20puntos>

- Gillard, D. (2018). *La educación en Inglaterra: una historia*. British Council.
- Giraldo, R. (2006). Poder y resistencia en Michel Foucault. *Tabula Rasa*, 4, 103-122.
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. (2007). *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*. Gobierno de México.
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública Méx*, 53(2), 220-232.
- González, E., Arras, A. M., y Moriel, B. L. (2012). La Profesionalización en enfermería: hacia una estrategia de cambio. *Tecniciencia Chihuahua*, VI(1).
- González, B., Blázquez, M. D. C., Macías, B. E., Martín, J. M., y Saavedra-Santana, P. (2000). *Presupuestos, contratos e incentivos, en el gasto sanitario público del medicamento: manual de gestión sanitaria*.
- Guzmán, et al. (2011). Cultura hospitalaria y el proceso narrativo en el niño enfermo. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, XVII(33), 23-44.
- Hernández, C. (2014). *El significado del programa detección oportuna de cáncer cervicouterino en el personal de salud del primer nivel de atención* [Tesis de doctorado]. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Instituto de Salud para el Bienestar. (2022). *Selección de Personal de Salud para laborar en el Programa E023. Atención a la Salud*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/767710/NACIONAL-MDB_E023-111-INSABI-2022.pdf
- Instituto de Salud para el Bienestar. (2020). *Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar* https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608326&fecha=21/12/2020&print=true
- Irigibel-Uriz, X. (2008). Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora. *Índex de Enfermería*, 17(4), 276-279.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400012&lng=es&tlng=es.

Jiménez, J. (2012). *Formación de recursos humanos en enfermería*. Dirección General de Calidad en Salud. Secretaría de Salud.

Jiménez, J. (2012). *Formación de recursos humanos en enfermería*. DGCEs, SS. <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/publicaciones/CASMI-11.pdf>

Kohn, L. T., Corrigan J, Donaldson M. S. (1999). *To err is human. Building a safer health system. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America*.

Kortanje, K. (2009). La hospitalidad de Jacques Derrida. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 22(2).

Labourdette, S. (2007). Relaciones sociales y poder. *Orientación y Sociedad*, 7.

Laurell, A. C. (2013). Impacto del Seguro popular en el sistema de salud mexicano. 1ª ed. CLACSO.

Lenise do Prado, M., Medina-Moya, J. L. y Martínez, J. R. (2011). Producción del conocimiento en educación en enfermería en España y Brasil: Una revisión integrativa. *Texto Contexto Enferm*, 20(3), 607-15.

Diario Oficial de la Federación (2000). *Ley de los Institutos Nacionales de Salud. publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de mayo de 2000. Última reforma publicada DOF 11-05-2022*. DOF.

Locke, J. (1981). *Ensayo sobre el gobierno civil*. Aguilar.

Magalhães, M. L. y Mercado, F. J. (2007). *Investigación cualitativa en los servicios de salud*. 1ª edición. Lugar Editorial.

Mandel, E. (1969). La situación de los obreros dentro del neocapitalismo. En *Ensayos sobre el neocapitalismo* (pp. 68-86). Era México.

- Manojlovich, M. (2007). Power and empowerment in nursing: Looking Backward to inform the future. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(1).
- Márquez, A. (2012). El financiamiento de la educación en México: Problemas y alternativas. *Perfiles educativos*, 34, 107-117.
- Martínez, M. C. (2006). Discurso, Poder y Cognición Social, Conferencias de Teun A. van Dijk. *Cuadernos*, 2(2).
- Martínez, M. L. y Chamorro, E. (2011). *Historia de la Enfermería: Evolución Histórica del Cuidado Enfermero*. Elsevire.
- Martínez, D. (2014). El poder en las relaciones de género desde la perspectiva de las mujeres. *Rev. Enfermería Actual de Costa Rica*, 27, 1-19. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i27.16267>
- Marx, C. (1973). *El método en la economía política*. Grijalbo.
- Marx, K. (1999). *El Capital*. Siglo XXI.
- Mendoza R., Gutiérrez N., y Saldaña I. (16 de agosto, 2022). *López-Gatell advierte que consultorios médicos junto a farmacias son un peligro*. El Heraldo de México.
- Moisevich, M. y Fedorovich, L. P. (1946). *Diccionario filosófico marxista*. Ediciones Pueblos Unidos.
- Morán-Peña, L. (2006). *Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería (ALADEFE): Presentación realizada durante el XIII Curso OPS/OMS-CIESS Legislación de salud: la regulación de la práctica profesional en salud*. México, D.F.
- Morán-Peña, L. (2017). La Enfermería de Práctica Avanzada ¿qué es? y ¿qué podría ser en América Latina? *Enfermería Universitaria*, 14(4), 219-223.
- Moreno, H. C. (2006). Bourdieu, Foucault y el poder. *Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 2(1), 1-15.

