

# EL ESTATUTO EPISTEMOLOGICO DE LA ENFERMERIA

LORENA MARTINEZ DELGADO



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS  
PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA

Martínez Delgado, Lorena

El estatuto epistemológico de la enfermería / Lorena Martínez Delgado – Bogotá:  
Universidad Santo Tomás. Vicerrectoría de Universidad Abierta y a Distancia, 2017.

219 páginas.

Incluye referencias bibliográficas

ISBN 978-958- 782-031- 7

1. Enfermería – Enseñanza - Historia 2. Educación superior 3. Formación profesional de  
maestros 4. Enfermería como profesión. I. Universidad Santo Tomás (Colombia).

CDD 610.73069

CO-BoUST

© **Lorena Martínez Delgado**  
© **Universidad Santo Tomás, 2017**  
© **Ediciones USTA, 2017**

**Fray Tiberio Polanía Ramírez**

*Vicerrector general Universidad Abierta y a Distancia*

**Dr. José Arlés Gómez Arévalo**

*Director Doctorado en Educación.*

**Julio Ernesto Rojas Mesa**

*Director centro de investigación Universidad Abierta y a Distancia*

**Sonia Marcela Rosas Arango**

*Coordinadora editorial Universidad Abierta y a Distancia*

**Karen Grisales Velosa**

*Coordinadora de libros Departamento editorial*

ISBN-e: 978-958-782-031-7

Universidad Santo Tomás, 2017  
Ediciones USTA Carrera 13 n.º 54-39 Bogotá, D. C., Colombia  
Teléfonos: 249 71 21 / 235 19 75  
editorial@usantotomas.edu.co  
<http://www.editorial-usta.edu.co>

**1ª Edición: 2017**

Hecho el depósito que establece la ley  
Libro electrónico  
2017

**Diagramación y diseño de caratula:** Franz González  
**Corrección de estilo:** Leonardo Montenegro Martínez

*Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra, por  
cualquier medio, sin la autorización expresa del titular de los  
derechos.*



## DEDICACIÓN

A mis hijos Juan Sebastián y Nicolás, a mis Padres y a mi hermano, quienes han sido el impulso a lo largo de mi vida, para el cumplimiento de mis sueños, por su, comprensión, tiempo, amor, paciencia y apoyo incondicional.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios y A María Auxiliadora quienes me han protegido a lo largo de mi vida

A la Doctora Marta Osorio mi asesora de tesis, por sus enseñanzas, acompañamiento, paciencia y motivación permanente durante todo mi proceso de formación.

A la Licenciada Cecilia Campaña de Paredes quien me enseñó lo que soy como enfermera y me brindó su apoyo para iniciar con el cumplimiento de ésta meta.

A los profesionales de Enfermería que participaron voluntariamente en este estudio, por sus aportes, experiencia y enseñanzas, sin quienes no hubiera sido posible éste trabajo de investigación

A mi amiga Andrea Agudelo, por su compañía, afecto y apoyo incondicional, quien siempre creyó que era capaz de cumplir en algún momento de mi vida con esta meta profesional y personal.

Y a todas las personas, familiares y amigos que me acompañaron y quienes siempre han estado presentes en mi vida.

# TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN .....	11
ABSTRACT .....	12
INTRODUCCIÓN .....	13
<b>PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>18</b>
1. ESTADO DE LA CUESTIÓN	
INTRODUCCIÓN .....	18
1.1 Estado de la Cuestión .....	19
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>31</b>
2. HISTORIA DEL SURGIMIENTO DE LA ENFERMERÍA	
INTRODUCCIÓN .....	31
2.1 Surgimiento de la Enfermería en algunos países de Europa .....	31
2.2 Surgimiento de la Enfermería en Norteamérica .....	38
2.3 Surgimiento de la Enfermería en América Latina .....	39
2.3.1 Argentina, Chile y Uruguay .....	41
2.3.2 Brasil .....	42
2.3.3 Bolivia, Ecuador y Perú .....	42
2.3.4 México .....	43
2.3.5 Panamá .....	44
2.3.6 Cuba, República Dominicana, Puerto Rico y Haití .....	44
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>46</b>
3. FACTORES QUE INFLUYERON EN EL SURGIMIENTO DE LA ENFERMERÍA EN COLOMBIA	
INTRODUCCIÓN .....	46
3.1 Factores Políticos- Religiosos- Educativos- Económicos y Sociales .....	47
3.2 Salud .....	51

<b>CAPÍTULO IV</b> .....	<b>53</b>
4. MARCO LEGAL Y ÉTICO PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN	
INTRODUCCIÓN .....	53
4.1 Ley 266 de 1996 .....	53
4.2 Ley 911 de 2004 (octubre 5) .....	61
 <b>CAPÍTULO V</b> .....	 <b>75</b>
5. CONCEPCIONES CIENTÍFICAS DE LA ENFERMERÍA	
INTRODUCCIÓN .....	75
5.1 LA ENFERMERÍA Y SU OBJETO DE ESTUDIO EL CUIDADO .....	75
5.2 METAPARADIGMA DE LA ENFERMERÍA .....	78
5.2.1 Ambiente/Entorno .....	78
5.2.2 Salud .....	79
5.2.3 Persona (Hombre-Ser) .....	81
5.2.4 Enfermería .....	85
5.3 LA ENFERMERÍA Y SUS DIFERENTES CONCEPCIONES .....	87
5.3.1 La enfermería como Ciencia .....	87
5.3.2 La Enfermería como Arte .....	91
5.3.3 La Enfermería como Ética del Cuidado .....	93
 <b>SEGUNDA PARTE: METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	 <b>99</b>
 <b>CAPÍTULO VI</b> .....	 <b>100</b>
6. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	
INTRODUCCIÓN .....	100
6.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	100
6.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	102
6.3 Pregunta Problema a Investigar .....	106
6.4 Objetivos de la Investigación .....	106
6.4.1 Objetivo General .....	106
6.4.2 Objetivos Específicos .....	106
6.5 METODOLOGÍA .....	107
6.5.1 Diseño de la investigación .....	107
6.5.2 Perspectiva metodológica desde la Teoría Fundamentada .....	107

ETAPAS DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN	
6.5.3 Muestra y recolección de datos .....	108
6.5.4 Ruta del Trabajo Metodológico: Teoría Fundamentada con el Software Atlas. Ti .....	110
<b>CAPÍTULO VII</b> .....	<b>119</b>
ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	
7. RESULTADOS: ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS Y EL CUESTIONARIO.	
INTRODUCCIÓN .....	119
7.1 Aportes para la Reconstrucción de la Historia de la Enfermería en Colombia, a partir de las entrevistas y el cuestionario realizado .....	120
7.1.1 Los factores educativos y la enfermería con relación al género y a la religión .....	123
7.1.2 Requisitos para los estudiantes y docentes y el “perfil de la enfermera” .....	134
7.1.3 Discusión de los factores sociopolíticos en la historia de la enfermería .....	139
CONCLUSIONES FRENTE A LA PRIMERA PARTE	
<i>Aportes para la reconstrucción de la Historia de la Enfermería     en Colombia, a partir de las entrevistas y el cuestionario     realizado</i> .....	147
7.2 Aportes para el establecimiento del Estatuto Epistemológico de la Enfermería .....	148
7.2.1 La enfermería y la fundamentación científica del cuidado como su objeto .....	151
7.2.2 La enunciación de la categoría “ciencia” en el título otorgado .....	154
7.2.3 Contenidos curriculares. Temas de enfermería luego especializados .....	156
7.2.4 Enfermería como arte y ética del cuidar .....	167
7.2.5 Interacción teoría- praxis .....	170
CONCLUSIONES FRENTE A LA SEGUNDA PARTE	
<i>Aportes para el establecimiento del Estatuto Epistemológico de     la Enfermería</i> .....	174
<b>CAPÍTULO VIII</b> .....	<b>176</b>
8. CONCLUSIONES .....	176
<b>CAPÍTULO IX</b> .....	<b>179</b>
PROPUESTA	

9. EL ESTATUTO EPISTEMOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA	
INTRODUCCIÓN .....	179
9.1 Propuesta el Estatuto Epistemológico de la Enfermería .....	181
9.1.1 Principios y áreas de formación establecidos por la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN .....	182
9.1.2 Fundamentación de la propuesta desde la integración de las diferentes perspectivas de la enfermería .....	183
9.1.3 Metaparadigma de la enfermería .....	189
9.1.3.1 Enfermería .....	189
9.1.3.2 Ambiente/Entorno .....	190
9.1.3.3 Persona .....	191
9.1.3.4 Proceso Salud-Enfermedad .....	192
9.1.3.5 Ser .....	195
9.1.3.6 Existencia .....	196
9.1.3.7 Vida .....	197
<b>10. REFERENCIAS GENERALES .....</b>	<b>200</b>

#### LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Caracterización de los entrevistados .....	205
Anexo 2. Consentimiento informado participantes cuestionario .....	214
Anexo 3. Consentimiento informado participantes entrevistados .....	215
Anexo 4. Entrevista semiestructurada .....	216
Anexo 5. Prueba Minimental MMSE .....	218

#### LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Listado de enumeración de documentos primarios .....	113
Tabla 2. Listado de categorías iniciales de las "herencias recibidas" en la historia de la Enfermería .....	114
Tabla 3. Listado de categorías iniciales de los "factores" en el desarrollo de la Historia de la enfermería .....	114
Tabla 4. Listado de categorías iniciales sobre temas en relación con la epistemología .....	115
Tabla 5. Listado de categorías iniciales de conceptos .....	115

<i>Tabla 6.</i> Total de Contenidos curriculares referidos por las personas entrevistadas .....	158
<i>Tabla 7.</i> Balance asignaturas década de 1960 .....	160
<i>Tabla 8.</i> Balance asignaturas década de 1970 .....	160
<i>Tabla 9.</i> Balance asignaturas década de 1980 .....	161
<i>Tabla 10.</i> Balance asignaturas década de 1990 .....	162
<i>Tabla 11.</i> Balance asignaturas década de 2000 .....	163

## **LISTA DE FIGURAS**

<i>Figura 1.</i> Ruta para la creación de la Unidad Hermenéutica .....	110
<i>Figura 2.</i> Asignación de los documentos primarios ["PD" por sus siglas en Inglés] .....	111
<i>Figura 3.</i> Agrupación por familias de documentos .....	112
<i>Figura 4.</i> Georreferenciación .....	112
<i>Figura 5.</i> Ruta para la aplicación de "filtros" .....	113
<i>Figura 6.</i> Codificación de las categorías iniciales .....	115
<i>Figura 7.</i> Ruta para la asignación de un nuevo código a partir de los datos -categorización emergente- .....	116
<i>Figura 8.</i> Ruta para la identificación de las opciones de codificación .....	117
<i>Figura 9.</i> Ruta para la visualización de las redes .....	118
<i>Figura 10.</i> Vínculos de categorías sobre los factores y herencias en la historia de la Enfermería .....	121
<i>Figura 11.</i> Herencia de género y factores educativos en la historia de la enfermería .....	124
<i>Figura 12.</i> La superación de la herencia religiosa y el empoderamiento del Profesional de la enfermería .....	129
<i>Figura 13.</i> Requisitos para estudiantes y docentes, y aporte y el "perfil" de la Enfermera .....	135
<i>Figura 14.</i> Discusión de los factores sociopolíticos y su asociación con los factores Económicos y de salud en la historia de la enfermería .....	140
<i>Figura 15.</i> Factores sociopolíticos y el respaldo legal de la profesión .....	144
<i>Figura 16.</i> Categoría emergente "dedicación exclusiva e internados" y la contradicción Frente a los factores "sociopolíticos" en la década de 1960 .....	146
<i>Figura 17.</i> Categorías en relación con el aporte para el establecimiento del Estatuto epistemológico .....	150
<i>Figura 18.</i> La enfermería y fundamentación científica del cuidado como su objeto .....	156

<i>Figura 19.</i> La enunciación de la categoría “ciencia” en el título otorgado .....	155
<i>Figura 20.</i> Contenidos curriculares. Temas de enfermería luego especializados .....	157
<i>Figura 21.</i> Enfermería como arte y ética del cuidar .....	168
<i>Figura 22.</i> Interacción teoría – praxis .....	171

### **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1. Estructura del Marco Teórico .....	18
Gráfico 2. Marco Metodológico .....	100
Gráfico 3. Análisis y presentación de resultados .....	120

---

---

## RESUMEN

El desarrollo teórico e investigativo de la enfermería durante su proceso evolutivo, estuvo determinado por diversas herencias y factores que se convirtieron en limitantes en su paso de vocación a profesión, principalmente en los países América Latina; lo que trajo como consecuencia un desarrollo teórico fragmentado, que no ha podido consolidarse para orientar los procesos de formación. Es así como esta tesis doctoral tiene como objetivo, plantear el estatuto epistemológico de la enfermería a partir de los desarrollos teóricos, para hacer un aporte a los procesos de formación en enfermería y a las Ciencias de la Salud. Específicamente para la profesión de enfermería, esta tesis contribuye, al proceso de consolidación de la enfermería como disciplina profesional. La metodología empleada para el desarrollo de la tesis, tomó como referente la Teoría Fundamentada y utilizó como herramienta el Software de Atlas ti, siguiendo uno a uno los pasos recomendados para el manejo de la información. Como herramienta para la recolección de la información se utilizó la entrevista semiestructurada para las primeras seis enfermeras y los otros (as) diez participantes diligenciaron un cuestionario; ambos instrumentos contenían los mismos parámetros a indagar, hasta que se obtuvo saturación de la información. Los participantes firmaron un consentimiento informado y para validar la veracidad de las respuestas de las primeras seis enfermeras, de mayor edad y formadas en las primeras Facultades de Enfermería, se aplicó previamente la prueba Minimental, que permite verificar la capacidad de memoria de las participantes. La propuesta del estatuto epistemológico de la enfermería, plantea la integración de la perspectiva de la enfermería como ciencia, como ética del cuidado y como arte/estética, a su vez, adicional a los cuatro conceptos metaparadigmáticos contempla otros como: ser, existencia y vida, que amplían el Metaparadigma de la enfermería. Esta propuesta del estatuto epistemológico, plantea que el desarrollo investigativo gire en torno a la utilización de métodos cualitativos con un enfoque hermenéutico, sin desconocer los aportes de los métodos cuantitativos fundamentados en el positivismo.

**Palabras clave:** Estatuto epistemológico, cuidado, enfermería, formación, ética, persona, ser, existencia, vida, ambiente/entorno, salud, enfermedad, ciencia.

---

---

# ABSTRACT

The theoretical development and research of nursing during their evolutionary process was determined by factors various inheritance and became limiting in the step vocation to profession, mainly in Latin American countries ; which resulted in a fragmented theoretical development , which has not been consolidated to guide the training process . Thus, this thesis aims to propose, raise the epistemological status of nursing from theoretical developments, to make a contribution to the processes of nursing education and Health Sciences. Specifically for the nursing profession, this thesis contributes to the consolidation of nursing as a professional discipline. The methodology for the development of the thesis, took as reference and the grounded theory and as a tool the Atlas Software ti you, following one by one the steps recommended for the management of information. As a tool for gathering information the semistructured interview for the first six nurses and others (as) ten participants required to fill out a questionnaire was used; both instruments contained the same parameters to investigate, until saturation of information was obtained. Participants signed an informed consent and to validate the accuracy of the answers to the first six nurses, older and formed the first Colleges of Nursing, the Minimal previously applied the test, which verifies the memory capacity of the participants. The proposal of the epistemological status of nursing raises the mainstreaming of nursing as a science, ethics of care as well as an art / aesthetics, in turn , in addition to the four metaparadigmáticos includes other concepts such as being, existence and life , which extend the metaparadigm of nursing. This epistemological proposal raises research development that revolves around the use of qualitative methods with a hermeneutic approach, without ignoring the contributions of quantitative methods based on positivism .

**Keywords:** Epistemological status, nursing, nursing training, ethics, person, being, existence, life, environment, health, disease, science.

---

---

# INTRODUCCIÓN

Uno de los desafíos que enfrentan las Instituciones de Educación Superior es la formación de profesionales de alta calidad, con competencias científicas, básicas, ciudadanas, sociales y laborales, con compromiso social y capaces de asumir los retos de la sociedad actual. Lo que requiere del ofrecimiento de programas curriculares que aborden sus objetos de estudio, desde un sustento epistemológico que de significado al ejercicio profesional.

Esta investigación, se inscribe y aporta a la Línea de Organización y Gestión Educativa, por cuanto permite consolidar una estructura científica para formar profesionales idóneos para el ejercicio de la enfermería. La formación de profesionales de Enfermería surge de la necesidad de proporcionar Cuidado a las personas, inicialmente como vocación y posteriormente como profesión. El comienzo de la enfermería estuvo determinado por cuatro herencias que marcaron el quehacer profesional: la religión, el género, lo militar y lo etnográfico. Adicional a estas influencias, en Colombia, las condiciones socio-económicas del país y la situación social de la mujer, se constituyeron en elementos limitantes en el ejercicio de la enfermería.

Florence Nightingale considerada la fundadora de la enfermería moderna aportó y motivó el desarrollo de la enfermería a nivel mundial. La formación recibida por Nightingale en diferentes áreas del conocimiento y su claridad para reconocer la importancia de escribir y sustentar científicamente el ejercicio de la enfermería, se constituyó en una base teórica fundamental para el desarrollo de la enfermería como profesión y para la identificación del cuidado como objeto de estudio de la profesión.

El inicio de los procesos de formación en enfermería estuvo a cargo de religiosas y posteriormente de médicos, lo que llevó a una práctica instrumental que privilegiaba un aprendizaje repetitivo y que socialmente estableció el quehacer de enfermería como “ayudante del médico”, situación que incidió en que la enfermería se perpetuara durante mucho tiempo como una práctica vocacional de servicio y que sus actividades se centraran en aquellas que el médico consideraba necesarias para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos. Por el contrario, el ejercicio de la medicina, socialmente connotaba una condición de género (masculino), el dominio de un saber propio y una práctica autónoma.

Esta condición instrumental de la enfermería determinó que los primeros currículos fueran establecidos desde una concepción biomédica, lo que se evidencia en la información obtenida en las seis (6) entrevistas realizadas en Colombia; es así, como, cuidar y curar fueron dos actividades que se mezclaron y que dependieron del pensamiento médico. Hoy después de casi 53 años de desarrollo teórico e investigativo de la profesión, se encuentra que la enfermería continúa preparando

profesionales bajo propuestas curriculares que han perdido vigencia, con modelos biomédicos desactualizados.

Esta tesis doctoral tiene como objetivo, plantear el estatuto epistemológico de la enfermería a partir de los desarrollos teóricos, para hacer un aporte a los procesos de formación en enfermería y a las Ciencias de la Salud; para dar cumplimiento a éste objetivo, la tesis se ha estructurado en dos apartados: el primero es el Marco teórico que contempla cinco capítulos (5). El primer capítulo describe el estado de la cuestión, rastreado en trabajos doctorales y artículos que tratan diferentes aspectos como la historia de la enfermería, la ética, las actitudes y valores necesarios en la formación de profesionales de la enfermería, la dificultad en la utilización de las teorías en enfermería (también denominadas modelos teóricos) propuestas por enfermeras norteamericana y canadienses, las investigaciones realizadas desde los diferentes paradigmas en la búsqueda del sustento científico de la profesión y la disociación entre la teoría, la práctica y el ejercicio profesional.

El capítulo dos presenta el marco histórico en el que surge la enfermería en algunos países de Europa, Norteamérica y América Latina; el capítulo tres muestra la evolución de la enfermería en Colombia en el marco de los factores políticos, religiosos, educativos, económicos y sociales que incidieron en su evolución y desarrollo.

El capítulo cuatro presenta los principales aspectos que se contemplan en la el marco legal de la profesión de enfermería, dado por la Ley 266 de 1996 que reglamenta el ejercicio profesional y la Ley 911 de 2004 que establece el código deontológico en enfermería.

El capítulo cinco, aborda las concepciones científicas de la enfermería: el "Cuidado" como el objeto de estudio de la profesión, las categorías de enfermería, ambiente/entorno y persona que junto con el concepto de salud se constituyen en el Metaparadigma de la profesión y las diferentes concepciones de la enfermería, estas son: la enfermería como ciencia, la enfermería como arte y la enfermería como ética del cuidado.