- Negro, M. A. (2009). En la enseñanza de Jacques Lacan. *Affectio Societatis*, 6(11), 122-142.
- Olvera, A. (2011). *Poderes fácticos y democracia en México: sindicatos, caciques, monopolios y delincuencia organizada en un país en transición en: Ciudadanía y legitimidad democrática en América Latina*. Editorial Prometeo.
- Oreja, M. L. y Alegre, C. (2008). Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Metodología Enfermera. A propósito de un caso. *Norte de Salud Mental*, 31, 20-26.
- Organización Internacional del Trabajo. (2008). *Conferencia Internacional del Trabajo, 97ª reunión, V informe calificaciones para la mejora de la productividad el crecimiento del empleo y el desarrollo. Primera edición*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *La cirugía segura salva vidas. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente*. OMS Francia.
- Osorio, J. (2003). Crítica a la ciencia social vulgar sobre método y epistemología en Marx. *Revista de Economía, Teoría y Práctica*, 18, 77-98.
- Osorio, J. (2006), Biopoder y biocapital. El trabajador moderno como homo sacer. *Rev. Argumentos*, 52(19), 77-98.
- Osorio, J. (2011), *Estado, biopoder, exclusión: Análisis desde la lógica del capital*. Anthropos Editorial.
- Poder Ejecutivo, Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Gobierno de México.
- Poulantzas, N. (1979). *Estado poder y socialismo*. Editorial Siglo XXI.
- Ramírez, N. y Alfonso, M. (2012). Relaciones de poder entre hombres y mujeres: su influencia en el desarrollo de enfermería. *Enfermería en Costa Rica*, 33(1).
- Ramírez, R. M. (2000). Razón y Racionalidad. Una Dialéctica de la Modernidad. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 7(21).

- Ramos, M. C. (1997). La Escuela Johns Hopkins de capacitación para enfermeras: una historia de la visión, del Trabajo, y la futilidad. *Enfermería Historia de Revisión*, 5, 23-48.
- Rojas, R. (2022). *Principales problemas que enfrenta esta área de la salud*. Saludiarío. <http://www.saludiarío.com>
- Rossi, M. Á. (2010). Lenguaje, palabra y discurso: de la senda lacaniana a la tradición y actualidad de la teoría política. *Pensamiento Plural | Pelotas*, 07, 125-141.
- Rubio, S. (2010). Profesionalización de Enfermería en México. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 18(1-2), 4-6.
- Sacchetti L., y Rovere M. (2011). *Surgimiento de la Enfermería Moderna: mitos victorianos, tecnologías de poder y estrategias de género*. 1ª Ed. Asociación Civil el Ágora.
- Saldías, M. A., y Parra-Giordano, D., y Martí, T. (2022). Participación de enfermería en Políticas Públicas, ¿por qué es importante?: revisión integrativa de la literatura. *Enfermería Global*, 21(65), 590-624. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.455361>
- Santander, P. (2011). Por qué y cómo hacer Análisis de Discurso. *Cinta Moebio*, 41, 207-224.
- Santos, H. (2011). El sindicalismo en México: resistencia proletaria y marco neoliberal. *Alegatos*, 77.
- Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería, Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. (2012). *Boletín estadístico*. Primera Edición. SS.
- Secretaría de Salud. (2018). *Estado de la Enfermería en México*. Secretaría de Salud.
- Silva, Thais Araújo da, Freitas, Genival Fernandes de, Hiromi Takashi, Magali, & Albuquerque, Tatiana de Araújo. (2019). Identidad profesional del enfermero: una

revisión de literatura. *Enfermería Global*, 18(54), 563-600. Epub 14 de octubre de 2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.324291>

Tetelboin, C. (1997). Problemas en la conceptualización de la práctica médica. *Estudios en antropología biológica*, VI, 483-510.

Valadez, B. (6 de enero, 2012). *México sólo cuenta con 19 enfermeras por cada 10 mil habitantes*: OMS. MILENIO. <http://www.milenio.com/cdb/doc/noticias2011/cfe9662fd2345ed6a9080b4a7168bf76>

Valencia, F. (2022). *Desabasto de medicamentos*. El Herald de México

Van Dijk, T. A. (2003). La multidisciplinaridad del análisis crítico del discurso: un alegato en favor de la diversidad. En R. Wodak y M. Meyer (Eds.), *Métodos de análisis crítico del discurso* (pp. 143-177). Gedisa.

Van Dijk, T. A. (1999). *El análisis crítico del discurso*. Anthropos.

Wollstorecraft, M. (2005). *Vindicación de los derechos de la mujer*. Editorial ISTMO.

ANEXOS

ANEXO 1

Operacionalización de categorías

Poder político

Desde las distintas formas entre las que se ejerce el poder para poder influenciar la conducta humana, para esta tesis el poder político se analizará de acuerdo con la posibilidad de ejercer la fuerza legal políticamente jurificado a través de las normas que implementa el Estado por medio de las instituciones, por ejemplo, la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos en donde se enmarcan en los artículos, entre otros aspectos, lo siguiente:

ARTÍCULO 1º

- Las obligaciones en el servicio público;
- Las responsabilidades y sanciones administrativas en el servicio público;
- Las autoridades competentes y el procedimiento para aplicar dichas sanciones.

ARTÍCULO 7.- Será responsabilidad de los sujetos de la Ley ajustarse en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones, a las obligaciones previstas en esta, a fin de salvaguardar los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen en el servicio público.

ARTÍCULO 8.- Todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones: I.- Cumplir el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o que implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión; II.- Formular y ejecutar los planes, programas y presupuestos correspondientes a su competencia, y cumplir las leyes y la normatividad que determinen el manejo de recursos económicos públicos; III.- Utilizar los recursos

que tenga asignados y las facultades que le hayan sido atribuidas para el desempeño de su empleo, cargo o comisión, exclusivamente para los fines a que están afectos.

Desde el poder político, la autoridad y dependiendo las jerarquías están legalmente constituidas para vigilar, mandar o dirigir, obedecer y castigar, controlar o sancionar, es decir, se está facultado para tomar decisiones de terceros que obedecen confiriendo un reconociendo como legítimo a la autoridad. Esta última en el proceso de reconocimiento le otorga facultades de superioridad entrando en una relación de mando-obediencia

Así, el poder político queda determinado al distribuirse en puestos y perfiles legalmente constituidos por el Estado, con facultades de los responsables según la competencia de ejercer poder.

Dimensión	Concepto	Categoría	Concepto	Subcategoría
Poder político	Se entiende como la posibilidad de influenciar la conducta humana, ya sea por retórica, por la sujeción a un mecanismo de institucionalidad como alguna ley, ordenamiento, norma, etc., o también por la sujeción a lineamientos específicos derivados de algún instrumento de política como un programa federal o algún proceso de certificación y/o de acreditación hospitalaria	Jerarquías	Posición de autoridad que se tienen dentro de la institución	Subdirectora Jefas de departamento Enfermeras jefas de servicio Pasantes
		Apego a programas federales e institucionales	Participación en las recomendaciones internacionales, nacionales o institucionales	Productividad Políticas públicas
		Regulación administrativa	Regulación en función en la organización institucional	Convenios Indicadores de calidad
				Misión, visión, valores institucionales
				Cultura de calidad
				Certificación

Poder económico

Se hace referencia a las relaciones de poder que están sustentadas en una plataforma económica, las cuales existen actores que detentan el poder y otros que lo administran, encontrándose en la parte más baja al trabajador vendedor de fuerza de trabajo.

En la venta de fuerza de trabajo el que la vende se enajena, aceptando el valor de mercado como una forma de “garantizar su subsistencia”. Estas relaciones de poder

económico pertenecen a quienes disponen de la riqueza y negocian con ella, permitiéndoles determinar las leyes del mercado y así influir en la voluntad de las personas, dado que estas participan en ese mercado.