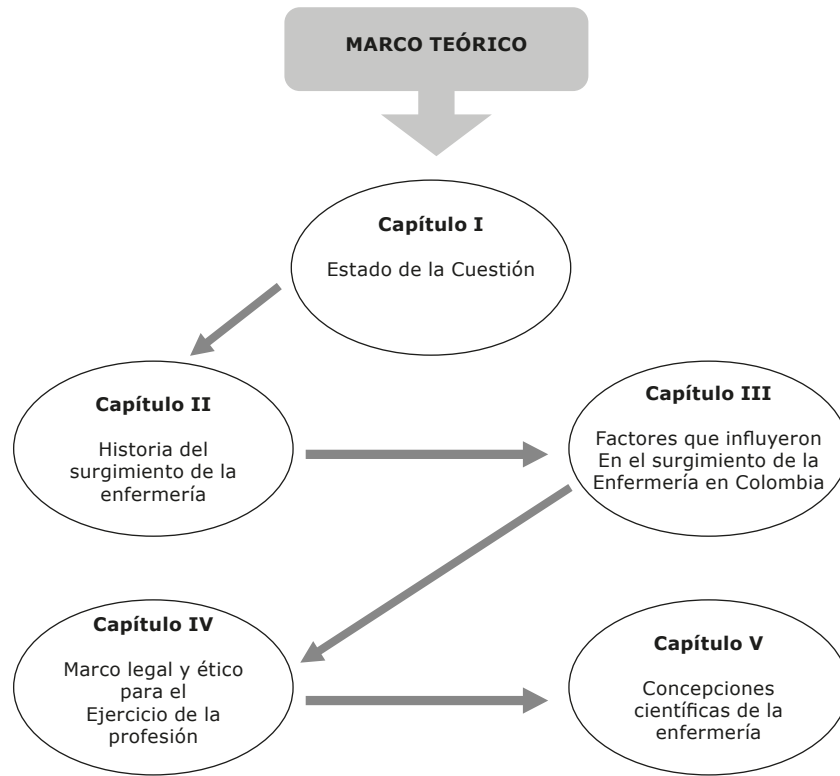
En la segunda parte de la estructura de la tesis doctoral, se presenta el Marco Metodológico que muestra la metodología y el diseño de investigación, compuesto por los siguientes apartados: una pequeña introducción, la justificación de la investigación, la descripción del problema que finaliza con la pregunta que orienta el desarrollo de la tesis doctoral, los objetivos (general y específicos) y la ruta metodológica empleada que integra, los pasos establecidos en la teoría fundamentada para la recolección, manejo, establecimiento de categorías, análisis y presentación de resultados con el software de Atlas ti. Es importante mencionar que los dieciséis (16) participantes de ésta investigación, leyeron y firmaron previamente un consentimiento informado (Anexo 3). Las enfermeras mayores (en total seis), formadas en las primeras escuelas o facultades de enfermería diligenciaron un Mini- mental, prueba que permite determinar el estado de la

memoria del participante lo que brinda una mayor fiabilidad frente a la información recolectada (Anexo 5). El número de participantes estuvo determinado como lo establece la Teoría fundamentada, por la saturación teórica de la información. Posterior a la metodología, se presentan las conclusiones, para finalizar, en el último capítulo con la propuesta del estatuto epistemológico de la enfermería.



**PRIMERA PARTE**  
**MARCO TEÓRICO**

**Gráfico 1.** Estructura del marco teórico.



**Fuente:** Lorena Martínez Delgado, 2012.

# CAPÍTULO I

## 1. Estado de la cuestión

### Introducción

Son pocos los trabajos que abordan el estatuto epistemológico de la enfermería. Por tanto, para el desarrollo de éste apartado se tendrán en cuenta no solo las tesis doctorales desarrolladas, sino los artículos que de alguna forma han abordado o realizado alguna reflexión que contemple aspectos del estatuto epistemológico de la enfermería.

El estado de la cuestión se inicia con una corta presentación de trabajos y artículos que abogan por la importancia de reconocer el contexto histórico en el que se dio el surgimiento de la enfermería, como referente importante para establecer las causas

que retrasaron el desarrollo de la enfermería como una profesión con identidad propia.

Esta búsqueda de la identidad profesional destaca la ética como un pilar epistemológico fundamental en el ejercicio de la enfermería. Es así como se mencionan en éste apartado; tesis doctorales, encontradas en el rastreo bibliográfico, que muestran la necesidad de incluir la ética, como programa requerido en la formación de profesionales de enfermería, los valores y actitudes necesarios para la identidad profesional y para brindar cuidado. No obstante y a pesar del valioso aporte que realizan estos trabajos se evidencia, que se requiere establecer un estatuto epistemológico para fortalecer la identidad profesional, para lo cual, los siguientes apartados desarrollados en el estado de la cuestión contemplan artículos encontrados, relacionados con: la dificultad en la utilización de las teorías realizadas por las enfermeras norteamericanas y canadienses, la relación entre la evolución histórica y las prácticas del cuidado, los acercamientos realizados desde las investigaciones cualitativas y cuantitativas en la búsqueda por establecer un sustento científico para la profesión, la fragmentación del conocimiento en enfermería entre la teoría y la práctica y su aplicación en el ejercicio profesional.

Es importante mencionar que se toman artículos encontrados en el rastreo bibliográfico, dada la dificultad de encontrar tesis doctorales relacionadas con el tema, que establezcan un estatuto epistemológico en la formación de profesionales de enfermería.

## 1.1 Estado de la cuestión

La enfermería no puede concebirse como una profesión práctica cuando su objeto de estudio es el cuidado de los seres humanos. El cuidado durante muchas décadas fue visto como una acción natural de un sujeto a otro, especialmente realizado por mujeres. Esta condición tan humana, dio a la enfermería una connotación de vocación, que no requiere sustento científico. La búsqueda de una identidad profesional permitió reflexionar sobre el significado de ser enfermera(o), como lo expresa Mompert en el 2004:

    Ser enfermera significa poseer una serie de conocimientos y habilidades que, en principio, deben capacitar para hacer (practicar) la enfermería. El saber y el hacer están pues en relación de dependencia y complementariedad, ya que no pueden existir el uno sin el otro. El saber precisa aplicarse y se nutre para su desarrollo en la acción y, por su parte, el hacer se basa en el conocimiento y le aporta la experiencia práctica enriquecedora. En consecuencia, se puede afirmar que el conocimiento no aplicado es inútil y la práctica que no está basada en el conocimiento peca de peligrosa e inconsistente (p. 2).

Hablar del estatuto epistemológico de la enfermería sin tener en cuenta la historia sería negar el camino recorrido por la Enfermería hasta el siglo XIX, fecha que ha sido determinada como el inicio de la etapa de profesionalización. Frente a esto Siles González (2010) afirma que:

La dificultad de las enfermeras para definir claramente su profesión y la relación que esta tiene con la ciencia obedece, en gran medida a causas históricas (...) El déficit del vínculo entre la realidad en la que tienen lugar los cuidados y la abstracción que de ella se hace mediante construcciones conceptuales constituye un importante problema de disociación entre estructuras categorizadas y sus correspondientes realidades, es una disociación de profundas raíces histórico-culturales. (p. 121)

Es así como, la investigación histórica en enfermería cada vez toma mayor importancia. “El estudio de la historia de la Enfermería, se presenta como la estrategia capaz de proveer respuestas a diversos interrogantes, incrementando el saber profesional a través de la generación de nuevos datos científicos y nuevos conocimientos” (Arratia, 2005, p. 569).

En Colombia el libro publicado *Historia de la Enfermería en Colombia* de Ana Luisa Velandia Mora (1995) expone:

Si comparamos el estado actual de nuestros estudios históricos sobre enfermería con el de otros países, es notable la precariedad de la producción de obras al respecto, ya que en muchos países, entre ellos algunos de América Latina como México y Argentina, ya han elaborado una historia nacional de la profesión. En Colombia no existe un trabajo sistemático sobre diversos aspectos de la historia de la enfermería, donde se evidencie la interrelación de los hechos históricos, no como relatos inconexos, sino como parte del proceso social del desarrollo del país. (p. 14)

En Uruguay (Parentini, 2002), en su libro *Historia de la enfermería. Aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el siglo XX*, hace un balance sobre la importancia de establecer un análisis retrospectivo que permita realizar un diagnóstico histórico-social desde dos puntos de vista: la práctica de la enfermería y los procesos de formación de recurso humano.

De igual forma en América Latina, en Brasil, Barreira citado por (Oguiso & Fernández de Freitas, 2007) en su artículo *Historia de la Enfermería: reflexiones sobre la enseñanza e investigación en cursos de pregrado*, argumenta que:

La creación de núcleos de investigación en Historia de la Enfermería Brasileña dentro de las escuelas de enfermería es decisiva para el incremento de la producción científica y la propia producción en sí. Por lo tanto, una mejor comprensión de la trayectoria de nuestra profesión, es

necesaria para la formación de conciencia crítica, siendo importante el interés y el conocimiento de las relaciones pasado/presente, que permitan la valorización de nuestros roles históricos, como actores que participamos de movimiento de la historia. (p. 3)

Frente al acercamiento histórico de la enfermería, la búsqueda de artículos científicos en las diferentes bases de datos, muestra que un gran número estos, abordan el tema sobre la historia de la enfermería, de igual forma existen tesis doctorales que en sus primeros capítulos inician con un relato sobre el surgimiento de la enfermería. El país que más reporta este tipo de trabajos es España.

Al analizar por qué se da esta situación en la búsqueda bibliográfica, se observa que este tema tiene gran acogida en los trabajos realizados por los profesionales de enfermería, por cuanto el surgimiento de la enfermería ligado a la práctica médica, obstaculizó la identificación del objeto de la enfermería y la construcción de una identidad profesional. Es así como estos trabajos, se presentan en un contexto evolutivo que pretende rescatar la esencia de la enfermería ubicándola en el contexto del quehacer, en épocas antiguas. Frente a esto D'Antonio citado por (Arratia, 2005) afirma que:

El fenómeno de la disciplina de Enfermería ha planteado interrogantes dirigidos hacia una exploración del foco social y compromiso hacia la profesión. En los últimos 10 años se ha manifestado una búsqueda de identidad profesional, esfuerzo que se ha canalizado a través del tiempo en la investigación histórica. Publicaciones recientes demuestran una fuerte tendencia a indagar orígenes sociológicos, antropológicos y antecedentes históricos de las prácticas de Enfermería. (p. 568)

En la actualidad los teóricos de la profesión, coinciden en que la enfermería es una ciencia y una disciplina en construcción, por cuanto su inicio y evolución estuvo determinado por las cuatro herencias (religiosa, etnográfica, de género y militar) y factores externos que no permitieron un desarrollo y una evolución autónoma frente a su quehacer y a su fundamentación.

Es escasa la producción bibliográfica relacionada con el estatuto epistemológico de la enfermería. La producción de investigativa y la escritura de artículos en enfermería han girado en torno a: la reconstrucción histórica del quehacer de enfermería, su objeto de estudio- el cuidado visto desde la interacción con el sujeto de cuidado, el abordaje que se realiza para el cuidado de los mismos y la percepción de los sujetos frente al cuidado recibido y desde la ética como concepto inherente que acompaña al sujeto que imparte cuidado y el acto de cuidado.

De esta forma la literatura que se encuentra, no es explícita en cuanto a que se determine o establezca un estatuto epistemológico para la enfermería, sino

---

---

que se realizan acercamientos puntuales sobre la construcción teórica científica que sustenta el quehacer de la enfermería o sobre el cuidado visto desde diferentes perspectivas, uno de ellos la ética. Es así como, la ética se convierte en un pilar fundamental para brindar cuidado de enfermería.

Frente a la ética, al realizar un rastreo de tesis se encuentra la tesis doctoral desarrollada por Roser Valls Molins en la Universidad de Barcelona en el año de 1993 denominada "Diseño de programas para la formación ética de los profesionales de Enfermería", investigación desarrollada para optar al título de doctor en pedagogía y cuyo propósito fue evaluar la enseñanza de la ética en España y proponer un programa para la educación de la misma.

En la primera parte contempla aspectos relacionados con la evolución de la profesión, la formación moral de profesionales en enfermería, continúa con un diagnóstico sobre la situación de la enseñanza de la ética en las escuelas de enfermería en España, teniendo en cuenta los temas que se abordan, los conflictos y los dilemas éticos que frecuentemente preocupan a los profesionales; finalmente propone un programa de enseñanza de la ética, donde hace explícitos los aspectos éticos fundamentales requeridos en la formación de un profesional de Enfermería.

Esta tesis doctoral centrada en la ética, expone en su introducción y en sus primeros capítulos las circunstancias históricas y evolutivas que influyeron en el retraso del desarrollo de la enfermería como una profesión. Específicamente en el establecimiento de un código deontológico (equiparado con el juramento hipocrático de los médicos establecido desde el siglo V A.C) y el primer código internacional de enfermería presentado en el año de 1953 y revisado 20 años después. Roser Valls manifiesta que esta dificultad es producto en la historia de la enfermería de una falta de identidad profesional y de la ausencia de un conocimiento que orientara el quehacer de la profesión.

Una segunda tesis doctoral, cualitativa, descriptiva e interpretativa que utiliza la entrevista en profundidad para el análisis de la información, denominada "Valores y actitudes profesionales- estudio de la práctica profesional de la Enfermera en Catalunya" elaborada por Anna Ramió Jofre en el año 2005, muestra, desde un marco sociológico, un análisis sobre cómo las actitudes y valores influyen en la identidad profesional y en la práctica de la enfermería.

La autora realiza un recorrido histórico que contempla los factores internos y externos del profesional y su entorno, factores que han limitado el desarrollo de la enfermería y por ende su reconocimiento social. Algunos de los factores que menciona son: el escaso desarrollo de la profesión, la escasa utilización del método científico, el género, la invisibilidad de los cuidados, los procesos de formación y la imagen de la enfermera, entre otros.

Esta investigación es un referente teórico valioso y de reflexión para los profesionales de enfermería, al establecer desde diferentes ámbitos (personal, familiar, laboral y social)

y desde la sociología de las profesiones, elementos que son poco considerados dentro del colectivo de profesionales como son los valores y las actitudes, por cuanto se considera son la base de la profesión, pero ¿cuáles son realmente esos valores que permiten el desarrollo de la enfermería como una profesión autónoma, con roles específicos en el equipo de salud y con capacidad de transformación y liderazgo para brindar el cuidado de enfermería?

El aspecto ético es considerado parte importante en el ejercicio de la profesión y está ligado al cuidado del ser humano, no como algo explícito en el cuidado procedimental sino como algo implícito en el acto de cuidado, es decir, en la motivación, el sentimiento, la percepción; en definitiva tiene que ver con lo estético del cuidado de enfermería. Con relación a éste tema se rastrea una tesis doctoral denominada "La educación y la ética del cuidado en el pensamiento de Nel Noddings" desarrollada por Victoria Vázquez Verdera de la Universitat de Valencia-España en el 2009.

Esta tesis doctoral que toma como referente la propuesta de Nel Noddings frente a la relación que se establece entre los procesos de formación, el género y el cuidado, muestra como el cuidado puede convertirse en una forma de sumisión y opresión entre géneros (del masculino al femenino), por esta razón, su propuesta educativa frente al desarrollo de la moral y las teorías éticas, implica romper el paradigma androcéntrico o patriarcal en que se ha dado; es decir transformar las prácticas de cuidado desde la enseñanza en las Instituciones educativas de la paternidad. Desde otro ángulo la autora citando a Nel Noddings también expone, cómo el entendimiento de las necesidades humanas expresadas en los sentimientos es lo que permite la construcción de la ética.

Para éstas tres autoras citadas por sus tesis doctorales, la ética, los valores y las actitudes son el pilar de la identidad profesional y de la práctica de enfermería, reconocen que el inicio de la enfermería como vocación en un contexto religioso y de género, dejó huellas en la construcción de la identidad profesional. De igual forma, infieren que el actuar del ser humano está ligado al acto de cuidado, por tanto este acto debe darse en el marco de la individualidad, del respeto y de los derechos humanos.

En estas investigaciones se identifica la necesidad de generar producción científica que evidencie que el cuidado no solo es una parte inherente a la naturaleza humana, sino que debe sustentarse científicamente; propósito primordial en los procesos de formación de los profesionales.

No obstante y a pesar del aporte que realiza cada una de estas investigaciones, queda el interrogante sobre ¿cuál es el estatuto epistemológico de la enfermería? por cuanto no puede ser solo ético; como se ha demostrado a través de la historia, la ética está implícita en: a) cada uno de los sujetos (en el ser cuidado y en el que brinda el cuidado), b) en la relación que se establece entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado y c) en el entorno en que se da el cuidado. De esta

forma, el estatuto epistemológico de la enfermería tiene un gran componente ético, que debe trascender el cuidado visto como un deber moral.

La evolución de la enfermería demuestra cómo en este proceso de consolidación de la profesión, si bien se reconoce la ética como un componente fundamental, también se observa la necesidad de un sustento teórico- científico. Es así como en el año de 1960 las enfermeras norteamericanas y canadienses manifiestan una preocupación sobre el conocimiento en enfermería, lo cual origina diferentes postulaciones filosóficas para fundamentar el componente teórico y práctico de la profesión.

En la exploración realizada no se encuentra una tesis que aborde específicamente el tema del estatuto epistemológico, pero si se obtienen diversos artículos relacionados con el tema objeto de esta investigación. Uno de ellos el de María Mercedes Durán de Villalobos, quien en su artículo "Un marco epistemológico de la enfermería" publicado en el año 2002, argumenta que la enfermería es una disciplina profesional y su marco epistemológico "es el conocimiento que se genera, a partir del desarrollo propio del núcleo disciplinar, en respuesta a las necesidades de la práctica profesional". (p. 8).

Por tanto el estatuto epistemológico debe girar en torno al conocimiento generado en la investigación, en el desarrollo teórico y en la práctica basada en el conocimiento obtenido (...) El conocimiento de enfermería ha recibido influencia de los paradigmas de la Ciencia que han permitido la identificación de conceptos centrales para la enfermería (Durán de Villalobos, 2002, p. 9).

Para Fawcett (citada por Durán de Villalobos, 2002) desde una visión postpositivista el núcleo paradigmático se enmarca en la siguiente afirmación "la enfermería es el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana" y para Newman desde una perspectiva fenomenológica (constructivista) los conceptos salud, ambiente/entorno, persona y cuidado de enfermería son el Metaparadigma de la enfermería (p. 9).

Las aproximaciones realizadas por Durán de Villalobos en este artículo permiten visualizar el apoyo que da a las postulaciones de las enfermeras Norteamericanas. Estos modelos teóricos surgen en la década de 1970 y 1980; sin embargo, desde 1950 y 1960 ya autoras como Peplau y Rogers entre otras, se preguntaban sobre qué era la enfermería. Como lo expone Batey (citado por Marriner y Alligood, 2011) "A mediados de la década de 1970, una evaluación de los primeros 25 años de la revista *Nursing Research* reveló que los estudios de enfermería carecían de conexiones conceptuales y de marcos teóricos" (p. 5). Esta situación se constituyó en una reflexión y motivación frente a la necesidad de postular teorías en enfermería. No obstante, el inicio del desarrollo teórico, en la década de los 60, se da en un momento donde en algunos países se vivía la transición de vocación a profesión.

Marriner & Alligood (2011) en su libro "Modelos y teorías en enfermería", clasifican éstos desarrollos teóricos así: el primer grupo incluye trabajos considerados como filosofía

de la enfermería que tratan de explicar el fenómeno de la enfermería; en este grupo se encuentran con importantes acercamientos teóricos Florence Nightingale y Jean Watson; el segundo grupo se ha denominado Modelos conceptuales; se encuentran en éste grupo: Roy, King, Orem y Neuman entre otras; el tercer grupo son las teorías de la enfermería; en este grupo se ubican Meleis, Newman, Boykin y Schoenhofer, entre otras, y el cuarto grupo son las teorías intermedias, específicas para la práctica de enfermería donde están Mercer, Kolcaba, y Swanson como algunas de sus exponentes.

Estos modelos teóricos, tienen diferentes abordajes, algunos se centran en la interacción con el sujeto de cuidado, otros en las necesidades humanas y otros en la teoría de los sistemas, de igual forma se realizan propuestas teóricas más específicas como por ejemplo: El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental y la teoría de la depresión posparto, entre otros.