Dimensión	Concepto	Categoría	Concepto	Subcategoría
Poder económico	El poder económico se caracteriza por relaciones de poder que están sustentadas dentro de una plataforma económica en donde existen actores que detentan el poder y otros que lo administran, encontrándose en la parte más baja el trabajador	Presupuesto	Recurso económico destinado a la institución para mejorar condiciones de trabajo	Compra de equipo tecnológico, de infraestructura, de trabajo personal e insumos
			Recursos económicos dirigido a la educación centrada en el desarrollo	Apoyo a la formación técnica
				Apoyo a la formación de licenciadas, maestras o doctoras
		Apoyo a la certificación		
		Becas para intercambio académico		
		Recursos	Incrementos salariales para enfermería por grados académicos	
			Programas con incentivos económicos por formación de licenciadas, maestras o doctoras	Programa de profesionalización
Recursos	Tipo y cantidad de recursos que se otorgan	Infraestructura		
		Tecnológicos		
		Humanos		
		Económicos		

Poder ideológico

Se ejerce por quienes detentan los medios de comunicación o de propaganda política a partir de la difusión de sus ideas, pues la representación psicológica de estas genera, indudablemente, conductas. Si se acepta que existe una clase dominante se podría asumir que hay un sometimiento a la ideología dominante o al dominio de sus prácticas, aceptando de manera consciente la tarea (Althusser, 1988).

Bourdieu hace una propuesta de “sustituir el concepto de ideología por conceptos como ‘dominación simbólica’ o ‘poder simbólico’ o ‘violencia simbólica...’” (Bourdieu y

Eagleton, 2003, p. 296). Con violencia simbólica trata de hacer visible una forma de violencia cotidiana no percibida.

Dimensión	Concepto	Categoría	Concepto	Subcategoría	
Poder ideológico	Se ejerce por quienes detentan los medios de comunicación o de propaganda política, a partir de la difusión de ideas que derivan en representaciones psicológicas que, a su vez, generan conductas y comportamientos específicos, es decir, moldean la conducta esperada de los sujetos. En este sentido, se analizaron las ideas subyacentes a determinadas creencias como las son: genero, profesión, clase, formación académica, tiempo de ser profesión, participación política, apoyo del Estado	Subordinación	Relación que tienen de la enfermera como mujer Vs el hombre	Género	Mujer Roles Emociones
					Hombre
			Relación de la enfermera como profesional Vs el médico	Profesión	Médico Enfermera
			Relación que tiene la enfermera por su clase Vs otros profesionales con diferente clase	Clase	Alta Media Baja
			Relación que tiene la enfermera por su preparación académica Vs otros profesionales con diferentes preparaciones académicas	Formación académica	Nivel técnico Licenciatura Maestría Doctorado
			Relación que tiene la enfermera por el tiempo de inicio de su profesión Vs otras profesiones con diferente antigüedad	Tiempo de ser profesión	Antiguo Joven
			Relación que tiene la enfermera por su participación política Vs otros profesionales con diferente participación política	Participación política	Mayor participación Menor participación
			Apoyo que tiene la enfermera por el Estado en relación con el apoyo que se ofrece a otras profesiones	Apoyo del Estado (operando a nivel institucional)	Mayor apoyo Menor apoyo

Desarrollo de la profesión

Las profesiones son organizaciones por las que se establecen formas de pensamiento. Enfermería estaba vinculada a orígenes religiosos como elementos del cristianismo a los actos de entrega y sufrimiento como elementos de obediencia de un ser superior. Sin embargo, en la actualidad, para el desarrollo de una legalidad y legitimidad es necesario que tenga reconocimiento en los procesos de enseñanza científica respaldados por una Universidad, que se cuente con salarios dignos, que exista una satisfacción personal en función de lo que se estudia y se ejerce, que se tenga un sentido de pertenencia y que el campo de práctica y regulación profesional esté dirigido por sus propios miembros (Fernández, 2001).

Así, en el transitar de enfermería, si bien es cierto que se continúa trabajando el posicionamiento, no se puede dejar de mencionar algunos elementos que le dan legalidad y legitimidad, tal es el caso de la incorporación al catálogos de profesiones, reconocimiento profesional con incremento de salarios en los códigos de licenciatura y posgrado, legitimidad en función de la actividad al responder a una necesidad social sobre todo en tiempos de COVID-19.

Así, buscando identificar otros elementos del desarrollo de la profesión, se identificó a través de la expresión verbal el valor propio y el logro hacía la enfermera o la enfermería, a través de las categorías de identidad y autonomía.

Identidad

En general, la identidad se desarrolla en espacios culturales e históricas, para ello, se vincula el presente, con el pasado y un futuro. Se consideran las significaciones y representaciones. En lo que respecta a enfermería, con la creación de las Universidades, entre otros conocimientos, se desglosaron las relacionadas a las habilidades técnicas, las especializaciones y los trabajos intelectuales orientados a maestrías y doctorados. En este transitar, las artes "...comenzaron a tener un propósito relacionado con las actividades del espíritu del ser humano, en las que se

caracterizaron como profesiones, y las artes mecánicas se identificaron como oficios”. (Thais, Genival, Takashi y Araujo 2019: 590-591)

Para este trabajo, se entiende por identidad, a la construcción propia que emerge de las relaciones entre individuos y grupos, para ello, se consideran las dimensiones sociológicas, antropológica y el espacio cultural en un medio social global. (Etking y Schvarstein, 1992)

Autonomía

La autonomía, como elemento de desarrollo, “... es el resultado crítico de la interacción entre el poder político y económico y la representación ocupacional, interacción facilitada a veces por instituciones educacionales y otros dispositivos que convencieron satisfactoriamente al Estado de que el trabajo de la ocupación es fiable y valioso” (Freidson, 1970:93). Para ellos se pretende identificar, la materialización de logros, desde la propuesta de Mojojlovich (2007) para ello, se consideran tres tipos de control: sobre el contenido de la práctica, sobre el contexto de la práctica y sobre la competencia profesional.

Dimensión	Concepto	Categoría	Concepto	Subcategoría
Desarrollo De la profesión	Es una fase de crecimiento de la profesión y de la satisfacción y desarrollo en	Identidad	Expresión pública del constructo propio que emerge de las relaciones entre individuos y grupos, para ello, se consideran las dimensiones sociológicas, antropológica y el espacio cultural en un medio social global	Enseñanza científica avalada por la Universidad Desarrollo académico 2da opción para estudiar enfermería Sentido de pertenencia Rol social Confianza en la práctica Comparación Autoestima Cultura

	torno a la vida profesional de la enfermera	Autonomía	Desde la propuesta de Mojjovich (2007) la autonomía se puede observar en tres tipos de control: sobre el contenido de la práctica, sobre el contexto de la práctica y sobre la competencia profesional.	Protocolos Nacionales Controles administrativos Limite en el presupuesto Normatividad Paradigmas arraigados Ordenes médico Participación política Dirección por enfermería Control administrativo Liderazgo Convicción Conciencia social Cultura social Negociación Seguridad Conocimiento Experiencia Uso estratégico del conocimiento Identidad propia y auténtica de la profesión Toma de decisiones
--	---	-----------	---	--

Resistencia

Finalmente se construyó la categoría de resistencia, al respecto, en este trabajo, se identificó que las relaciones de poder no siempre se mantienen en las mismas condiciones, también pueden tener momentos de debilidad, sobre todo cuando se encuentra ante un grupo activo organizado desde cualquier ámbito de actuación.

Para identificar los elementos de resistencia presentes, se consideraron las características que mostraran de manera transversal durante todo el discurso, las ideas orientadas a las acciones de creación o transformación permanente de enfermería. Desde esta perspectiva, se identificaron subcategorías que emergían conforme se analizaban los discursos.

Al respecto, la categoría y subcategorías de resistencia se muestran en el siguiente cuadro:

Categoría	Concepto	subcategoría
Resistencia	La resistencia, se entiende que "...no es reactiva ni negativa, es un proceso de creación y de transformación permanente..." (Giraldo, 2006:105).	Apego a políticas para generar presupuesto, negociación política para generar apoyos económicos, discurso de inclusión al ejercicio del poder para la subdirectora y aspiración centrada en: la formación, valores, conciencia de ser profesional de enfermería, sensible en el cuidado hacia un ser humano, modificar la actitud, la conducta, la lectura, en el apoyo a tutorar, construir liderazgo, autonomía, autogenerar necesidades de aprendizaje y resistencia a la legitimidad.