Es innegable que estas propuestas teóricas (modelos teóricos) han contribuido a la consolidación de la enfermería como una profesión y aún como disciplina pero surge un interrogante ¿Por qué si se constituyen en el referente filosófico que sustenta la enfermería no son utilizadas en su totalidad por el colectivo de enfermeras que se desempeñan en diferentes ámbitos y por las universidades encargadas de los procesos de formación?

La diversidad de disciplinas y de perspectivas filosóficas que abordan las teorías para explicar el cuidado como objeto de la enfermería, requieren de propuestas curriculares acordes a cada una de las postulaciones; de igual forma se requiere de una estructura de pensamiento que permita comprender las abstracciones conceptuales que tienen algunas teorías para ubicarlas en una realidad concreta, que es el acto de cuidado (pero no, como adaptación a lo que se piensa corresponde al contexto sino a la comprensión, interpretación y entendimiento del modelo teórico).

Es evidente que existe una limitación a nivel mundial para el uso de estas teorías por los profesionales de la enfermería por dos razones: la primera, porque presenta un marco de referencia específico para dar cuidado, es decir, enmarca la relación de cuidado en una interacción específica, lo que puede limitar el abordaje del sujeto de cuidado en las múltiples dimensiones que posee como ser humano y que se mueve en una dinámica cambiante entre sus necesidades y las respuestas de cuidado que espera de su cuidador, en el marco del proceso de salud y enfermedad. Y la segunda dificultad se presenta desde el ámbito académico por cuanto la ausencia de un estatuto epistemológico aceptado por la comunidad académica no motiva a los estudiantes en formación ni a los profesionales a la reflexión continua frente al quehacer de enfermería, sino al hacer en enfermería, cuando se utilizan teorías intermedias, específicas para la práctica en enfermería.

Es así, como las universidades encargadas de la formación de profesionales de enfermería, utilizan una (1) de las teorías en enfermería, como un modelo para orientar sus propuestas curriculares o de una manera más concreta para abordar

el cuidado de enfermería y sus intervenciones en un grupo poblacional específico (Niño-Adolescente- Materna, Adulto o paciente mental).

En el año 2004, Rosita Daza de Caballero escribe un artículo denominado "Las prácticas de Cuidado en el desarrollo histórico del hombre" en este documento la autora realiza un recuento histórico de las diferentes etapas en la evolución del hombre relacionado con las prácticas de cuidado y el conocimiento.

El artículo presenta la relación que se establece en cada época entre: la práctica de cuidado, la evolución de la ciencia, el método científico y la forma de conocer e interpretar la realidad. La autora concluye que: "los aportes realizados por diversas comunidades académicas y asistenciales en la búsqueda de un estatuto científico de las prácticas de cuidado de enfermería, han generado corrientes de pensamiento encaminadas a fundamentar el quehacer profesional" (Daza, 2004, p. 45). Estas corrientes son: positivista, hermenéutico-interpretativa y socio-crítica; en cada una de ellas los profesionales de enfermería buscan encontrar el sustento epistemológico que orienta la profesión.

Desde el paradigma positivista y mediante la formulación de investigaciones cuantitativas que buscan mejorar los procedimientos y la técnica para dar cuidado.

Todos estos resultados son importantes para explicar desde el paradigma positivista, de qué manera el fenómeno del cuidado puede mejorarse a partir del conocimiento de los problemas que influyen en la prestación de los servicios, en el logro de la recuperación oportuna de las personas, en la maximización de los recursos, en la eficiencia administrativa, en los bajos costos y en una buena rentabilidad institucional. (Daza, 2004, p. 84)

Otros desde el enfoque hermenéutico e interpretativo cuyo propósito es lograr la comprensión del proceso de salud y enfermedad en un contexto de significado y de vivencia para el sujeto de cuidado y para el profesional de enfermería que lo acompaña en este proceso.

Los métodos cualitativos han sido considerados valiosos para comprender los significados y las vivencias de las personas que reciben el cuidado, y por qué ciertas dimensiones del cuidado, interacción, comunicación, empatía, afecto y expresiones no verbales, son importantes para los pacientes y para las enfermeras. (Daza, 2004, p. 85)

Y por último, algunos desde el enfoque socio-crítico pretenden explicar desde los contextos socio-históricos los factores que han incidido en la salud y enfermedad de los sujetos, de tal forma que ellos puedan transformar su realidad desde un ejercicio reflexivo y autónomo.

De esta forma, no se puede decir que los profesionales de enfermería han construido su conocimiento fundamentado sólo en el paradigma de ciencia vigente, por

el contrario, han utilizado los diferentes paradigmas existentes para explicar y fundamentar el quehacer de la profesión.

Es el caso del uso del proceso de enfermería como herramienta sistemática que permite priorizar el cuidado de enfermería, la enfermería basada en la evidencia que cobra fuerza en las Instituciones de salud y algunas de las teorías planteadas por las teóricas Norteamericanas como lo afirman Seguel, Valenzuela & Alvarado en el año (2012):

Los modelos y las teorías de enfermería transitan entre los conceptos positivistas y cualitativos, por tanto, muchas veces es difícil clasificarlos en alguno de estos. Sin embargo, es posible identificar ciertas características que se relacionan con el paradigma de categorización (positivismo) evidenciando su contribución a la generación de teorías, ejemplificando aquí a Florence Nightingale (1820-1910), Virginia Henderson (1897-1996) y Lydia Hall (1906-1969). (pp. 142,143)

Desde otro ángulo, Wall & Carraro (2009) publican un artículo producto de un estudio reflexivo para establecer la influencia de la Teoría Revolucionaria de Tomas Kuhn en la construcción de conocimiento en enfermería. De acuerdo con las autoras, el concepto de paradigma permite la orientación sobre las postulaciones que sustentan la esencia de la enfermería, sin que sirvan como referente para situaciones concretas como la práctica de enfermería y la investigación en la misma.

El camino de la teoría revolucionaria en el desarrollo de la enfermería se preocupó en dar el status de esa disciplina como siendo una ciencia, sin embargo, ella no abarca la descripción de la magnitud de la ciencia – Enfermería. Si se analiza, se percibe que la teoría de la revolución señala a la comunidad científica un sentimiento agresivo con crisis, la interacción sucede por medio de competiciones, el objetivo es el dominio por medio de la derrota, el proceso se desarrolla por substitución, eliminación y discontinuidad, el desarrollo del conocimiento sucede por aproximación, la argumentación es el confronto, ocasionando la retirada de una de las partes, la evaluación es crítica y destructiva, resultando en un ambiente competitivo y crítico. (p. 143)

Si bien es cierto, que se requiere de paradigma de ciencia que sustente la enfermería, la diversidad en la utilización de los mismos hace que el establecimiento de un estatuto epistemológico, se convierta en un proceso lento y de difícil consolidación y aceptación dentro de la comunidad académica y científica de la profesión.

Por otra parte, la tecnificación en las instituciones de salud hace que el requerimiento de profesionales en el ámbito hospitalario, se centre en su capacidad para manejar de forma eficiente un servicio sin que se generen incrementos en los costos de salud. Lo que deja de lado la esencia de la enfermería que es el cuidado humanizado. De esta forma, el cuidado humanizado y la tecnificación del cuidado, no pueden

observarse desde un solo enfoque paradigmático; requieren de un punto de encuentro dentro del conocimiento de enfermería.

La tecnificación del cuidado ha puesto en evidencia el vacío epistemológico de la profesión de enfermería; por un lado, el manejo de los recursos tecnológicos y los cambios administrativos generados en la prestación de los servicios de salud ha llevado a que el profesional de enfermería se aleje de su quehacer específico que es el cuidado directo pues, las máquinas y herramientas tecnológicas reemplazan el acercamiento al sujeto de cuidado; por otro lado, la ausencia de un sentido propio para reconocer lo que significa el cuidado entre los profesionales de enfermería, hacen que el cuidado se torne cada vez más deshumanizado y que se sobrevalore el ejercicio profesional centrado en el quehacer procedimental.

Es así como en este contexto se da la fragmentación del conocimiento en enfermería (desde un enfoque u otro, algún elemento queda reducido o segregado) y desde el ejercicio docente y profesional indagar sobre lo que es enfermería no es un tema investigativo que motive, resultado que se expresa en las escasas investigaciones y documentos que se encuentran en las bases de datos, con relación al estatuto epistemológico de la enfermería.

La escasa producción científica en temas relacionados con el conocimiento teórico de la profesión se evidencia en un estudio realizado por Cometto, Piovan & Gómez en el año 2008 (citados por Seguel et al. 2012), quienes a través de una metodología descriptiva, cuantitativa y documental tomaron los resúmenes de las investigaciones presentadas desde el año 2000 al 2006 y evidenciaron los siguientes resultados sobre un total de 1376 ponencias:

La tendencia en cuanto a la cantidad de investigaciones fue de 221 en el 2000 (16,12%), 158 en el 2002 (11,58%), 387 en el 2004 (28,23%) y 605 en el 2006 (44,13%), los países con mayor cantidad de presentaciones fueron Brasil, México, Chile, Argentina, Perú y Colombia; las temáticas abarcadas comprendieron Salud Pública, Cuidado, Educación y Recursos Humanos. Respecto de la metodología, un 86% fueron cuantitativos y un 96% descriptivos, con un 82% de muestreo probabilístico. Entre otras afirmaciones, las autoras concluyen que "la disciplina de enfermería en el periodo estudiado concentra sus mayores esfuerzos en las investigaciones empíricas cuantitativas y del tipo descriptivo, limitando el crecimiento de la producción de teorías explicativas y la transformación de la práctica profesional". (p. 165)

Este estudio es un ejemplo de la dificultad de los profesionales para abordar trabajos investigativos relacionados con el conocimiento teórico que sustenta el ejercicio de la enfermería. El inicio de la enfermería enfocado en un quehacer procedimental dirigido, determinó también unas actitudes en el ejercicio profesional y un distanciamiento para proponer y cuestionar el conocimiento actual que sustenta el cuidado de enfermería.

Durán de Villalobos (2007) en su artículo Teoría de Enfermería ¿un camino de herradura? manifiesta que existe una discusión sobre si la enfermería debe utilizar solamente la teoría propia o si debe tomar la teoría de otras disciplinas. (p. 167). Frente a ésta discusión en el año 2003 ya Sara Colley en su artículo Nursing: theory: Its importance to practice, manifestaba que, la enfermería por tener como objeto la atención de sujetos no puede desligarse en su fundamentación de las ciencias sociales y de la ciencias humanas; pero al igual que Villalobos afirmaba que era necesario una construcción propia de conocimiento, para que este conocimiento de enfermería no se perdiera en el conocimiento de las otras disciplinas.

Los profesionales de enfermería requieren de la apropiación de teorías que sirvan de referentes conceptuales para su aplicación en la práctica. No se puede dejar en manos de otras disciplinas lo que significa el quehacer de la enfermería, por lo cual se requiere entender los límites del ejercicio profesional y su objeto de estudio para trascender la división que se suscita entre la teoría y la práctica.

Lathlean & Meleis (citados por Colley 2003), manifiestan en su artículo que a pesar de la inseparabilidad de los conceptos teoría y práctica, se evidencia en enfermería una brecha entre los mismos. Las causas a las que la autora alude para que se presente esta situación se relacionan con el contexto de aislamiento en que han sido desarrolladas las teorías, lo que las desvincula del ejercicio profesional cotidiano y su desarrollo por y para enfermeras académicas que sirven de orientación para la educación y no para la práctica.

En el rastreo realizado se ubica una tesis doctoral desarrollada en el año 2008 por J. Cristina Francisco del Rey denominada "De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional", la autora trata de identificar en su trabajo las concepciones que tienen los profesionales sobre la salud, el entorno, la persona y el cuidado, los factores que influyen en estas concepciones (formación recibida, servicio donde labora y tiempo de ejercicio profesional) y la aplicación del conocimiento teórico a la práctica entre otros.

Los resultados obtenidos en ésta tesis doctoral muestran que la mitad de los profesionales del grupo estudiado no encuentra satisfacción entre lo visto durante el proceso de formación y la práctica; de igual forma manifiestan que no se tiene claridad en el rol profesional, lo que la autora alude a la falta de conocer y estudiar un modelo de cuidado (modelo teórico). Por el contrario, los profesionales de enfermería que utilizan los modelos teóricos poseen una mayor capacidad para describir y conceptualizar sobre los cuatro conceptos metaparadigmáticos de la enfermería mencionados anteriormente.

Este rastreo bibliográfico permite concluir que no existe un estatuto epistemológico de la enfermería que sea aceptado por el grupo de profesionales. Si bien unos consideran que la aceptación y aplicación de los modelos teóricos son el punto de encuentro entre la teoría y la práctica, hay otros que abogan por la construcción

de un conocimiento que respalde el cuidado de enfermería sin que se requiera la aplicación de un modelo teórico específico.

El problema no radica en ninguna de éstas dos percepciones; la dificultad se genera en un proceso de consolidación histórica de vocación a profesión que en la búsqueda de su autonomía profesional fue permeado por diferentes circunstancias (sociales, culturales, de visión de ciencia y de acercamiento a lo que es la salud, entre otras), que dejaron una identidad profesional a la deriva, como lo afirma Castrillón (1997):

En la filosofía de algunos de los primeros programas de enfermería, que funcionaron en América Latina entre 1937 y 1940, se presenta la enfermería como un servicio de asistencia al individuo enfermo y de colaboración con el personal médico. No existe ni en el pensamiento oficial, ni en el de las Instituciones formadoras de enfermeras, un concepto claro sobre lo que es la práctica de enfermería (...) al revisar la filosofía de algunos programas de formación se encuentran diferentes conceptualizaciones sobre la práctica de enfermería. Hay quienes la definen por su finalidad (...) y otros por su carácter humanitario. (p. 24)

Unido a esta situación, los profesionales encargados de los proceso de formación reprodujeron actitudes de obediencia y conformismo, donde poco importa reflexionar si los modelos teóricos planteados son el conocimiento que requiere un futuro profesional.

El desarrollo del saber de la enfermería debe estar basado en la cooperación, evitando la visión reduccionista y la postura dogmática, al competir por los dominios de un paradigma en detrimento de otro. La creación de nuevos paradigmas de la ciencia debe posibilitar la libre expresión del arte, de la ciencia y del conocimiento con el objetivo de rescatar la esencia de los fenómenos de la enfermería Silva y Arruda. (citados por Wall et al, 2009, pp. 142, 143)

Como se observa a través de este estado de la cuestión, son muchas las dificultades que se han presentado y que en la actualidad siguen vigentes para establecer el estatuto epistemológico de la enfermería; son varios los planteamientos y acercamientos de concepción, sobre los fundamentos científicos de la profesión de enfermería, sin embargo todavía se evidencia la ausencia de un estatuto epistemológico que sea aceptado a nivel mundial por la comunidad académica de enfermería, que oriente la formación de los futuros profesionales con una base conceptual sólida humanística, ética y filosófica que no permita la fragmentación del conocimiento, sino que por el contrario, unifique el abordaje de los sujetos de cuidado para las intervenciones de enfermería, sin que se observen parcelas teóricas en cada acto de cuidado que brinda el profesional de enfermería.

---

---

# CAPÍTULO II

## 2. Historia del surgimiento de la enfermería

### Introducción

El cuidado surge en poblaciones primitivas y culturas antiguas, algunas de ellas como la mesopotámica, la egipcia y la palestina, entre otras, quienes fueron las primeras en establecer procedimientos y curaciones para aliviar a los enfermos. En esta evolución se observa, cómo las cuatro herencias que han influido en el desarrollo de la enfermería, la religión, lo militar, lo femenino y lo etnográfico, toman vigencia dentro del contexto histórico presentado.

Este capítulo, a su vez presenta, cómo el contexto político, específicamente en Norteamérica y América Latina determinó de forma diferente, la apertura de las primeras facultades de Enfermería. En Norteamérica, la guerra fue un impulso para el desarrollo de las políticas en salud, lo que favoreció, que rápidamente se organizaran los servicios de enfermería, mientras que en países como: Colombia, Bolivia, Ecuador y Perú, la influencia política unida a la influencia religiosa llevaron a un retraso en la evolución de la enfermería como profesión y perpetuaron la concepción de la enfermería como una práctica instrumental, autónoma e independiente del quehacer médico, a diferencia de otros países como: Argentina, Chile y Uruguay.

A continuación se describe brevemente, como en algunos países de Europa, Norteamérica y América Latina se origina y organiza la enfermería o el factor que incide en el desarrollo de la misma, como referente para entender en el siguiente capítulo, los factores que influyeron en el surgimiento de la enfermería en Colombia.

### 2.1 Surgimiento de la Enfermería en algunos países de Europa

El origen de las prácticas de Cuidado se remonta a antiguas poblaciones primitivas (periodo Paleolítico y Neolítico), donde las características biológicas determinaban el rol y la distribución de actividades para hombres y mujeres.

La maternidad, el cuidado, la crianza de los hijos, la recolección, preparación de los alimentos, el vestido, el mantenimiento del hogar y el bienestar determinaron el papel histórico de la mujer como cuidadora innata. De igual forma, a ellas se atribuye el cuidado de los enfermos, ancianos y heridos en la caza de animales y guerras con otras tribus.

Es este sentido, algunos autores atribuyen el origen del Cuidado al hogar “no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran los actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar la vida, en relación con la vida del grupo” (Colliere, 1993, p. 5).

La mujer utilizaba elementos naturales para cuidar a los integrantes de su familia y así misma, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación. La atención proporcionada por la mujer era física y afectiva, por tanto el Cuidado siempre abarcaba una actitud humana, de consuelo y apoyo.

Estos cuidados aunque realizados de manera intuitiva y basada en la observación animal, fueron cambiando de manera paralela a la evolución del hombre.

En Europa y en algunas culturas antiguas del Norte de África como la mesopotámica, el Antiguo Egipto y la cultura palestina, los baños, las plantas medicinales, los preparados caseros, los encantamientos y conjuros verbales eran algunos de los procedimientos que se utilizaban para contravenir el castigo de los dioses (la enfermedad) y el Cuidado de la Salud estaba cargo de magos, brujos o hechiceros.

Cada cultura determinaba la persona encargada del cuidado de los enfermos. Es así como en el antiguo Egipto se identifica la mujer: madre e hija como cuidadora. “En Palestina el rol de la comadrona fue reconocido y (...) en la antigua India eran hombres jóvenes, supeditados al médico quienes deberían tener cualidades como conocimiento en la preparación de medicamentos, dedicación, paciencia y pureza” (Manual CTO de Enfermería, 2007, p. 156).

Acevedo, Marty & Pacheco (citados por Osses, Valenzuela & Sanhueza, 2010) mencionan que: la primera escuela de enfermería en el mundo se inició en la India, alrededor de 250 años a.C. Sólo los hombres eran considerados lo suficientemente “puros” como para convertirse en enfermeros, asociándose esta labor a lo mágico y lo religioso y por otro lado, a lo militar, dadas las numerosas guerras y batallas a lo largo de la historia (p. 4).

Algunos escritos antiguos como el código Hammurabi en Mesopotamia, los papiros en el Antiguo Egipto, los textos en la Antigua India y los avances en la cultura China permiten evidenciar los acercamientos y contribuciones que realizaron estas culturas con relación al proceso salud- enfermedad.

Es importante resaltar que el concepto de enfermedad en ésta época estaba ligado al concepto mágico-religioso (Enfermedad: Castigo de los dioses).

En el Antiguo Egipto, los papiros hallados describen cada una de las prácticas que tenían con relación al cuidado de cada uno de los sistemas u órganos. Estos papiros son: *Papiro Ebers* (1.550 a. C) en él se explicitan los preparados caseros que se debían realizar para contravenir las pestes, para los cuidados de la piel y de los

dientes. *Papiro Edwin Smith* (1500 A. C) describe las técnicas de vendaje y entre otros el *Papiro Kahom* (1850 A. C) que trata de las aplicaciones vaginales (Manual CTO de Enfermería, 2007).

En la Grecia clásica las parteras fueron reconocidas por su labor en la atención del parto, la nominación de parteras era dada cuando la mujer cumplía dos condiciones: superar la edad de procrear y ser madre.

Las parteras con el tiempo recibieron el nombre de comadronas y su experiencia y conocimiento determinaron el rol ejercido en la atención del parto, las de mayor experiencia se encargaban de los partos difíciles y las que se iniciaban en el oficio ayudaban en la atención de los partos normales.

En las culturas antiguas no existen referencias de enfermeras; este rol era ejercido por hombres; Esculapio se presenta dentro de la mitología griega como el sanador más importante.

Con el nacimiento de la Edad de la Razón (siglos VI y IV a. C) se fue desarrollando la medicina tradicional en manos de filósofos como Tales de Mileto, Pitágoras, Platón y Sócrates. Aparecieron los médicos técnicos como Hipócrates de Cos, llamado el Padre la Medicina, que abordó en sus escritos (el Corpus Hippocraticum) el tratamiento, el diagnóstico y código ético de la práctica médica, junto con acertadas descripciones anatómicas. (Manual CTO de Enfermería, 2007, p. 156)

El emperador Constantino IV en el año 320 en Roma proclama el cristianismo como la religión del imperio, lo que establece una relación directa entre el quehacer de la mujer (soltera y/o viuda) en la sociedad y el cuidado de los enfermos, situación que trae como consecuencia el surgimiento de las primeras organizaciones de mujeres dedicadas al cuidado de los pobres, moribundos y enfermos, con funciones específicas determinadas por su condición social. Son ellas las diaconisas, las viudas, las vírgenes y las matronas.

De esta forma, el cuidado de la salud se ratifica como un acto que lleva implícito una connotación religiosa. Para tal fin y en cumplimiento con su rol, las mujeres más adineradas donan sus casas y fortunas para el cuidado de los enfermos, instituyéndose de esta forma un servicio efectivo para el cuidado de los más desprotegidos, basado en valores religiosos como la abnegación, la vocación, el servicio y la humildad.

Las diaconisas eran mujeres servidoras de Jesús que realizaban actividades como: unguir a las mujeres para el bautizo, asistencia espiritual y material en las casas y educar en la religión frente al compromiso cristiano, principalmente a las mujeres. Febe se reconoce como diaconisa de la iglesia de Cencrea, el apóstol Pablo la menciona en el Nuevo Testamento en Romanos 16: 1,2. Su posición se ubicaba por debajo de los clérigos y por encima de las mujeres viudas que se encontraban bajo su dirección.

Las Matronas fueron definidas como una: "auténtica élite de mujeres con gran poder económico del estamento patricio. En ocasiones donaban sus propias casas y fortunas para el cuidado de los pobres y mantuvieron los hospitales y albergues de pobres y extranjeros con su propio dinero" (Manual CTO de Enfermería, 2007, p.157).

En el grupo de matronas Romanas se encuentran: Fabiola quien se convirtió al cristianismo al quedar viuda, su palacio se constituyó en el primer Hospital gratuito en Roma (Nosocomium), por lo que ha sido considerada la matrona de la enfermería primitiva. Marcela denominada la madre de las monjas, transformó su palacio en Monasterio y Paula mujer culta de la época, fundó varios hospitales; a esta Matrona se le atribuye la enseñanza de la enfermería como arte.

Estas tres matronas, referentes históricas en el cuidado de los enfermos determinaron que "para asumir el papel de la enfermera era necesario poseer una profunda motivación religiosa, con una alta dosis de autosacrificio, obediencia, humildad y desprendimiento de las cosas materiales" (Mc Cormack, 2007, p. 7).

Con el dominio de la religión cristiana: el enfermo, el que sufre, es un elegido de Dios y quien lo cuida, también se consagra a él. En esta época, los conocimientos teóricos eran casi inexistentes y los procedimientos aplicados muy rudimentarios. La moral de la mujer cuidadora y su actitud eran cualidades importantes para el cuidado de los enfermos.

Al asumir los religiosos la responsabilidad sobre el cuidado de los enfermos se construyen las primeras instituciones hospitalarias dirigidas por órdenes religiosas hermandades y congregaciones convirtiéndose la atención del enfermo en una práctica caritativa y una obra de misericordia. Los hospitales por tanto, no eran considerados instituciones médicas sino instituciones eclesiásticas.

La enfermería por tanto, estuvo bajo el dominio de las comunidades religiosas, las mujeres contaban con poca instrucción para realizar esta labor, por cuanto la prioridad era el cuidado del alma. Las mujeres lograban gran experiencia en el cuidado y la atención de los enfermos, a pesar de las limitaciones de formación para el desempeño de esta labor.

Esta etapa religiosa en Europa va hasta finales del siglo XIX. El Cuidado de Enfermería es realizado por la mujer consagrada. El cuerpo es separado del espíritu por ser fuente de impureza y de fornicación. Solamente puede ser objeto de cuidado el cuerpo enfermo y abandonado. (Colliere, 1993, prólogo xvii)

En la alta edad media (denominada Época Oscura) el dominio de la iglesia sobre la sociedad otorga un poder absoluto al cristianismo representado en el Papa. No obstante las guerras, las pestes y los desastres naturales llevan al surgimiento de tres grandes movimientos culturales: el feudalismo, el islamismo y el monaquismo.

Los monasterios se convirtieron en el refugio de hombres y mujeres con orientación espiritual que querían dedicar su vida al cuidado de los enfermos, la base del cuidado era alimentar al enfermo, constituyéndose de esta forma, en la labor prioritaria de los hospitales medievales. Los hombres y mujeres dedicados a ésta labor debían profesar votos de obediencia, castidad y pobreza.

Adicional a los hospitales que se formaron en los monasterios, aparecen los hospitales el Hotel Dieu de Lyon (año 542), Hotel Dieu de Paris (año 650), Hospital del Santo Espíritu de Roma (año 717), Santa Catalina y San Bartolomé de Londres.

En la baja edad media, aparecen las Órdenes Cruzadas quienes combinaban la caridad, con lo militar y la religión. Estas órdenes estaban conformadas por sacerdotes, nobles y hermanos sirvientes (encargados del cuidado). Es así como surgen: Los Caballeros hospitalarios de San Juan de Jerusalén en Italia, los Caballeros teutónicos (orden germánica), los Caballeros de San Lázaro dedicados al cuidado de los leprosos. Como lo expresan Jamieson, Sewall & Suhrie (1968):

Durante dos siglos de guerra que comprenden las Cruzadas, numerosas ordenes de Caballeros hospitalarios atendieron necesidades cambiantes de los tiempos, como la de recoger heridos y enfermos, a lo largo de las carreteras, en las estaciones de primeros cuidados o en hospitales. (p. 87)

De igual forma surgen las órdenes mendicantes, instituciones de órdenes religiosas misioneras ambulantes "comprometidas a vivir en una pobreza literal. Cual exponentes de ideales cristianos, sus adeptos no vivían separados del mundo, sino que lo recorrían descalzos" (Jamieson *et al.*, 1968) y dependían de la caridad para su sustento, en estas órdenes se encuentran: La orden Franciscana fundada por San Francisco de Asís, las Clarisas iniciada por Santa Clara de Asís, los Dominicos fundada por Santo Domingo de Guzmán, los Terciarios fundadas por San Francisco y Santo Domingo para laicos que profesaban la caridad y las órdenes seculares o laicas.

En la edad moderna, con el surgimiento del protestantismo se produce una fragmentación del cristianismo, la mayoría de los hospitales fueron cerrados y los monjes y monjas expulsados de los mismos. El cuidado pierde su connotación caritativa y religiosa para convertirse en una labor que puede desempeñar un laico.

En Inglaterra Enrique VIII acaba con las órdenes religiosas que se dedican al cuidado de los enfermos y confisca las propiedades utilizadas para éste fin.

En general, los asistentes o enfermeros laicos eran ignorantes, rudos y desconsiderados, por no decir inmorales y alcohólicos. Cuando una mujer ya no podía ganarse la vida con el juego o el vicio, le quedaba la alternativa de convertirse en enfermera. Las enfermeras eran reclutadas entre antiguas pacientes, presas y de los estratos más bajos de la sociedad. (...) Este estado deplorable de las enfermeras y de la enfermería se prolongó durante todo este período. La enfermería apenas estaba organizada y, por supuesto, carecía de

posición social. Nadie se dedicaba a la enfermería si tenía la posibilidad de ganarse la vida de cualquier otra forma. Como enfermeras, incluso las hermanas de las órdenes religiosas llegaron a estancarse por completo a nivel profesional como consecuencia de una ininterrumpida secuencia de restricciones desde mitades del siglo XVI". A esta etapa se ha denominado la **Etapa o Periodo Oscuro de la Enfermería** (1550-1860). Los tiempos o épocas son llamadas oscuras o bien, porque son largamente desconocidas por nosotros, en tal caso pensamos de ellas como oscuras o bien porque sufrieron problemas, miseria y penalidades con una perspectiva de vida sombría durante prolongados periodos de tiempo. (Mc Cormack, 2007, p. 17)

El escaso reconocimiento que se tenía a la labor de enfermería y el ubicarla como una vocación eminentemente religiosa (en ésta época) hace que la pugna entre católicos y protestantes traiga consecuencias nefastas para el desarrollo de la enfermería, consecuencia que se observa en las personas a las que se les delega el cuidado de los enfermos durante la época oscura de la enfermería.

El caos reinante por las guerras, la miseria, las enfermedades y "las condiciones sociales de Europa (...) fueron indudablemente el resultado directo de las revoluciones religiosa, industrial y política (...) La guerra, el hambre, los abusos industriales y las epidemias ponían cada vez más manifiesto el carácter inadecuado de la atención enfermera" (Jamieson et al, 1968, p. 151).

San Vicente de Paul inició su labor social con los Hermanos San Juan de Dios y posteriormente con Santa Luisa de Marillac funda en el año de 1633, la comunidad de las Hermanas de la Caridad, cuya prioridad fue la atención de las necesidades del paciente, antes que el cumplimiento de las obligaciones religiosas. Jamieson et al (1968) manifiestan que la fundación de esta Institución obedece a la reforma Católica, por tanto, la primera labor de las hermanas de la Caridad fuera de Francia, fue en países adscritos a la Iglesia Católica. (Jamieson et al, 1968, p. 153)

La importancia de esta comunidad radica en el trabajo en las provincias, en la atención en casa brindando no solo cuidado de enfermería, sino apoyo espiritual. Se reclutó a jóvenes solteras a las que se exigía inteligencia, refinamiento y un interés sincero por los enfermos pobres. San Vicente se encargaba de la preparación espiritual de las jóvenes enfermeras a través de charlas semanales. En 1809 las Hermanas de la Caridad llegaron a América, donde además del trabajo comunitario se dedicaron al cuidado de los niños abandonados. (Mc Cormack, 2007, p. 9)

La comunidad de San Vicente de Paul- Hermanas de la Caridad fue la encargada en Francia de dar atención a los soldados durante la Guerra de Crimea. De esta experiencia observada por los ingleses, surge la motivación del ejército contar con un grupo de enfermeras, idea que se materializa con la presencia de Florence Nightingale.

Mientras que la reforma católica ya había atendido en parte la condición de los enfermos con la fundación de la Institución de las Hermanas de la Caridad “los protestantes en Alemania, Inglaterra y los países bajos estaban realizando un esfuerzo por remplazar a la monja perdida por la diaconisa” (Jamieson *et al.*, 1968, p. 154).

La situación de las cárceles, los problemas sociales y el remplazo del feudalismo por el capitalismo, trajo consecuencias en la salud pública de las poblaciones, el aumento del número de epidemias como consecuencia del hacinamiento y el aumento de los accidentes laborales en los trabajadores por su falta de capacitación frente al manejo de las máquinas.

Esta situación social preocupante y la necesidad de organizar los servicios de enfermería motiva a Theodor Fliedner (Ministro Luterano) a que en el año de 1833 en Kaiserswerth / Alemania inicie su labor de entrenamiento de enfermeras, basándose en la experiencia observada en la comunidad de diaconisas manonitas en Holanda.

La obra de la Institución de Diaconisas de Kaiserswerth sacó provecho sin duda, del ejemplo de San Vicente de Paul. (...) Su propósito principal consistía en instruir mujeres de inclinación religiosa tal, que desearan ser admitidas a la antigua función eclesiástica de diaconisas y participar en su servicio social. La preparación de diaconisas tenía por objeto hacerla apta ya sea para la enseñanza o para la enfermería pero combinaba con estas vocaciones el estudio del alivio de los pobres, de la labor de las cárceles y de la rehabilitación. (Jamieson, *et al.*, 1968, p. 161)

Theodor Fliedner (1800-1864) y su esposa Friederike Münster (1800-1842) “empezaron su labor de entrenamiento de enfermeras transformando el pabellón de su jardín en un hogar para ancianas reclusas y tres años más tarde, en 1836, inauguraban la primera Escuela para Diaconisas” (Mc Cormack, 2007, p. 17).

A Theodor Fliedner se le atribuye el surgimiento de las diaconisas protestantes de la época moderna. Esta escuela de entrenamiento se constituye en un referente de formación para Florence Nightingale de 1851 a 1854.

La idea de formar enfermeras no era totalmente nueva en la Gran Bretaña de mediados del siglo XIX. Ya antes de la guerra de Crimea habían comenzado a resurgir las asociaciones de enfermeras, que agrupaban a numerosas mujeres competentes y moralmente intachables, en contraposición al estereotipo de enfermera “borracha e ignorante” creado por Charles Dickens (7), A diferencia de las anteriores, la escuela fundada por Florence, dio paso a la enfermería profesional propiamente como tal. (Osses *et al.*, 2010, p. 2)

Posterior a la educación recibida en esta institución, inicia un proceso de indagación y de observación frente a las condiciones de vida de la población de cuya motivación surge posteriormente la idea de formar enfermeras en Inglaterra, cuya experiencia se extiende a los países de Europa, Norteamérica y Latinoamérica.

## 2.2 Surgimiento de la Enfermería en Norteamérica

En Norteamérica el contexto político y social se constituyeron en factores determinantes para el establecimiento de las primeras escuelas de enfermería. Desde el contexto político la guerra evidenció la necesidad de formar y reclutar enfermeras y desde lo social la depresión mundial, duplicó la población norteamericana cuya causa fue, el gran número de inmigrantes procedentes del oriente y del sur de Europa que venían en busca de mejores oportunidades laborales.

Esta población inmigrante ubicada en ciudades como New York, no contaba con los recursos para satisfacer sus necesidades, lo que generó hacinamiento y una propagación más rápida de las enfermedades.

Pavey (citado por Egenes, s.f.), refiere que de esta forma las casas establecidas para el cuidado de los enfermos se constituyeron en hospitales públicos y el cuidado fue realizado por alcohólicos, exconvictos y prostitutas quienes negociaban no ir a la prisión a cambio de realizar un servicio social. En la noche los enfermos eran cuidados por los vigilantes.

Por otra parte, desde el contexto político Karen J. Egenes (s.f.), menciona que la guerra en EEUU fue un factor desencadenante para el inicio de la formación en enfermería. El título de enfermera no era algo definido en el siglo XIX, era designado a aquellas esposas de oficiales que acompañaban a sus esposos en la batalla o aquellas mujeres que venían a cuidar a sus hijos y esposos y se quedaban cuidando a los demás, a la persona perteneciente a una comunidad religiosa que cuidaba en los hospitales o a un voluntario.

Egenes (s.f.) afirma que más de 3.000 mujeres norteamericanas participaron como enfermeras durante la guerra y que los conocimientos que tenían para el cuidado eran básicos y derivados de sus aprendizajes personales adquiridos en el cuidado de los soldados heridos en batalla o en el cuidado de sus seres queridos.

Esta experiencia de participación y servicio de las mujeres en la guerra, cambió la percepción del rol desempeñado por la mujer únicamente en su hogar y para ellas evidenció la necesidad de formar mujeres para el cuidado de los enfermos con un conocimiento mayor al conocimiento básico y empírico. Se presume que la primera escuela de enfermería fue establecida en 1872 en el Hospital de Philadelphia.

Los avances de la enfermería en Norteamérica fueron constituyéndose en un factor de impulso para el desarrollo de la enfermería en los países de América Latina. Por un lado, la experiencia de participación de las mujeres durante la guerra y por el otro, la motivación de las mismas para ser un colectivo formado, se concretó en la asesoría directa que recibieron de Florence Nightingale quien orientó los procesos

de formación de las enfermeras, lo que trajo como resultado una consolidación y conceptualización pronta sobre el quehacer de enfermería y que fue transmitida lentamente a través de sus misiones en América Latina.

## 2.3 Surgimiento de la Enfermería en América Latina

La enfermería en América Latina se desarrolló acorde a la situación de salud de las poblaciones, a las necesidades de atención y a las prácticas sanitarias de salud. Este desarrollo, se dio de forma diferente en cada uno de los países y la diferencia estuvo dada por los contextos políticos, sociales, económicos, tecnológicos, por el inicio de la industrialización en América Latina y por la inserción de la economía capitalista a través de los acuerdos económicos establecidos con EEUU, como se observa en la siguiente cita:

A finales del siglo XIX la industrialización europea empezó a ocasionar una fuerte demanda de productos alimenticios y materias primas. Los trabajadores ingleses y europeos, que ahora vivían en las ciudades y trabajaban en fábricas, necesitaban comprar los alimentos que ya no cultivaban, y los dirigentes de la industria, ávidos por extender su producción y operaciones, buscaban materia prima, en particular minerales. Ambos incentivos llevaron a los gobiernos e inversores europeos a buscar fuera, en África, Asia y, por supuesto, América Latina. (Skidmore & Smith, 1996, párrafo 5)

Verderese (1979) afirma que la búsqueda de materia prima de los países más desarrollados, llevó a un incremento de las exportaciones de alimentos y de materiales para la industria (como principal actividad económica, de los países menos desarrollados a los más desarrollados), de igual forma la misma autora manifestó que: durante el periodo de 1900-1930 el modelo de desarrollo de los países de América Latina fue hacia afuera, situación que se presentó en "todos los países del Continente: eran productores de materias primas, había un predominio de la producción agrícola ligada a la exportación de alimentos y de la industria extractiva, un mercado interno estrecho y un comercio internacional en desarrollo" (p. 316).

Un elemento fundamental en los países de la América Latina estuvo dado por la inserción del modelo capitalista (en algunos países) y en otros por la adhesión a una economía de enclave que no permitió el desarrollo social y económico equitativo en todas las regiones del país.

Esta economía de enclave en algunas zonas debilitó el proceso de industrialización y retrasó los desarrollos regionales, al generar una fuerte dependencia económica externa y una pérdida de autonomía para el fortalecimiento de la industria nacional. Como lo afirma Verderese (1979):

El hecho de que el impulso de la industrialización haya sido provocado más por acontecimientos externos que por factores internos y de que su desarrollo posterior haya sido igualmente dependiente de la influencia foránea en los aspectos económico, cultural y tecnológico, explica, en parte, que el crecimiento industrial en América Latina haya representado un “enclave” dentro de la organización tradicional y no se haya visto acompañado por modificaciones suficientemente profundas de la estructura social y de la estructura económica de otros sectores (p. 319).

El aumento de las importaciones y exportaciones en los puertos de los países de América Latina, determinó unas condiciones especiales para las prácticas de salud, que llevaron al incremento de campañas sanitarias, y a una reestructuración en las políticas de Salud Pública la cual daba prioridad a la atención individualizada.

Esta necesidad de brindar una atención individualizada a los trabajadores más desde el enfoque preventivo que del curativo, se convirtió en el motor que impulsó las políticas en Salud Pública. Las industrias se vieron beneficiadas, por cuanto su objetivo era mejorar los niveles de producción y disminuir los costos generados por las enfermedades de los trabajadores.

La necesidad de proteger y aumentar la capacidad de trabajo de las fuerzas laborales estimuló la realización de campañas sanitarias para combatir las enfermedades debilitantes (malaria y fiebre amarilla). Estas campañas estaban dirigidas principalmente a los centros de producción agrícola y de extracción minera. (Verderese, 1980, p. 3)

De igual forma la modernización de los servicios sanitarios en el siglo XIX en algunos países, consecuencia de la separación que se da entre la Iglesia católica y el Estado, conlleva una pérdida de poder de la Iglesia y el clero frente a los procesos de formación y de dirección de las instituciones hospitalarias. En algunos países como es el caso de Colombia, la influencia religiosa se mantuvo bajo la jurisdicción de la iglesia.

Bajo esta condición surgen los programas de enfermería en América Latina, unos como programas vinculados a las escuelas de medicina y otros bajo la dirección de las congregaciones religiosas. Verderese (1980) destacando las características de la práctica de enfermería en América Latina de 1900 a 1930 afirma:

La enfermería, en los hospitales se encontraba en manos de congregaciones religiosas, que cumplían más una función social que propiamente médica: cuidar de los parias y desamparados, procurando la conversión religiosa, la moralización y la disciplina de éstos grupos de la población. Esta función, ejercida fundamentalmente por enfermería, estaba vinculada a la estructura político-económica, ya que contribuía a disminuir las tensiones sociales y a recuperar, para la industria manufacturera incipiente, la mano de obra excedente de la agricultura. (p. 3)

Souza (2003), menciona como la congregación San Vicente de Paul estableció una red de formación en América Latina; sin embargo con el desarrollo de la enfermería y con el establecimiento de la legislación que reglamentaba la profesión desde la educación formal, las religiosas empezaron a asistir a las escuelas de formación laica.