ANEXO 2

Entrevistas semi-estructuradas generales dirigidas al equipo directivo médico y enfermería de una institución de tercer nivel de atención en México

1. Datos biográficos

- 1.1. Código
- 1.2. Edad
- 1.3. Sexo
- 1.4. Estado civil
- 1.5. Nacionalidad

2. Antecedentes profesionales

- 2.1. Formación profesional nacional e internacional
- 2.2. Tiempo que lleva en el Instituto
- 2.3. Especialidad que ejerce
- 2.4. Cargo actual en el Instituto
- 2.5. Tiempo de ejercicio del cargo actual
- 2.6. Principales cargos en el sector salud

3. Relaciones de poder económico e ideológico: capacitación dirigida a la calidad y seguridad y disminución de gastos institucionales

- 3.1. ¿Qué significado tiene la capacitación del personal de enfermería?
- 3.2. ¿En qué áreas se debe capacitar al personal de enfermería?
- 3.3. ¿Qué espera de la capacitación del personal de enfermería?
- 3.4. ¿Principales obstáculos del desarrollo de enfermería en su capacitación?
- 3.5. Diferencias entre los niveles de formación en enfermería entre técnico, licenciatura, ¿maestría...?
- 3.6. Diferencias entre los niveles de formación en enfermería respecto a otras disciplinas

- 3.7. Tipos de apoyos institucionales para que enfermería realice estudios nacionales y extranjeros
- 3.8. Tipos de recursos que se incrementan o disminuyen en el presupuesto institucional de manera anual
- 3.9. ¿Cómo afectan los gastos de operación al personal de enfermería?

4. Relaciones de poder político y económico: vínculos con políticas del Sistema de Salud Nacional y certificación

- 4.1. Efectos de la participación en políticas nacionales como seguro popular, cruzada contra el sobrepeso y la obesidad, ¿para el Instituto?
- 4.2. Efectos de la participación en políticas nacionales como seguro popular, cruzada contra el sobrepeso y la obesidad, ¿para el instituto?
- 4.3. ¿Qué acciones se desarrollan para lograr la certificación del Instituto?
- 4.4. ¿Participación de enfermería en el proceso de certificación?
- 4.5. ¿Participación de enfermería en los comités del Instituto?
- 4.6. ¿Efectos de la certificación en el personal de enfermería?
- 4.7. Relación entre crecimiento institucional (infraestructura, equipo biomédico, áreas –UPA, laboratorios de referencia de alta especialidad, ¿acelerador lineal...) y desarrollo de enfermería?

5. Relaciones de poder ideológico: género, clase, autonomía y desarrollo profesional

- 5.1. ¿Razones por las que las instituciones de salud en su mayoría son dirigidas por médicos y varones? ¿Razón por la que no ha existido una médica como directora general en el Instituto?
- 5.2. ¿Razón por la cual no existen direcciones a cargo de personal de enfermería en el Instituto?
- 5.3. ¿Qué resultados pueden existir si contara con una dirección al frente de enfermería?
- 5.4. ¿Qué personal de salud se debe certificar?, ¿por qué?
- 5.5. ¿Qué estrategias se implementan para que el personal de salud se certifique?
- 5.6. ¿Principal obstáculo para que el personal de salud se certifique?
- 5.7. ¿Existen diferencias salariales entre enfermeras con posgrado y médicos con posgrado?

- 5.8. ¿Qué diferencias en privilegios e incentivos existen entre el personal médico y enfermería?
- 5.9. ¿Cómo se gestionan los privilegios e incentivos?
- 5.10. ¿Qué características debe tener la enfermera para poder tomar decisiones con autonomía?
- 5.11. ¿Qué acciones se implementan para legitimar la profesión de enfermería?
- 5.12. ¿Enfermería tiene autonomía en la gestión administrativa?
 - 5.13. ¿Qué estrategias se pueden implementar para fortalecer la autonomía del personal de enfermería?
 - 5.14. ¿Qué autoridad le otorga el director para trabajar con autonomía a enfermería?
- 5.15. Principales obstáculos en el desarrollo de autonomía en enfermería
- 5.16. ¿El personal de enfermería es suficiente para realizar las actividades del cuidado que el paciente requiere en la Institución?
- 5.17. ¿Cómo se incluye la participación de enfermería en la construcción de proyectos del Instituto?
- 5.18. ¿Qué indicadores expresan la existencia de un desarrollo de la enfermera y la enfermería?
- 5.19. Principales aportes que ha realizado para fortalecer el desarrollo de enfermería en el Instituto
- 5.20. ¿Principales aspectos que limitan el desarrollo de enfermería a nivel Nacional?
- 5.21. ¿Principales aspectos que limitan el desarrollo de enfermería en el Instituto?