A continuación se presentan algunos apartados de Alina Souza quien describe cómo se da el surgimiento de los programas de Enfermería en América Latina:

### 2.3.1 Argentina, Chile y Uruguay

La influencia liberal en estos países permitió que se diera un desarrollo rápido en la formación de profesionales de la salud.

Bajo un Estado oligárquico liberal. Se inicia en el último cuarto del siglo XIX, la educación en enfermería. La iglesia no ejerció ningún liderazgo dominante en la sociedad civil. (...) lo que favoreció la consolidación de la práctica clínica en los hospitales. El estado liberal fue capaz de establecer un sistema educacional básico razonablemente amplio. Así, en el año de 1900 un gran segmento de la población, incluyendo mujeres, alcanzaba en estos países algunos años de educación primaria. Argentina crea la primera escuela en 1886, Chile en 1906 y Uruguay en 1912. (Souza, 2003, p. 56)

Cecilia Grierson, fue la primera mujer médica en Argentina y la primera en organizar la instrucción de las enfermeras en éste país. A muy temprana edad inicia su labor como educadora, lo que la impulsa a que en el año de 1876 se inscriba en una escuela normal de la cual recibe el título en el año de 1878.

Posteriormente se inscribe en la Facultad de medicina y durante el año de 1886 cuando se produce la epidemia de cólera presta sus servicios como practicante en el hoy Hospital de Muñiz; durante este tiempo evidencia la necesidad de capacitar auxiliares para los médicos. Es así como en el año de 1886 y siendo aún estudiante de medicina "funda la primera escuela de Enfermeras de Sudamérica declarada oficial en 1891 y dependiente de la Municipalidad". (Jamieson, et al., 1968, p. 336)

Otro de los factores fundamentales del desarrollo de la enfermería en Argentina estuvo dado por la Cruz Roja quien el año de 1920 funda la escuela de Enfermeras y en el año de 1928 la Escuela de Samaritanas y Visitadoras de Higiene Social individual y Escolar.

### 2.3.2 Brasil

El desarrollo de la enfermería en Brasil al igual que en los países de Latinoamérica estuvo mediado por factores de orden social, político y económico. Por una parte, las medidas impuestas por los países con los que realizaban intercambios comerciales en los puertos impulsó rápidamente el establecimiento de las primeras medidas de salud pública en este país y por otra, la llegada de los médicos que regresaban a su país después de estudiar en Europa traían “ideas laicas” de los servicios de enfermería.

La primera tentativa para establecer adiestramiento en enfermería data de 1890 cuando se formulan políticas de secularización en atención médica (...) esta promovió el inicio de programas entre 1909 y 1920. En 1916 bajo la influencia del movimiento de Salud Pública, la Cruz roja inicia un programa para formar enfermeras y en 1922 cuando el recién creado Departamento Nacional de Salud Pública se propone organizar servicio de enfermería en el país, se funda en 1923 una escuela y fundamentada en los patrones norteamericanos y financiada por la fundación Rockefeller.(...) Bajo el proyecto de Ley 775 de 1949, que reglamentaba la enseñanza de la enfermería y su expansión, coloca la enseñanza de enfermería en las universidades. (Souza, 2003, p. 56)

En Brasil, el modelo de enfermería no solo llegó desde Inglaterra en el año de 1894 con enfermeras formadas en el Hospital Saint Thomas, sino desde Norteamérica a través de la Fundación Rockefeller que impulsó la creación de una escuela de Enfermería en Sao Paulo con las mismas características de la Escuela Ana Nery ubicada en Rio de Janeiro y apoyó el desplazamiento de enfermeras a Norteamérica que realizaban estudios de perfeccionamiento en áreas como la administración.

### 2.3.3 Bolivia, Ecuador y Perú

La mayoría de los países de América Latina recibieron apoyo en el establecimiento de sus primeras escuelas de enfermería de las enfermeras Norteamericanas, quienes fueron patrocinadas y apoyadas con los convenios establecidos con la fundación Rockefeller. El proceso de formación de profesionales de enfermería en América latina como se observa en países como Bolivia, Ecuador y Perú tuvo un desarrollo lento producto del poder ejercido por la iglesia y su injerencia directa sobre las políticas de Estado frente a la salud de la población.

La organización de la educación en enfermería se inicia en el siglo XIX. Sin embargo, la falta de estabilidad social que caracterizó la formación social específica en la que coexistían intereses capitalistas así como las estructuras socioeconómicas feudales, retardó el crecimiento y desarrollo continuo. La

iglesia católica mantenía los privilegios feudales y como lo señaló Mariatetegui citado por Souza, el Estado “no intentó secularizarla o desfeudalizarla”. Como consecuencia la práctica de enfermería fue mantenida en las manos de las religiosas, a pesar de las tentativas de modernización de la atención médica. El entrenamiento de los enfermeros fue mantenido en lo que respecta a los servicios sin embargo, no tuvo las características del sistema de prácticas, al contrario, se puede comparar con la preparación del personal auxiliaren los servicios para el trabajo bajo supervisión de las monjas y para cubrir las necesidades inmediatas de los servicios. Solamente después de 1949, cuando el Instituto de asuntos Interamericanos inició la organización de los servicios de Salud Pública, se planteó la educación de enfermería de forma institucionalizada. (Souza 2003, pp., 58 y 59)

En países como Bolivia, Ecuador y Perú el desarrollo de la enfermería fue lento, producto del poder ejercido por la iglesia y su injerencia directa sobre las políticas de Estado frente a la salud de la población.

### 2.3.4 México

La enfermería en México, al igual que en los diferentes continentes atravesó por diferentes etapas, desde el cuidado de los enfermos dispensado por las mujeres en el hogar, la atención del parto realizado por mujeres de edad avanzada y con experiencia, las matronas en la época de la conquista y posteriormente el cuidado a cargo diversas órdenes religiosas (principalmente las hermanas de la caridad). De la misma forma, el cuidado de los enfermos fue llevado a cabo por la mujer viuda, de edad madura o soltera.

El surgimiento de la enfermería en México se da desde el ámbito hospitalario y desde el domiciliario con las enfermeras visitadoras. El desarrollo de la Enfermería en México recibió la influencia de enfermeras alemanas y norteamericanas principalmente. “Esta formación de enfermeras visitadoras en México se convierte en un mecanismo de inserción laboral de la mujer en la sociedad mexicana”. (Souza, 2003, pp. 59 y 60)

Souza (2003), expresa que en México las políticas de Salud Pública adoptadas por el Departamento de Salubridad establecieron un plan de atención que incidiera no solo en la salud física de las personas sino en su salud mental y moral, dadas las consecuencias de la guerra en la salud de la población. Fue así como desde las políticas de atención en salud se logró la consolidación de la medicina preventiva. Las enfermeras fueron capacitadas para atender las necesidades específicas de cuidado en grupos poblacionales vulnerables (madres y niños). Es así como “en 1925 la Escuela de Salubridad abre sus puertas para la capacitación de un ‘ejército sanitario’” como lo menciona Claudia Agostoni cuya formación distaba de la mujer cuidadora y entregada o caritativa, para incluir conceptos científicos” (pp. 59 y 60).

Desde la lucha por la independencia en 1910 México pasa por un periodo de inestabilidad política que duró casi 100 años. No obstante la secularización de los servicios sanitarios no se dio de manera paralela al proceso de educación en enfermería.

Las políticas de secularización formuladas durante este periodo expulsaron las órdenes monásticas de la República; como resultado la atención e enfermería, tradicionalmente en manos de la hermandad católica fue secularizada no provocó inmediatamente el desarrollo de la educación en enfermería. Fue solamente al inicio del siglo XX, como consecuencia de la modernización de la atención médica, cuando la educación en enfermería empieza a institucionalizarse. (Souza, 2003, pp. 59 y 60)

### 2.3.5 Panamá

A diferencia de los países Europeos el inicio de los procesos de formación en enfermería, como es el caso de Panamá, se da como un proceso mediado principalmente por la instauración de políticas educativas, de salud y económicas establecidas e impuestas por Estados Unidos.

Un factor importante de desarrollo de la educación en enfermería en Panamá estuvo dado por la presencia de Estados Unidos en la zona del canal. En 1904 el Gobierno de los Estados Unidos asumió el control de los hospitales existentes en la ciudad de Panamá y Colón. Inmediatamente se contrataron enfermeras norteamericanas que propusieron la creación de una escuela de enfermería bajo la administración de Estados Unidos. Así en 1908 por un decreto especial del presidente de Panamá, se crea la escuela de enfermería en el Hospital Antón en la ciudad de Panamá. Esta escuela fue dirigida por norteamericanas con las mismas características que las escuelas de este país. (Souza, 2003, p. 61)

### 2.3.6 Cuba, República Dominicana, Puerto Rico y Haití

En estos países las escuelas se inician en 1900 como consecuencia directa de la ocupación militar de EEUU. La guerra hispanoamericana llevó enfermeras americanas al frente de batalla en Cuba y Puerto Rico en 1898. Después de la guerra Estados Unidos permanecieron en misión militar y civil por varios años, durante los cuales organizó servicios de salud pública y promovió el desarrollo de escuelas de enfermería. Durante la ocupación militar de Haití y República Dominicana entre 1915 y 1934, también se fundaron escuelas de enfermería en

estos países. La guerra hispanoamericana fue un importante marco histórico en el desarrollo de la enfermería en Estados Unidos. (Souza, 2003, p. 61)

En el estudio Análisis prospectivo de la Educación en Enfermería realizado por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud (1989) se evidenciaba la necesidad de:

Desarrollar una conciencia en la profesión de enfermería y una reorientación de los procesos de formación de recursos humanos en enfermería, lo cual debía realizarse teniendo en cuenta el contexto político y socioeconómico que caracteriza a la sociedad, la problemática de salud, la organización de los servicios de salud, el conocimiento científico-técnico en enfermería y el desarrollo del proceso educativo. (p. 1)

Para concluir este capítulo, se observa como el desarrollo de la enfermería fue un proceso lento en algunos países América Latina, este desarrollo estuvo mediado por factores de diferente índole, que limitaron su evolución como una profesión independiente. De igual forma se aprecia, como la influencia de las enfermeras norteamericanas en algunos países de América Latina, brindó una perspectiva de formación diferente a la religiosa en las escuelas de enfermería establecidas. Esta dirección religiosa operaba como ente de regulación social frente a los avances y desarrollos de las profesiones femeninas; de esta forma, los procesos de secularización de las escuelas de enfermería se dieron inicialmente en una alianza entre comunidades religiosas y médicos, hasta que las escuelas de enfermería se independizaron de las facultades de medicina, sin que esto significara un cambio en el paradigma biomédico, eje rector en los planes de estudio para la formación de futuros profesionales en enfermería.

---

---

# CAPÍTULO III

## 3. Factores que influyeron en el surgimiento de la enfermería en Colombia

### Introducción

Las diferencias sociales, políticas y económicas entre los países europeos y los países de América Latina, determinaron un proceso evolutivo diferente de la enfermería. En Inglaterra, contribuyeron a un pronto establecimiento de la enfermería como profesión, que sumado a las primeras postulaciones teóricas de Florence Nightingale sobre lo que era la enfermería, se constituyeron en un referente teórico de desarrollo. Mientras que algunos países de América Latina, dependían desde el ámbito político y religioso de países Europeos, como Colombia, que dependía de España.

El poder que ejercía la iglesia en la población y la capacidad del clero de tener influencia en los asuntos políticos, condicionaron el rol en el hogar y el rol social de la mujer, situación que se evidencia, en la restricción educativa y en el ejercicio autónomo de sus derechos, como medida del Gobierno para mantener el orden social. Situación que a su vez, se refuerza con el establecimiento de la religión católica por constitución política como la religión oficial y en las leyes jurídicas promulgadas, con relación al matrimonio, la infidelidad y el divorcio, entre otras, muy lesivas para la mujer. Desde el ámbito social, esta situación se refuerza con la instauración de un imaginario social instrumental y femenino para el ejercicio de la enfermería, centrado en la obediencia al médico.

Los médicos, fueron los responsables de formar a las enfermeras como auxiliares para que les colaboraran en su labor. Sin embargo, las enfermedades que aquejaban la población colombiana, tenían un origen social evidenciado en: el hacinamiento de la población ( como en la zona de construcción de ferrocarriles para el transporte del café), la falta de condiciones laborales de los trabajadores en la zona bananera, las inclemencias del clima (en algunas regiones de Colombia) y el intercambio comercial en las zonas portuarias, que se convertía en factor de riesgo para la propagación de las enfermedades, especialmente las de transmisión sexual. Es así, como percibida esta situación por la Oficina Internacional Sanitaria (OIS), se llevó al establecimiento de políticas sanitarias en todos los países de América Latina. Lo que posteriormente con el apoyo de la Fundación Rockefeller, se constituyó en el motor de impulso para el establecimiento de las primeras facultades de Enfermería en Colombia.

Este capítulo realiza un acercamiento a los diferentes factores que incidieron en el establecimiento de la enfermería en Colombia como profesión, que no son contemplados en la mayoría de la literatura que existe sobre la historia de la

enfermería en Colombia. El abordaje de los factores políticos, religiosos, educativos, económicos y sociales, permite entender la dificultad para establecer las primeras escuelas y facultades de Enfermería, que a su vez tienen su origen en la falta de reconocimiento de la identidad profesional.

### 3.1 Factores políticos- religiosos- educativos- económicos y sociales

Desde la esfera política, el bipartidismo colombiano determinó en Colombia una serie de eventos de orden político, religioso, económico y social que incidieron en las condiciones de vida y de salud de la población. Desde el ámbito religioso se observa cómo a través del tiempo se presenta la entrada y salida de las comunidades y órdenes religiosas del país durante el siglo XIX y a comienzos del siglo XX.

De esta forma, si el Gobierno era liberal, este partido, en cumplimiento a sus ideales políticos, decretaba la separación de la Iglesia y el Estado, como lo hizo durante el inicio de su Gobierno el General Francisco de Paula Santander en el año de 1831, lo que trajo como consecuencia la salida de las órdenes religiosas del país y el cierre de varios hospitales.

Por el contrario, si el Gobierno era conservador, como sucedió en el periodo denominado la regeneración cuyo inicio se da en el año de 1886 con el Presidente Rafael Núñez, se fortalece nuevamente la relación Iglesia- Estado con suficiente poder de decisión sobre lo político, económico, educativo, social y sobre la conducta moral de un hombre o una mujer que vive bajo los preceptos de Dios y acata las órdenes de la Iglesia.

El catolicismo tenía una capacidad para dominar simbólicamente la cotidianidad de la gente que no poseían los incipientes partidarios liberales. Las asociaciones católicas se erigían en las únicas capaces de socializar a la gente de una forma efectiva en el ámbito de lo público. Ellas definían específicamente el lugar que a cada uno le correspondía en la comunidad. (...) Sus rituales constituían la única ocasión regular en la que todo el pueblo se reunía comunitariamente; ello le confería un carácter de elemento vertebrador de primer orden, tanto en el plano puramente espacial como en el sociocultural. (Arce, 2005, pp. 155-156)

La iglesia fue un factor decisivo para el establecimiento de políticas en Colombia a finales del siglo XIX y principios del Siglo XX, en algunos ámbitos como en el político, social y educativo, (entre otros); promulgó el establecimiento de patrones hegemónicos para el pueblo, frente a su conducta, comportamiento, pensamiento y obediencia, en su afán por mantener el control y el poder; limitó el desarrollo de la Nación y perpetuó durante muchos años el imaginario de la mujer en la sociedad.

Específicamente para el desarrollo de la Enfermería en Colombia, la influencia de las órdenes religiosas, principalmente las hermanas de la presentación y la orden de los hermanos de San Juan de Dios, perpetuaron la práctica de la enfermería como una vocación de servicio, al asociar el calificativo vocacional con el nacimiento de la religión cristiana: el enfermo, el que sufre, es un elegido de Dios y, quien lo cuida, también se consagra a él. "El clero regular masculino estaba dedicado principalmente a la educación y a las misiones. El femenino, a los hospitales y a la enseñanza". (Palacios & Safford, 2002, p. 462)

Porter (citado por Kalmanovitz & López, s, f) afirman que:

La religión es considerada como institución informal que internaliza en los individuos las nociones de bien y mal, y vigila el comportamiento de los individuos desde la cuna hasta la muerte y que introduce ciertas nociones sobre el mundo y la sociedad en la mente de las personas. La reforma protestante y la Ilustración en Europa fueron fundamentales en la racionalización de la religión misma y en la instauración de la tolerancia y el pluralismo religioso en las constituciones políticas de los países que las vivían. (p. 8)

Esta cohesión dada entre la iglesia y el Estado y soportada en la constitución de 1886, instaura la religión católica como la religión oficial de Colombia. Es de observar que la religión fue utilizada como un mecanismo de regulación de la sociedad. "En Colombia la Constitución de 1886 dispuso en su artículo 38 que "La Religión Católica, Apostólica, Romana, es la de la Nación; los poderes públicos la protegerán y harán que sea respetada como esencial elemento del orden social" Restrepo, (citado por Malagón, s. f, p. 9).

Estas regulaciones confirieron a la Iglesia Católica el papel de ser el principal elemento de cohesión del orden social. Este hecho ocasionó que tanto el Estado como la misma Iglesia, vieran que la crisis de la sociedad colombiana se debía a un conflicto religioso y moral que debía ser corregido con el progreso religioso. Este desarrollo se alcanzaba por medio del orden, ya que la sociedad debía ser reconstruida a imagen y semejanza del orden celestial. Si por alguna razón se imponía el caos, la anarquía y en líneas generales el desorden, era debido a elementos disociadores formados en las ideas liberales - burguesas. (Malagón, s. f, p. 11)

Bajo estos preceptos religiosos la práctica de la enfermería se considera entonces como una asistencia con carácter moral y religioso, que determina su quehacer en el sentido del auxilio, antes que una actividad basada en el saber y en los recursos científicos dedicados al cuidado de las personas. Esta situación trajo como consecuencia para la época, la formación de mujeres dedicadas al cuidado con pocos conocimientos teóricos frente a su quehacer, pero con una alta formación centrada en los valores, en la actitud, la sumisión, la religiosidad y la obediencia.

Es así como bajo una fuerte influencia religiosa, sin ningún tipo de reconocimiento social y con escasos conocimientos teóricos, se inicia la formación de las primeras enfermeras en Colombia, fundamentados en preceptos cristianos, valores religiosos, éticos y espirituales, en el marco de la caridad cristiana y vocacional. Este llamado a la vocación de ser enfermera tuvo como requisito la condición de mujer soltera virtuosa y consagrada, como la imagen de la Virgen María.

La injerencia de la Iglesia en el sistema educativo obstaculizó el desarrollo de las ciencias, con sus aplicaciones y no permitió ver cómo la educación de los pueblos especialmente en aquellas zonas agrícolas y ganaderas se hubiera constituido en un motor de desarrollo no solo a nivel individual sino para la región y para el país. La educación desde la vigilancia y el control se constituyó en un factor de atraso para la Nación.

A finales del siglo XIX, el acceso a la educación para las mujeres estaba restringido. Las labores de las mujeres se centraban en los oficios domésticos y en la atención a su esposo y hogar. El status social de igual forma, se constituía en un elemento que brindaba la oportunidad de acceso a ciertas condiciones mínimas educativas como eran aprender a leer y a escribir; por otra parte el desarrollo de habilidades manuales, la devoción y cumplimiento de las normas religiosas y la cultura general eran catalogadas como fortalezas para ejercer su rol como mujer.

Parra (2008) expone que gracias a los cambios políticos y a la promulgación del Decreto 227 de 1933 que permitía el acceso educativo a la mujer para cursar bachillerato completo y para ingresar a la universidad, las mujeres tuvieron la posibilidad de capacitarse en diferentes áreas como la enfermería, la ingeniería y la medicina, a pesar de considerarse estas dos últimas, carreras para hombres, mientras que algunas mujeres de estrato medio optaron por prepararse como maestras.

La presencia de misioneros alemanes contratados por el gobierno, y la misión se concentró en la creación de escuelas normales dirigidas básicamente a mujeres de estrato medio que buscaran una carrera en la educación. Las mujeres que ingresaban a las normales se dedicaban por completo a este oficio, vivían en ellas y la gran mayoría quedaban solteras. (Parra, 2008, p. 4)

En éste contexto educativo y social, que permitía el acceso educativo a la mujer, la enfermera fue capacitada para llevar a cabo actividades procedimentales y para ser la asistente del médico. Los hospitales se convirtieron en escuelas de entrenamiento para enfermeras, su labor consistía en el cumplimiento de órdenes médicas y en observar cualquier tipo de signo o síntoma que presentará el paciente para informar al médico.

El inicio de la enfermería como una práctica instrumental y su dependencia del saber médico para el ejercicio de la profesión, se constituyeron en limitantes para el desarrollo teórico e investigativo de la profesión. Esta posición de subalterna del médico se reforzaba socialmente con el estatus que la medicina tenía en esa época

en la sociedad. "Entre 1880 y 1930 los profesionales de la medicina consideraban su ejercicio como una vocación comparable al sacerdocio, una misión divina con obligaciones definidas hacia Dios. Con frecuencia se le otorgaba al médico un respeto reverencial" (Abel, 1996, p. 34).

Fue así como el aprendizaje que se brindó en la formación de las primeras enfermeras se centró en el desarrollo de habilidades prácticas y en la priorización del hacer sobre el pensar y de la experiencia sobre el conocimiento, lo que llevó a privilegiar los aprendizajes memorísticos y repetitivos y al desarrollo de conductas específicas ante determinadas situaciones de salud.

De esta forma, los médicos muchos de ellos formados en Francia, fueron los encargados de entrenar a las mujeres que posteriormente se constituirían en las auxiliares de los médicos; Colliere (citada por Gómez & Munar 2011) manifiestan que el modelo de formación de enfermeras en Colombia a principios del siglo XX tuvo una filiación conventual y médica, similar al modelo francés como lo argumentan las mismas autoras en la siguiente cita:

La filiación conventual se caracteriza por la convicción de servir a los enfermos por el bien del paciente y el bienestar del médico. Servir es la verdadera misión de la enfermera, la profesión tiene el carácter de ser una vocación: impulso hacia los que necesitan alivio, amparo, confort y consuelo (...) En cuanto a la filiación médica se entiende que "cuidar un enfermo, es literalmente esforzarse en prestar correctamente los cuidados prescritos por el médico": El galeno determina y ordena la actividad de la enfermera, da el contenido profesional de los cuidados y le enseña todo lo que se espera de ella. Los médicos educan las enfermeras, deciden lo que deben saber. (p. 68 y 69)

Esta situación presentada con la formación de recurso humano en enfermería, evidenciaba las circunstancias en que el inicio del siglo XX llegó para Colombia, "el escaso desarrollo del capital humano, físico y financiero. Entre los países latinoamericanos, el país ocupaba uno de los últimos sitios de acuerdo con los índices de alfabetización, dotación de ferrocarriles, caminos, puentes y puertos". (Palacios y Safford, 2002, p. 469)

Colombia entraba de espaldas al mundo en el nuevo siglo XX: sin crédito Internacional, con bajísimos niveles de exportaciones, con hiper-inflación y en intenso conflicto. La guerra y sus secuelas de enfermedades epidémicas mataron a unas 100.000 personas, 3% de la población total. La hiper-inflación que alcanzó el 300% en 1901 había liquidado buena parte de la riqueza líquida que existía en el país, que en verdad no era mucha, y reducido el escaso crédito otorgada por una banca libre. Desaparecieron muchos de los bancos privados que existían en 1881 (42) para 1892 (14). Los gastos del gobierno en la guerra debilitaron su presupuesto y elevaron su deuda, aspectos que llevaron a una cascada de impuestos a las importaciones al finalizar la misma. (Kalmanovitz & López, s, f, p. 2).

El presidente de la época Rafael Reyes tuvo que afrontar este proceso modernizador en un país que, como lo expresa Palacios (citado por Organización Panamericana de la Salud, 2002), era “un territorio arrasado y fragmentado, con una economía postrada hasta el fondo, constituida por estructuras precapitalistas “insuficientes” que sólo favorecían a una parte de las clases dirigentes, y una población que vegetaba en el desempleo y moría por enfermedades endémicas, más de origen social que natural” (p. 23).

## 3.2 Salud

Durante el siglo XIX las enfermedades impidieron la consolidación del mercado Nacional. Las enfermedades endémicas y recurrentes de las tierras bajas plantearon obstáculos para introducir mejoramientos en el transporte y también para viajar por las vías existentes. El crecimiento del tráfico por el río Magdalena y los nuevos asentamientos localizados en zonas dedicadas al cultivo de tabaco, dieron pie a varios brotes de fiebre amarilla. (Abel, 1996, p. 20)

Desde el perfil epidemiológico la fiebre amarilla no fue la única enfermedad que atacó a la población, la viruela se constituyó en otra causa importante de mortalidad, la malaria que se produjo en zonas del Magdalena, Urabá y Valle del Cauca, zonas propensas a la proliferación del mosquito. Y en las zonas cafeteras la anquilostoma.

La anquilostoma, anemia por deficiencia de hierro, fue la principal enfermedad parasítica intestinal asociada a las zonas productoras de café. Las condiciones sanitarias deficientes, generalmente por falta absoluta de retretes modernos y la pila podrida de las pepas de café contribuyeron a la infección. (...) Los parásitos intestinales no fueron bien controlados hacia 1920(...); su mayor impacto lo constituyó el debilitamiento de la población rural, reduciendo su capacidad de trabajo y su calidad de vida y debilitándola e incrementando su vulnerabilidad a las enfermedades devastadoras. (Abel, 1996, p. 21)

Otras de las enfermedades que se presentaron fueron la lepra; en los niños las enfermedades gastrointestinales, la fiebre tifoidea, las enfermedades venéreas que se propagaron principalmente en los puertos, y la tuberculosis. Estas dos últimas asociadas también a la falta de condiciones de vivienda y de trabajo (hacinamientos), a la migración continua de la población a otras ciudades y a una buena alimentación.

De acuerdo con Abel (1996), el crecimiento de las exportaciones tuvo consecuencias directas sobre la salud. Algunas zonas, como la zona bananera en Santa Marta, la producción de petróleo en Barrancabermeja, Puerto Berrio y la migración de los trabajadores a las zonas cafeteras, se convirtieron en zonas de riesgo para la

adquisición de diferentes enfermedades como las intestinales, fiebre amarilla y tuberculosis. Estas condiciones de insalubridad dieron origen a las huelgas de los trabajadores. Una de ellas la que se presentó en 1926 con los trabajadores de los Ferrocarriles.

Los avances de disciplinas nuevas como la bacteriología, la inmunología y la parasitología proporcionaron a los higienistas un credo científico sobre el cual construyeron visiones optimistas acerca de la posibilidad de controlar las enfermedades infecciosas. Pero, antes que otorgar un papel único y determinante al progreso científico, es preciso reconocer la importancia decisiva que, en la creación de organizaciones de cooperación internacional en salud, tuvieron el desarrollo del comercio, la rivalidad entre las potencias europeas y de éstas con el poder emergente en América, los Estados Unidos, y la importancia estratégica que para este país tenía el comercio con los países latinoamericanos. (Organización Panamericana de la Salud, 2002, p. 16)

A partir de la creación de la Oficina Internacional Sanitaria (OSI), en el año de 1902 se da paso a la programación de convenciones sanitarias para la formulación y socialización de las políticas de higiene que deben ser acogidas por todos los gobernantes para asegurar la cooperación internacional y conservar las condiciones necesarias para evitar la propagación de las enfermedades en los puertos y mantener el comercio activo.

La incorporación de las convenciones sanitarias en las decisiones del aparato estatal Colombiano y las acciones realizadas en el campo de la higiene pública en el país, fueron el resultado de la articulación particular entre la dinámica política y económica internacional liderada por los Estados Unidos, y las necesidades del desarrollo socioeconómico interno, frente a las cuales los grupos dirigentes nacionales tenían propuestas y acciones no siempre coherentes ni ajenas a sus intereses particulares. (Organización Panamericana de la Salud, 2002, p. 22)

Esta descripción expone, cómo las condiciones de salud de la población en las diferentes regiones del país, se vio afectada por la inserción de políticas económicas vigentes en el ámbito nacional e internacional y paralelamente permite visualizar el establecimiento de políticas sanitarias por parte del Estado, para contrarrestar los efectos de la industrialización, factores que constituyeron al impulso para el desarrollo de la enfermería en los países de América Latina como lo menciona Verderese.

---

---

# CAPÍTULO IV

## 4. Marco legal y ético para el ejercicio de la profesión

### Introducción

El ejercicio de la Enfermería en Colombia, se reglamenta en la Ley 266 de 1996 y el código Deontológico en la Ley 911 de 2004.

La Ley 266 de Enero 25 contempla el objeto, los principios de la práctica profesional, la naturaleza de la profesión, el ámbito del ejercicio, del Consejo Técnico de Enfermería, del Tribunal de Ética en Enfermería, del registro de los profesionales en enfermería y la definición de las competencias, responsabilidades, criterios de calidad de la atención y derechos de los profesionales.

La Ley 911 del 5 de Octubre del 2004, establece el código deontológico para el ejercicio de la enfermería; en sus capítulos contempla los principios que orientan la responsabilidad deontológica, el acto de cuidado, el ámbito de aplicación de la ley, las condiciones para el ejercicio de la enfermería, la responsabilidad del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado, con sus colegas y otros miembros del recurso humano en salud, con las instituciones y con la sociedad, la responsabilidad en la investigación, la docencia y en los registros de enfermería, el objeto, la competencia y organización de los tribunales éticos de enfermería, el proceso deontológico disciplinario profesional y su vigencia y derogatoria.

Estas dos leyes se constituyen en el marco legal que orienta y regula el ejercicio de la profesión. A continuación se presenta cada una de ellas con sus capítulos, artículos y disposiciones:

### 4.1 Ley 266 de 1996

Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996

Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia Decreta:

**CAPÍTULO I.**  
**DEL OBJETO Y DE LOS PRINCIPIOS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL**

**ARTÍCULO 1º. OBJETO.** La presente Ley reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.

**ARTÍCULO 2º. PRINCIPIOS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL.** Son principios generales de la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos.

Son principios específicos de la práctica de enfermería los siguientes:

**1. Integralidad.** Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.

**2. Individualidad.** Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.

**3. Dialogicidad.** Fundamenta la interrelación enfermera-paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

**4. Calidad.** Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos.

La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio.

**5. Continuidad.** Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los períodos de salud y de enfermedad.

Se complementa con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, la familia y las comunidades lo solicitan, o cuando lo necesitan, para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones.

**PARÁGRAFO.** La práctica de enfermería se fundamenta en general en los principios éticos y morales y en el respeto de los Derechos Humanos.

## CAPÍTULO II. DE LA NATURALEZA Y ÁMBITO DEL EJERCICIO

**ARTÍCULO 3º. DEFINICIÓN Y PROPÓSITO.** La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia

y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar.

El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona.

Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías.

Tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida.

**ARTÍCULO 4º. ÁMBITO DEL EJERCICIO PROFESIONAL.** El profesional de enfermería ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, aporta al trabajo sectorial e intersectorial sus conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria y actualizados mediante la experiencia, la investigación y la educación continua.

El profesional de enfermería ejerce sus funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden la salud.

### **CAPÍTULO III. DEL CONSEJO TÉCNICO NACIONAL DE ENFERMERÍA**

**ARTÍCULO 5º. EL CONSEJO TÉCNICO NACIONAL DE ENFERMERÍA.** Créase el Consejo Técnico Nacional de Enfermería como un organismo de carácter permanente de dirección, consulta y asesoría del Gobierno Nacional, de los entes territoriales y de las organizaciones de enfermería, con relación a las políticas de desarrollo y ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia.

**ARTÍCULO 6º. FUNCIONES.** Son funciones del Consejo Técnico Nacional de Enfermería las siguientes:

1. Analizar las necesidades de enfermería de la población colombiana y proponer metas y planes de atención de corto, mediano y largo plazo en todos los niveles de atención en salud.
2. Proponer las políticas y disposiciones para la formación, actualización, distribución y empleo del recurso humano de enfermería.
3. Definir criterios para establecer estándares y normas de calidad para brindar cuidado de enfermería.
4. Definir los planes mínimos de dotación de los servicios de salud con relación al personal de enfermería.
5. Elaborar planes proyectivos para la atención de enfermería en concordancia con los cambios socioeconómicos, técnicos, científicos y el sistema de seguridad social en salud.

6. Dar lineamientos para el desarrollo de la investigación en enfermería.
7. Establecer criterios para asegurar condiciones laborales adecuadas, bienestar y seguridad en el ejercicio profesional.
8. Establecer requisitos para ser miembro del Tribunal de Ética de Enfermería, abrir convocatoria, elegir a sus miembros y presentarlos al Ministerio de Salud para su ratificación.
9. Reglamentar los consejos técnicos departamentales.
10. Dar su propio reglamento y organización.

**ARTÍCULO 7º. INTEGRACIÓN.** El Consejo Técnico Nacional de Enfermería, estará integrado por:

1. El Ministro de Salud o su delegado.
2. «Suprimido por el artículo 64 de la Ley 962 de 2005» ~~El Ministerio de Educación y su delegado.~~
3. Dos representantes de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC.
4. Dos representantes de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN
5. Un representante de la Asociación de Usuarios de los Servicios de Salud.

**PARÁGRAFO 1º.** La designación de los representantes la harán las entidades señaladas en el artículo anterior, dentro de los seis meses siguientes a la sanción de la presente Ley, y los representantes de las asociaciones anteriores serán elegidos por un período de 2 años y sólo podrán ser elegidos por una sola vez.

**PARÁGRAFO 2º.** El representante de la Asociación de Usuarios de los servicios de salud, lo designará la Asociación con mayor número de socios existentes en el país.

**ARTÍCULO 8º. DE LOS CONSEJOS TÉCNICOS DEPARTAMENTALES DE ENFERMERÍA.** Créanse los Consejos Técnicos Departamentales de Enfermería, en las capitales de los Departamentos, de acuerdo a la gradualidad, necesidad y concordancia con lo que reglamente el Consejo Técnico Nacional de Enfermería.

**ARTÍCULO 9º. INTEGRACIÓN DE LOS CONSEJOS TÉCNICOS DEPARTAMENTALES DE ENFERMERÍA.** Los Consejos Técnicos Departamentales de Enfermería estarán integrados por:

1. El Secretario de Salud Departamental o su delegado.
2. El Secretario de Educación Departamental o su delegado.
3. Dos representantes de la ANEC seccional de cada Departamento.
4. La Decana o su delegada de la facultad de enfermería del Departamento, y si existieren varias facultades de enfermería se elegirá una entre ellas.
5. Una representante de la Asociación de Facultades de Enfermería ACOFAEN del Departamento.
6. Un representante de la Asociación de Usuarios de los servicios de salud y en caso de que hubiere más de una lo designará la asociación con mayor número de socios.

**PARÁGRAFO.** Si en los departamentos no existiere Facultad de Enfermería, la designación se reemplazará por un profesional de enfermería miembro de la ANEC seccional. Los representantes de las asociaciones anteriores, y a la designación del

decano de enfermería cuando existiere más de dos facultades de enfermería se elegirá por un período de dos años y podrán ser elegidos por una sola vez.

#### **CAPÍTULO IV. DEL TRIBUNAL DE ÉTICA DE ENFERMERÍA**

**ARTÍCULO 10. DEL TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA.** Créase el Tribunal Nacional Ético de Enfermería, con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios, ético- profesionales que se presenten en la práctica de quienes ejercen la enfermería en Colombia.

**PARÁGRAFO.** Para el cumplimiento de las anteriores competencias y para el establecimiento de sus funciones específicas, el Tribunal Nacional Ético de Enfermería, tomará como referencia lo establecido en el Código de Ética de Enfermería, en el ordenamiento legal que se establece en la presente Ley y sus reglamentaciones, en concordancia con las normas constitucionales y legales sobre la materia.

**ARTÍCULO 11. FUNCIONES.** Son funciones del Tribunal Nacional Ético de Enfermería las siguientes:

1. Numeral 1. derogado por el artículo 74 de la Ley 911 de 2004.
2. Abrir las investigaciones de oficio, o solicitadas por las personas naturales o jurídicas, debido a faltas en el ejercicio de enfermería. Las pruebas recaudadas y los resultados de las investigaciones adelantadas por este Tribunal, tendrán el valor probatorio asignado por la Ley, ante las autoridades competentes.
3. Seleccionar peritos idóneos para realizar las investigaciones de los casos relacionados con las faltas en la práctica de enfermería.
4. Establecer el procedimiento para que las personas naturales y jurídicas eleven sus quejas y solicitudes de investigación y sanción.
5. Establecer las categorías de sanciones y criterios para su aplicación.
6. Notificar al Ministerio de Salud, a las entidades formadores del personal de enfermería y a las asociaciones de profesionales de enfermería, las faltas de mayor ocurrencia en el ejercicio de la práctica, a fin de que se adopten medidas preventivas o correctivas que aseguren la calidad de la misma.
7. Establecer los procedimientos, recursos y fallos necesarios para la investigación y juzgamiento.
8. Mantener coordinación con los Tribunales de Ética de las profesiones de salud y afines.
9. Crear y reglamentar la creación de los Tribunales de Ética de Enfermería Departamentales.
10. Presentar al Ministerio de Salud y a los entes territoriales, el presupuesto anual para el funcionamiento de los Tribunales de Ética de Enfermería Nacional y Departamentales
11. Darse su propio reglamento y organización.

**ARTÍCULO 12. INTEGRACIÓN.** El Tribunal Nacional Ético de Enfermería estará integrado por siete (7) miembros, profesionales de enfermería, de reconocida

idoneidad profesional y solvencia ética y moral, con no menos de diez (10) años de ejercicio profesional.

**PARÁGRAFO 1º.** El Consejo Técnico Nacional de Enfermería elegirá a los miembros del Tribunal Nacional Ético de Enfermería y los presentará al Ministerio de Salud para su ratificación en un tiempo no mayor de 30 días, y para la asignación de recursos e iniciar su funcionamiento, en el año fiscal siguiente a la sanción de la presente Ley.

**PARÁGRAFO 2º.** Créanse los Tribunales Éticos Departamentales de Enfermería en las Capitales de los Departamentos, los que iniciarán sus funciones de acuerdo a la gradualidad, necesidad y asignación de recursos por los departamentos, de acuerdo a la Ley y reglamentación que el Tribunal Nacional Ético de Enfermería haga al respecto.

## **CAPÍTULO V. DEL REGISTRO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

**ARTÍCULO 13. INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA.** La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC, es el organismo autorizado para realizar la inscripción y el registro único nacional, de quien ejerce la profesión de enfermería en Colombia.

En tal virtud sin perjuicio de su propia estructura organizativa, la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC, establecerá la organización y mecanismos para el cumplimiento del propósito de estas funciones, en concordancia con las disposiciones legales vigentes.

Podrán ejercer igualmente estas funciones, otras asociaciones profesionales de enfermería de las mismas calidades de ANEC y que sean reconocidas por el Gobierno Nacional.

**ARTÍCULO 14. REQUISITOS PARA EL REGISTRO.** La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC, registrará como profesionales de enfermería a quien cumpla los siguientes requisitos:

1. acredite título universitario de enfermera expedido por una institución de educación superior universitaria colombiana, reconocida por el Gobierno Nacional, o
2. acredite la convalidación del título universitario de enfermera, expedido por universidad extranjera que corresponda a estudios universitarios de enfermería, o
3. Quien con anterioridad a la vigencia de la presente Ley haya obtenido tarjeta como profesional universitario de enfermería, expedida por el Ministerio de Salud, o las secretarías de salud respectivas.

**PARÁGRAFO.** El registro como profesional de enfermería se acreditará con la Tarjeta Profesional que se expedirá de acuerdo a la reglamentación correspondiente.

**ARTÍCULO 15. DEL REGISTRO COMO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA POSTGRADUADO.** La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC, registrará como profesional de enfermería postgraduado, al profesional de enfermería que acredite el título de postgrado correspondiente, expedido por universidad reconocida por el Gobierno Nacional o acredite la convalidación del título de postgrado expedido por universidad extranjera.

**PARÁGRAFO.** El profesional de enfermería postgraduado, se acreditará con la tarjeta profesional, que se expedirá de acuerdo a la correspondiente reglamentación.

**ARTÍCULO 16. ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.** La Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN, es un organismo autorizado para realizar la acreditación de los programas universitarios de enfermería de pregrado y postgrado, ofrecidos por las instituciones de educación superior en Colombia.

En tal virtud, sin perjuicio de su propia estructura organizativa, la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN, establecerá la organización y los mecanismos para el cumplimiento del propósito del sistema de acreditación de los programas educativos, en concordancia con las disposiciones legales vigentes.

## CAPÍTULO VI.

### DEFINICIÓN DE LAS COMPETENCIAS, RESPONSABILIDADES, CRITERIOS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DERECHOS DE LOS PROFESIONALES.

**ARTÍCULO 17. LAS COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA.** De acuerdo con los principios, definición, propósito, ámbito y naturaleza social del ejercicio y para efectos de la presente Ley, el profesional de enfermería ejercerá las siguientes competencias:

1. Participar en la formulación, diseño, implementación y control de las políticas, programas, planes y proyectos de atención en salud y enfermería.
2. Establecer y desarrollar políticas y modelos de cuidado de enfermería en concordancia con las políticas nacionales de salud.
3. Definir y aplicar los criterios y estándares de calidad en las dimensiones éticas, científicas y tecnológicas de la práctica de enfermería.
4. Dirigir los servicios de salud y de enfermería.
5. Dirigir instituciones y programas de atención primaria en salud, con prioridad en la atención de los grupos más vulnerables de la población y a los riesgos prioritarios en coordinación con los diferentes equipos interdisciplinarios e intersectoriales.
6. Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas.

**PARÁGRAFO.** Dentro de este contexto legal del ejercicio profesional en reglamentaciones especiales, se asignará el campo de desempeño específico del profesional de enfermería con educación de postgrado: especialización, maestría, doctorado y postdoctorado.

**ARTÍCULO 18.** La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC, establecerá los criterios para fijar los sistemas tarifarios y los honorarios del profesional de enfermería en el ejercicio libre de su profesión.

**ARTÍCULO 19. DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.** Con el fin de asegurar un cuidado de enfermería de calidad científica, técnica, social, humana y ética se cumplirán las siguientes disposiciones:

1. El ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia se ejercerá dentro de los criterios y normas de calidad y atención y de educación que establezca la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, ANEC y la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN, en concordancia con lo definido por el

Consejo Técnico Nacional de Enfermería y lo establecido por los organismos gubernamentales.

2. La dirección de las facultades, escuelas de enfermería, instituciones, departamentos, carreras o programas que funcionen en las universidades y organismos educativos y cuya función se relacione con la formación básica del profesional de enfermería, estará a cargo de profesionales de enfermería.
3. Los profesionales de enfermería organizarán, dirigirán, controlarán y evaluarán los servicios de enfermería en las instituciones de salud, a través de una estructura orgánica y funcional.
4. Los profesionales de enfermería organizarán, dirigirán, controlarán y evaluarán las instituciones, centros o unidades de enfermería que presten sus servicios especiales en el hogar, comunidad, clínicas u hospitales en las diversas áreas de atención en salud.
5. Los profesionales de enfermería vigilarán la conformación cualitativa y cuantitativa de los recursos humanos de enfermería que requieran las instituciones de salud y los centros de enfermería para su funcionamiento de acuerdo a los criterios y normas establecidas por el Consejo Técnico Nacional de Enfermería.

**PARÁGRAFO.** Las disposiciones para el cálculo de personal de enfermería, estarán basadas en normas nacionales e internacionales que tengan en cuenta el estado de salud de los usuarios, que demanden mayor o menor tiempo de atención de enfermería.

**ARTÍCULO 20. LOS DEBERES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.** Son deberes del profesional de enfermería, los siguientes:

1. Brindar atención integral de enfermería de acuerdo a los principios generales y específicos de su práctica establecidos en esta Ley, y para tal fin deberá coordinar su labor con otros profesionales idóneos del equipo de salud.
2. Velar porque se brinde atención profesional de enfermería de calidad, a todas las personas y comunidades sin distinción de clase social o económica, etnia, edad, sexo, religión, área geográfica u otra condición.
3. Orientar su actuación conforme a lo establecido en la presente Ley y de acuerdo a los principios del Código de Ética de Enfermería que se adopte en Colombia, o en su defecto por los principios del Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermería, CIE.
4. Organizar, dirigir, controlar y evaluar la prestación de los servicios de salud y de enfermería del personal que intervenga en su ejecución.
5. Velar porque las instituciones cuya función sea prestar servicios de salud, conformen la planta de personal de enfermería de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley y sus reglamentaciones respectivas, y cuenten con los recursos necesarios para una atención de calidad.

**ARTÍCULO 21. LOS DERECHOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.** Son derechos del profesional de enfermería:

1. Tener un ambiente de trabajo sano y seguro para su salud física, mental e integridad personal.
2. Recibir un trato digno, justo y respetuoso. El ejercicio de la enfermería estará

- amparado por las normas constitucionales y legales, por las recomendaciones y convenios nacionales internacionales.
3. Acceder y recibir oportunidades de progreso profesional y social.
  4. Ejercer dentro del marco del Código de Ética de Enfermería.
  5. Proponer innovaciones al sistema de atención en salud y de enfermería.
  6. Contar con los recursos humanos y materiales necesarios y adecuados para cumplir con sus funciones de manera segura y eficaz, que le permitan atender dignamente a quien recibe sus servicios.
  7. Como profesional universitario y como profesional postgraduado de acuerdo a los títulos que acredite, tiene derecho a ser ubicado en los escalafones correspondientes en el sistema de salud, educación y otros.
  8. Tener derechos a condiciones de trabajo que aseguren una atención de enfermería de calidad para toda la población colombiana.
  9. Definir y percibir un escalafón salarial profesional, que tenga como base una remuneración equitativa, vital y dinámica, proporcional a la jerarquía científica, calidad, responsabilidad y condiciones de trabajo que su ejercicio demanda.

**ARTÍCULO 22. DEL EJERCICIO ILEGAL.** Entiéndase por ejercicio ilegal de la profesión de enfermería, toda actividad realizada dentro del campo de competencias de la presente Ley, por quien no ostenta la calidad de profesional de enfermería y no esté autorizado debidamente para desempeñarse como tal.

**PARÁGRAFO.** Quien sin llenar los requisitos de la presente Ley y su reglamentación, ejerza la profesión de enfermería en el país, recibirá las sanciones que la ley ordinaria fija para los casos del ejercicio ilegal de las profesiones, e igual disposición regirá para los empleadores que no cumplan con los postulados de la presente Ley y su reglamentación.

**ARTÍCULO 23. VIGENCIA.** Esta Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

*El Presidente del honorable Senado de la República, JULIO CÉSAR GUERRA TULENA.*

*El Secretario del honorable Senado de la República, PEDRO PUMAREJO VEGA.*

*El Presidente de la honorable Cámara de Representantes, RODRIGO RIVERA SALAZAR.*

*El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes, DIEGO VIVAS TAFUR.*

REPÚBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL

*Publíquese y ejecútese.*

*Dada en Santafé de Bogotá, D.C., a 25 de enero de 1996. ERNESTO SAMPER PIZANO*

*El Ministro de Salud,*

*AUGUSTO GALÁN SARMIENTO.*

## 4.2 Ley 911 de 2004 (octubre 5)

**Diario Oficial Edición 45.693 Miércoles 6 de octubre de 2004**

**“Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen**

**disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”.**

**El Congreso de Colombia DECRETA:**

## **TÍTULO I DE LOS PRINCIPIOS Y VALORES ÉTICOS, DEL ACTO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA**

### **CAPÍTULO I**

#### **Declaración de principios y valores éticos**

**Artículo 1°.** El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinción de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería.

**Artículo 2°.** Además de los principios que se enuncian en la Ley 266 de 1996, capítulo I, artículo 2°, los principios éticos de Beneficencia, No- Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, orientarán la responsabilidad deontológica - profesional de la enfermería en Colombia.

### **CAPÍTULO II**

#### **Del acto de cuidado de enfermería**

**Artículo 3°.** El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas.

Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno.

Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.

## **TÍTULO II FUNDAMENTOS DEONTOLÓGICOS DEL EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA**

### **CAPÍTULO I**

#### **Ámbito de aplicación**

**Artículo 4°.** Esta ley regula, en todo el territorio de la República de Colombia, la responsabilidad deontológica del ejercicio de la enfermería para los profesionales nacionales y extranjeros que estén legalmente autorizados para ejercer esta profesión, en concordancia con lo dispuesto en la Ley 266 de 1996, Capítulo V, artículos 14 y 15.

## CAPÍTULO II

### Condiciones para el ejercicio de la enfermería

**Artículo 5°.** Entiéndase por condiciones para el ejercicio de la enfermería, los requisitos básicos indispensables de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico-administrativos, registros para el sistema de información, transporte, comunicaciones, auditoría de servicios y medidas de seguridad, que le permitan al profesional de enfermería actuar con autonomía profesional, calidad e independencia y sin los cuales no podrá dar garantía del acto de cuidado de enfermería.

**Parágrafo.** Del déficit de las condiciones para el ejercicio de la enfermería, el profesional deberá informar por escrito a las instancias de enfermería y de control de la Institución y exigirá el cambio de ellas, para evitar que esta situación se convierta en condición permanente que deteriore la calidad técnica y humana de los servicios de enfermería.

**Artículo 6°.** El profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia, o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, con el objeto de que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas. De igual manera, deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de enfermería.

**Artículo 7°.** El profesional de enfermería solamente podrá responder por el cuidado directo de enfermería o por la administración del cuidado de enfermería, cuando la relación del número de personas asignadas para que sean cuidadas por el profesional de enfermería, con la participación de personal auxiliar, tenga en cuenta la complejidad de la situación de salud de las personas, y sea tal, que disminuya posibles riesgos, permita cumplir con los estándares de calidad y la oportunidad del cuidado.

**Artículo 8°.** El profesional de enfermería, con base en el análisis de las circunstancias de tiempo, modo y lugar, podrá delegar actividades de cuidado de enfermería al auxiliar de enfermería cuando, de acuerdo con su juicio, no ponga en riesgo la integridad física o mental de la persona o grupo de personas que cuida y siempre y cuando pueda ejercer supervisión sobre las actividades delegadas.

**Parágrafo.** El profesional de enfermería tiene el derecho y la responsabilidad de definir y aplicar criterios para seleccionar, supervisar y evaluar el personal profesional y auxiliar de enfermería de su equipo de trabajo, para asegurar que este responda a los requerimientos y complejidad del cuidado de enfermería.

## TÍTULO III

### RESPONSABILIDADES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PRÁCTICA

## CAPÍTULO I

### De las responsabilidades del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado

**Artículo 9º.** Es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica.

La violación de este artículo constituye falta grave.

**Parágrafo:** En los casos en que la ley o las normas de las instituciones permitan procedimientos que vulneren el respeto a la vida, la dignidad y derechos de los seres humanos, el profesional de enfermería podrá hacer uso de la objeción de conciencia, sin que por esto se le pueda menoscabar sus derechos o imponérsele sanciones.

**Artículo 10.** El profesional de enfermería, dentro de las prácticas de cuidado, debe abogar por que se respeten los derechos de los seres humanos, especialmente de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía.

**Artículo 11.** El profesional de enfermería deberá garantizar cuidados de calidad a quienes reciben sus servicios. Tal garantía no debe entenderse en relación con los resultados de la intervención profesional, dado que el ejercicio de la enfermería implica una obligación de medios, mas no de resultados. La valoración ética del cuidado de enfermería deberá tener en cuenta las circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodearon los hechos y las precauciones que frente al mismo hubiera aplicado un profesional de enfermería prudente y diligente.

**Artículo 12.** En concordancia con los principios de respeto a la dignidad de los seres humanos y a su derecho a la integridad genética, física, espiritual y psíquica, el profesional de enfermería no debe participar directa o indirectamente en tratos crueles, inhumanos, degradantes o discriminatorios. La violación de este artículo constituye falta grave.

**Artículo 13.** En lo relacionado con la administración de medicamentos, el profesional de enfermería exigirá la correspondiente prescripción médica escrita, legible, correcta y actualizada. Podrá administrar aquellos para los cuales está autorizado mediante protocolos establecidos por autoridad competente.

**Artículo 14.** La actitud del profesional de enfermería con el sujeto de cuidado será de apoyo, prudencia y adecuada comunicación e información.

Adoptará una conducta respetuosa y tolerante frente a las creencias, valores culturales y convicciones religiosas de los sujetos de cuidado.

**Artículo 15.** El profesional de enfermería no hará a los usuarios o familiares pronósticos o evaluaciones con respecto a los diagnósticos, procedimientos, intervenciones y tratamientos prescritos por otros profesionales. La violación de este artículo puede constituirse en falta grave.

**Artículo 16.** El profesional de enfermería atenderá las solicitudes del sujeto de cuidado que sean ética y legalmente procedentes dentro del campo de su competencia profesional. Cuando no lo sean, deberá analizarlas con el sujeto de cuidado y con los profesionales tratantes, para tomar la decisión pertinente.

**Artículo 17.** El profesional de enfermería, en el proceso de cuidado, protegerá el derecho de la persona a la comunicación y a mantener los lazos afectivos con su familia y amigos aun frente a las normas institucionales que puedan limitar estos derechos.

**Artículo 18.** El profesional de enfermería guardará el secreto profesional en todos los momentos del cuidado de enfermería y aún después de la muerte de la persona, salvo en las situaciones previstas en la ley.

**Parágrafo.** Entiéndase por secreto o sigilo profesional, la reserva que debe guardar el profesional de enfermería para garantizar el derecho a la intimidad del sujeto de cuidado. De él forma parte todo cuanto se haya visto, oído, deducido y escrito por motivo del ejercicio de la profesión.

## **CAPÍTULO II**

### **De la responsabilidad del profesional de enfermería con sus colegas y otros miembros del recurso humano en salud**

**Artículo 19.** Las relaciones del profesional de enfermería con sus colegas y otros miembros del recurso humano en salud o del orden administrativo deberán fundamentarse en el respeto mutuo, independiente del nivel jerárquico.

El profesional de enfermería actuará teniendo en cuenta que la coordinación entre los integrantes del recurso humano en salud exige diálogo y comunicación, que permita la toma de decisiones adecuadas y oportunas en beneficio de los usuarios de los servicios de salud.

**Artículo 20.** El profesional de enfermería se abstendrá de censurar o descalificar las actuaciones de sus colegas y demás profesionales de la salud en presencia de terceros.

**Artículo 21.** La competencia desleal entre profesionales de enfermería deberá evitarse; por consiguiente, en ningún caso se mencionarán las limitaciones, deficiencias o fracasos de los colegas para menoscabar sus derechos y estimular el ascenso o progreso profesional de uno mismo o de terceros. También se evitará, en las relaciones con los colegas, todo tipo de conductas lesivas, tales como ultrajes físicos o psicológicos, injurias, calumnias o falsos testimonios.

**Artículo 22.** Cuando el profesional de enfermería considere que como consecuencia de una prescripción se puede llegar a causar daño, someter a riesgos o tratamientos injustificados al sujeto de cuidado, contactará a quien emitió la prescripción, a fin de discutir las dudas y los fundamentos de su preocupación. Si el profesional tratante mantiene su posición invariable, el profesional de enfermería actuará de acuerdo con su criterio: bien sea de conformidad con el profesional o haciendo uso de la objeción de conciencia, dejando siempre constancia escrita de su actuación.

## **CAPÍTULO III**

### **De la responsabilidad del profesional de enfermería con las instituciones y la sociedad**

**Artículo 23.** El profesional de enfermería cumplirá las responsabilidades deontológicas profesionales inherentes al cargo que desempeñe en las instituciones prestadoras de salud en donde preste sus servicios, siempre y cuando estas no impongan en sus estatutos obligaciones que violen cualquiera de las disposiciones deontológicas consagradas en la presente ley.

**Artículo 24.** Es deber del profesional de enfermería conocer la entidad en donde preste sus servicios, sus derechos y deberes, para trabajar con lealtad y contribuir al fortalecimiento de la calidad del cuidado de enfermería, de la imagen profesional e institucional.

**Artículo 25.** La presentación por parte del profesional de enfermería, de documentos alterados o falsificados, así como la utilización de recursos irregulares para acreditar estudios de postgrado, constituye falta grave contra la ética profesional, sin perjuicio de las sanciones administrativas, laborales, civiles o penales a que haya lugar.

**Artículo 26.** El profesional de enfermería participará con los demás profesionales de la salud en la creación de espacios para la reflexión ética sobre las situaciones cotidianas de la práctica y los problemas que inciden en las relaciones, en el ejercicio profesional en las instituciones de salud, de educación y en las organizaciones empresariales y gremiales.

**Artículo 27.** El profesional de enfermería debe denunciar y abstenerse de participar en propaganda, promoción, venta y utilización de productos, cuando conoce los daños que producen o tiene dudas sobre los efectos que puedan causar a los seres humanos y al ambiente.

**Artículo 28.** El profesional de enfermería tiene el derecho a ser ubicado en el área de trabajo correspondiente con su preparación académica y experiencia.

**Parágrafo:** En caso de que al profesional de enfermería se le asignen actividades o tareas diferentes de las propias de su competencia, podrá negarse a desempeñarlas cuando con ellas se afecte su dignidad, el tiempo dedicado al cuidado de enfermería o su desarrollo profesional. Al profesional de enfermería, por esta razón, no se le podrá menoscabar sus derechos o imponérsele sanciones.

#### **CAPÍTULO IV**

##### **De la responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación y la docencia**

**Artículo 29.** En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales.

**Artículo 30.** El profesional de enfermería no debe realizar ni participar en investigaciones científicas que utilicen personas jurídicamente incapaces, privadas de la libertad, grupos minoritarios o de las fuerzas armadas, en las cuales ellos o sus representantes legales no puedan otorgar libremente su consentimiento. Hacerlo constituye falta grave.

**Artículo 31.** El profesional de enfermería, en el ejercicio de la docencia, para preservar la ética en el cuidado de enfermería que brindan los estudiantes en las prácticas de aprendizaje, tomará las medidas necesarias para evitar riesgos y errores que por falta de pericia ellos puedan cometer.

**Artículo 32.** El profesional de enfermería, en desarrollo de la actividad académica, contribuirá a la formación integral del estudiante como persona, como ciudadano responsable y como futuro profesional idóneo, estimulando en él un pensamiento crítico, la creatividad, el interés por la investigación científica y la educación permanente para fundamentar la toma de decisiones a la luz de la ciencia, de la ética y de la ley en todas las actividades de responsabilidad profesional.

**Artículo 33.** El profesional de enfermería, en el desempeño de la docencia, deberá respetar la dignidad del estudiante y su derecho a recibir enseñanza acorde con las premisas del proceso educativo y nivel académico correspondiente, basado en conocimientos actualizados, estudios e investigaciones relacionados con el avance científico y tecnológico.

**Artículo 34.** El profesional de enfermería respetará la propiedad intelectual de los estudiantes, colegas y otros profesionales que comparten su función de investigación y de docencia.

## CAPÍTULO V

### Responsabilidad del profesional de enfermería con los registros de enfermería

**Artículo 35.** Entiéndase por registro de enfermería los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica, en los cuales se describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y a la comunidad.

**Artículo 36.** La historia clínica es un documento privado, sometido a reserva, por lo tanto sólo puede ser conocido por el propio paciente o usuario por el equipo humano de salud vinculado a la situación en particular, por terceros previa autorización del sujeto de cuidado o su representante legal o en los casos previstos por la ley o por los tribunales de ética.

Parágrafo: Para fines de investigación científica, el profesional de enfermería podrá utilizar la historia clínica, siempre y cuando se mantenga la reserva sobre la identidad del sujeto de cuidado.

**Artículo 37.** El profesional de enfermería exigirá o adoptará los formatos y medios de registro que respondan a las necesidades de información que se deba mantener acerca de los cuidados de enfermería que se prestan a los sujetos de cuidado, según los niveles de complejidad, sin perjuicio del cumplimiento de las normas provenientes de las directivas institucionales o de autoridades competentes.

**Artículo 38.** El profesional de enfermería diligenciará los registros de enfermería de la historia clínica en forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco y sin utilizar siglas, distintas a las internamente aprobadas. Las correcciones a que haya lugar, se podrán hacer a continuación del texto que las amerite, haciendo la salvedad respectiva y guardando la debida secuencia. Cada anotación debe llevar la fecha y la hora de realización, el nombre completo, la firma y el registro profesional del responsable.

## TÍTULO IV DE LOS TRIBUNALES ÉTICOS DE ENFERMERÍA

### CAPÍTULO I

#### **Objeto y competencia de los tribunales éticos de enfermería**

**Artículo 39.** El Tribunal Nacional Ético de Enfermería, y los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería, están instituidos como autoridad para conocer los procesos disciplinarios ético- profesionales que se presenten en la práctica de quienes ejercen la profesión de enfermería en Colombia, sancionar las faltas deontológicas establecidas en la presente ley y dictarse su propio reglamento.

**Parágrafo:** La composición y funcionamiento del Tribunal Nacional Ético de Enfermería y los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería, serán las consagradas en la Ley 266 de 1996.

**Artículo 40.** El Tribunal Nacional Ético de Enfermería actuará como órgano de segunda instancia en los procesos disciplinarios ético-profesionales y los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería, conocerán los procesos disciplinarios ético-profesionales en primera instancia.

### CAPÍTULO II

#### **Organización de los tribunales éticos de enfermería**

**Artículo 41.** El Tribunal Nacional Ético de Enfermería está integrado por siete (7) Miembros Profesionales de Enfermería, de reconocida idoneidad profesional, ética y moral, con no menos de diez (10) años de ejercicio profesional.

**Parágrafo.** Los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería se organizarán y funcionarán preferentemente por regiones del país que agruparán dos o más Departamentos o Distritos Capitales.

## TÍTULO V DEL PROCESO DEONTOLÓGICO DISCIPLINARIO PROFESIONAL

## CAPÍTULO I

### Normas rectoras, disposiciones generales, preliminares

**Artículo 42.** El profesional de enfermería que sea investigado por presuntas faltas a la deontología tendrá derecho al debido proceso, de acuerdo con las normas establecidas en las leyes preexistentes al acto que se le impute, con observancia del proceso deontológico disciplinario previsto en la presente ley, de conformidad con la Constitución Nacional Colombiana y las siguientes normas rectoras:

1. Sólo será sancionado el profesional de enfermería cuando por acción u omisión, en la práctica de enfermería, incurra en faltas a la ética o a la deontología contempladas en la presente ley.
2. El profesional de enfermería, en todo caso, tiene derecho a ser tratado con el respeto debido a su dignidad inherente al ser humano.
3. El profesional de enfermería tiene derecho a ser asistido por un abogado durante todo el proceso, y a que se le presuma inocente mientras no se le declare responsable en fallo ejecutoriado.
4. La duda razonada se resolverá a favor del profesional inculpado.
5. Los tribunales éticos de enfermería tienen la obligación de investigar, tanto lo favorable como lo desfavorable del profesional inculpado.
6. El superior no podrá agravar la sanción impuesta cuando el sancionado sea apelante único.
7. Toda providencia interlocutoria podrá ser apelada por el profesional de enfermería, salvo las excepciones previstas por la ley.
8. El profesional de enfermería tiene derecho a la igualdad ante la ley.
9. La jurisprudencia, doctrina y equidad son criterios auxiliares en el juzgamiento.

**Artículo 43.** Circunstancias de atenuación. La sanción disciplinaria se aplicará teniendo en cuenta las siguientes circunstancias de atenuación de la responsabilidad del profesional de enfermería.

1. Ausencia de antecedentes disciplinarios en el campo deontológico profesional durante los cuatro (4) años anteriores a la comisión de la falta.
2. Demostración previa de buena conducta y debida diligencia en la prestación del cuidado de enfermería.

**Artículo 44.** Circunstancias de agravación.

1. Existencia de antecedentes disciplinarios en el campo ético y deontológico profesional durante los cuatro (4) años anteriores a la comisión de la falta.
2. Reincidencia en la comisión de la falta investigada dentro de los cuatro (4) años siguientes a su sanción.
3. Aprovecharse de la posición de autoridad que ocupa para afectar el desempeño de los integrantes del equipo de trabajo.

**Artículo 45.** El proceso deontológico-disciplinario profesional se iniciará:

1. De oficio.
2. Por queja escrita presentada personalmente ante los tribunales éticos de enfermería por los sujetos de cuidado, sus representantes o por cualquier otra persona interesada.

3. Por solicitud escrita dirigida al respectivo Tribunal Ético de Enfermería, por cualquier entidad pública o privada.

**Parágrafo:** El quejoso o su apoderado tendrá derecho a interponer ante el Tribunal Departamental Ético de Enfermería el recurso de apelación contra la providencia inhibitoria.

**Artículo 46.** En caso de duda sobre la procedencia de la iniciación del proceso deontológico- disciplinario profesional, el Magistrado Instructor ordenará la averiguación preliminar, que tendrá por finalidad establecer si la conducta se ha realizado, si es o no constitutiva de materia deontológica e identificar o individualizar al profesional de enfermería que en ella haya incurrido.

**Artículo 47.** La averiguación preliminar se realizará en el término máximo de dos (2) meses, vencidos los cuales se dictará resolución de apertura de investigación formal o resolución inhibitoria. Cuando no haya sido posible identificar al profesional de enfermería, autor de la presunta falta, la investigación preliminar continuará hasta que se obtenga dicha identidad, sin que supere el término de prescripción.

**Artículo 48.** El Tribunal Departamental Ético de Enfermería se abstendrá de abrir investigación formal o dictar resolución de preclusión durante el curso de la investigación, cuando aparezca demostrado que la conducta no ha existido o que no es constitutiva de falta deontológica o que el profesional de enfermería investigado no la ha cometido o que el proceso no puede iniciarse por haber muerto el profesional investigado, por prescripción de la acción o existir cosa juzgada de acuerdo con la presente ley. Tal decisión se tomará mediante resolución motivada contra la cual proceden los recursos ordinarios que podrán ser interpuestos por el Ministerio Público, el quejoso o su apoderado.

## CAPITULO II

### Investigación formal o instructiva

**Artículo 49.** La investigación formal o etapa instructiva, que será adelantada por el Magistrado Instructor, comienza con la resolución de apertura de la investigación en la que además de ordenar la iniciación del proceso, se dispondrá a comprobar sus credenciales como profesional de enfermería, recibir declaración libre y espontánea, practicar todas las diligencias necesarias para el esclarecimiento de los hechos y la demostración de la responsabilidad o la inocencia deontológica de su autor y partícipes.

**Artículo 50.** El término de la indagación no podrá exceder de cuatro (4) meses, contados desde la fecha de su iniciación. No obstante, si se tratare de tres (3) o más faltas, o tres (3) o más profesionales de Enfermería investigados, el término podrá extenderse hasta por seis (6) meses. Los términos anteriores podrán ser ampliados por la Sala, a petición del Magistrado Instructor, por causa justificada hasta por otro tanto.

**Artículo 51.** Vencido el término de indagación o antes si la investigación estuviere completa, el abogado secretario del Tribunal Departamental pasará el expediente al

despacho del Magistrado Instructor para que en el término de quince (15) días hábiles elabore el proyecto de calificación.

Presentado el proyecto, la Sala dispondrá de igual término para decidir si califica con resolución de preclusión o con resolución de cargos.

**Artículo 52.** El Tribunal Departamental Ético de Enfermería dictará resolución de cargos cuando esté establecida la falta a la deontología o existan indicios graves o pruebas que ameriten serios motivos de credibilidad sobre los hechos que son materia de investigación y responsabilidad deontológica disciplinaria del profesional de enfermería.

### CAPÍTULO III

#### Descargos

**Artículo 53.** La etapa de descargos se inicia con la notificación de la resolución de cargos al investigado o a su apoderado. A partir de este momento, el expediente quedará en la secretaría del Tribunal Departamental Ético de Enfermería, a disposición del profesional de enfermería acusado, por un término no superior a quince días hábiles, quien podrá solicitar las copias deseadas.

**Artículo 54.** El profesional de enfermería acusado rendirá descargos ante la Sala probatoria del Tribunal Departamental Ético de Enfermería en la fecha y hora señaladas por este para los efectos y deberá entregar al término de la diligencia un escrito que resuma los descargos.

**Artículo 55.** Al rendir descargos, el profesional de enfermería implicado por sí mismo o a través de su representante legal, podrá aportar y solicitar al Tribunal Departamental Ético de Enfermería las pruebas que considere convenientes para su defensa, las que se decretarán siempre y cuando fueren conducentes, pertinentes y necesarias.

De oficio, la Sala Probatoria del Tribunal Departamental Ético de Enfermería, podrá decretar y practicar las pruebas que considere necesarias y las demás que estime conducentes, las cuales se deberán practicar dentro del término de veinte (20) días hábiles.

**Artículo 56.** Rendidos los descargos y practicadas las pruebas, según el caso, el Magistrado Ponente dispondrá del término de quince (15) días hábiles para presentar el proyecto de fallo, y la Sala Probatoria, de otros quince (15) días hábiles para su estudio y aprobación. El fallo será absolutorio o sancionatorio.

**Artículo 57.** No se podrá dictar fallo sancionatorio sino cuando exista certeza fundamentada en plena prueba sobre el hecho violatorio de los principios y disposiciones deontológicas contempladas en la presente ley y sobre la responsabilidad del profesional de enfermería disciplinado.

**Artículo 58.** Cuando el fallo sancionatorio amerite la suspensión temporal en el ejercicio profesional, y no se interponga recurso de apelación, el expediente se enviará a consulta al Tribunal Nacional Ético de Enfermería.

## CAPÍTULO IV

### Segunda instancia

**Artículo 59.** Recibido el proceso en el Tribunal Nacional Ético de Enfermería, que actúa como segunda instancia, será repartido y el Magistrado Ponente dispondrá de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha, cuando entre a su despacho, para presentar proyecto, y la Sala Probatoria, de otros treinta (30) días hábiles para decidir.

**Artículo 60.** Con el fin de aclarar dudas, el Tribunal Nacional Ético de Enfermería podrá decretar pruebas de oficio, las que se deberán practicar en el término de treinta (30) días hábiles.

## CAPITULO V

### Sanciones

**Artículo 61.** A juicio del Tribunal Nacional Ético de Enfermería y del Tribunal Departamental, contra las faltas deontológicas proceden las siguientes sanciones:

1. Amonestación verbal de carácter privado.
2. Amonestación escrita de carácter privado.
3. Censura escrita de carácter público.
4. Suspensión temporal del ejercicio de la enfermería.

**Parágrafo 1º.** Forman parte de las anteriores sanciones los ejercicios pedagógicos que deberá realizar y presentar el profesional de enfermería que haya incurrido en una falta a la deontología.

**Artículo 62.** La amonestación verbal de carácter privado es el llamado de atención directa que se hace al profesional de enfermería por la falta cometida contra la deontología, caso en el cual no se informará sobre la decisión sancionatoria a ninguna institución o persona.

**Artículo 63.** La amonestación escrita de carácter privado es el llamado de atención que se hace al profesional de enfermería por la falta cometida contra la deontología; caso en el cual no se informará sobre la decisión sancionatoria a ninguna institución o persona.

**Artículo 64.** La censura escrita de carácter público consiste en el llamado de atención por escrito que se hace al profesional de enfermería por la falta cometida, dando a conocer la decisión sancionatoria al Tribunal Nacional Ético de Enfermería y a los otros tribunales departamentales. Copia de esta amonestación pasará a la hoja de vida del profesional.

**Artículo 65.** La suspensión consiste en la prohibición del ejercicio de la enfermería por un término hasta de tres (3) años. La providencia sancionatoria se dará a conocer al Ministerio de Salud, a las secretarías departamentales de salud, al Tribunal Nacional Ético de Enfermería y a los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería, a la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, a la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, al Consejo Técnico Nacional de Enfermería y a la unidad de registro de enfermería. Copia de esta suspensión pasará a la hoja de vida del profesional.

**Artículo 66.** Las violaciones de la presente ley, calificadas en ella misma como graves, serán sancionadas, a juicio del Tribunal Departamental Ético de Enfermería, con suspensión del ejercicio de enfermería hasta por tres (3) años; teniendo en cuenta la gravedad, modalidades y circunstancias de la falta, los motivos determinantes, los antecedentes personales y profesionales, las atenuantes o agravantes y la reincidencia.

**Parágrafo 1º.** Se entiende por reincidencia la comisión de las mismas faltas en un período de cuatro (4) años, después de haber sido sancionado disciplinariamente.

**Parágrafo 2º.** Copia de las sanciones impuestas, amonestaciones, censura o suspensiones, reposarán en los archivos de los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería y del Tribunal Nacional Ético de Enfermería.

## CAPÍTULO VI

### Recursos, nulidades, prescripción y disposiciones complementarias

**Artículo 67.** Se notificará, personalmente, al profesional de enfermería o a su apoderado la resolución inhibitoria, la de apertura de investigación, el dictamen de peritos, la resolución de cargos y el fallo.

**Artículo 68.** Contra las decisiones disciplinarias impartidas por los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería, procederán los recursos de reposición, apelación y de hecho, salvo las sanciones consagradas en los artículos 62 y 63, para las que sólo procederá el recurso de reposición ante el respectivo Tribunal Departamental, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de su notificación. En lo no previsto en la presente ley, se aplicarán las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal.

Los autos de sustanciación y la resolución de cargos no admiten recurso alguno.

Si como consecuencia de la apelación de la resolución de preclusión el Tribunal Nacional Ético de Enfermería la revoca y decide formular cargos, los magistrados intervinientes quedarán impedidos para conocer la apelación del fallo de primera instancia.

**Artículo 69.** Son causales de nulidad en el proceso deontológico disciplinario las siguientes:

1. La incompetencia del Tribunal Departamental Ético de Enfermería para adelantar la etapa de descargos y para resolver durante la instrucción.  
No habrá lugar a nulidad por falta de competencia por factor territorial.
2. La vaguedad o ambigüedad de los cargos o la omisión o imprecisión de las normas deontológicas en que se fundamenten.
3. La existencia de irregularidades sustanciales que afecten el debido proceso.
4. La violación del derecho de defensa.

**Artículo 70.** La acción deontológica disciplinaria profesional prescribe a los cinco (5) años, contados desde el día en que se cometió la última acción u omisión constitutiva de falta contra la deontología profesional.

La formulación del pliego de cargos de falta contra la deontología, interrumpe la prescripción, la que se contará nuevamente desde el día de la interrupción, caso en el cual el término de prescripción se reducirá a dos (2) años.

La sanción prescribe a los tres (3) años, contados desde la fecha de la ejecutoria de la providencia que la imponga.

**Artículo 71.** La acción disciplinaria por faltas a la deontología profesional se ejercerá sin perjuicio de la acción penal, civil o contencioso - administrativo a que hubiere lugar o de las acciones adelantadas por la Procuraduría o por otras entidades, por infracción a otros ordenamientos jurídicos.

**Artículo 72.** El proceso deontológico disciplinario está sometido a reserva hasta que se dicte auto inhibitorio o fallo debidamente ejecutoriado.

**Artículo 73.** En los procesos deontológicos disciplinarios e investigaciones relacionadas con la responsabilidad del ejercicio profesional de la enfermería, que se adelanten dentro de otros regímenes disciplinarios o por leyes ordinarias, el profesional de enfermería o su representante legal podrá solicitar el concepto del Tribunal Nacional Ético de Enfermería.

En los procesos que investiguen la idoneidad profesional para realizar el acto de cuidado de enfermería, se deberá contar con la debida asesoría técnica o pericial. La elección de perito se hará de la lista de peritos de los Tribunales de Enfermería.

## TÍTULO VI VIGENCIA Y DEROGATORIA

**Artículo 74.** La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial el numeral 1 del artículo 11 de la Ley 266 de 1996.

*El Presidente del honorable Senado de la República, Luis Humberto Gómez Gallo.*

*El Secretario General del honorable Senado de la República, Emilio Ramón Otero Dajud.*

*La Presidenta de la honorable Cámara de Representantes, Zulema Jattin Corrales.*

*El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes, Angelino Lizcano Rivera.*

REPUBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL

*Publíquese y ejecútese.*

*Dada en Bogotá, D. C., a 5 de octubre de 2004. ÁLVARO URIBE VÉLEZ*

*El Ministro de la Protección Social, Diego Palacio Betancourt.*

---

---

# CAPÍTULO V

## 5. Concepciones científicas de la enfermería

### Introducción

Este capítulo presenta las concepciones científicas de la enfermería. Se inicia con el cuidado como objeto de estudio de la profesión, por cuanto las concepciones de cuidado enmarcan aspectos fundamentales como: los sujetos que intervienen en la relación (cuidador y sujeto de cuidado), el ámbito donde se da cuidado, el propósito del cuidado y la preservación y respeto a la dignidad humana en cada acto de cuidado.

Teniendo en cuenta los aspectos fundamentales mencionados anteriormente indispensables para el cuidado, el capítulo continúa con la presentación del Metaparadigma de la enfermería constituido por (Ambiente/entorno, Salud, Persona y Enfermería), conceptos a partir de los cuales se construye el conocimiento en enfermería como lo expresaba Virginia Henderson y otras autoras que han aportado al conocimiento científico de la enfermería. Pero esta concepción de enfermería a su vez, contempla diferentes perspectivas: la enfermería como ciencia, como arte y la ética del cuidado, perspectivas importantes para el sustento científico que da sentido al ejercicio profesional.

### 5.1 La enfermería y su objeto de estudio: el cuidado

El cuidado de Enfermería es identificado como el objeto de estudio de la profesión. El cuidar implica como acto humano en sí, un valor que lleva implícito una intencionalidad por

cuanto ubica a la persona en un espacio y tiempo definidos que le ponen en contacto con su realidad, para transformarla. Todas las personas se cuidan diariamente, la diferencia radica en la conciencia que se tiene del cuidado como acto humano y único.

El cuidar requiere por parte de la Enfermera un compromiso moral, social y personal; implica a su vez valores, deseo, el compromiso de cuidar y el conocimiento para realizar acciones de cuidado. "El cuidado enfermero se configura en la multiplicidad del saber universal proveniente de las ciencias de la salud y de la vida, de las ciencias naturales y experimentales y de las ciencias humanas y sociales" (Durán, 2007, p. 44).

Cuidar implica el establecimiento de una relación digna con el sujeto de cuidado que permita la potencialización de su ser y el fortalecimiento de su autonomía de tal forma que éste sea capaz de tomar decisiones frente al cuidado de su salud.

Los cuidados son prácticas humanas tan antiguas como la misma humanidad que se van convirtiendo en procesos sociales a medida que las sociedades se organizan y estructuran adquiriendo diferentes complejidades, al tiempo que adquieren complejidad la propia estructura social. (Benavent et al., 2003, p. 78).

El cuidado connota por parte del profesional de Enfermería, una actitud de comprensión y escucha frente a la relación que establece con el sujeto de cuidado. El enfermero(a) da una respuesta de cuidado, reacciona de una manera racional, frente a una necesidad específica del sujeto, lo que se constituye no en una solución sino en una intervención e interacción con el sujeto que le permite a éste, hacerse consciente de su situación y buscar una solución específica a la necesidad expresada.

Si cuidar, en el sentido metafísico del término, es dejar que el otro sea, entonces resulta fundamental reconocer, en primer lugar, la existencia del otro, es decir, tener la experiencia que hay otros seres humanos en el mundo aparte de mi persona, otros seres humanos que tienen su derecho a ser, que tienen derecho a existir humanamente y que ello sólo es posible si se ejercen los cuidados necesarios. El reconocimiento del otro en tanto que otro, constituye pues, la condición de posibilidad misma del cuidar ético. (Torralba i Roselló, 2002, p. 116)

De esta forma el dejar ser en el cuidado se inicia con el reconocimiento de cada persona, de su propia existencia, el descubrimiento de sí como ser humano. "La existencia del hombre no se agota en su conciencia y en su relación con el mundo" (Torralba i Roselló, 2002, p. 122). Cada persona necesita identificar las posibilidades que le da su existencia como ser humano.

El cuidado requiere de la presencia auténtica de la enfermera (o) y del reconocimiento del otro como un ser único y trascendente que vive en un contexto determinado. Es por esto, que para que la Enfermera(o) pueda brindar un cuidado que responda a las necesidades reales y potenciales del individuo, debe ser consciente del alcance de sus conocimientos, sus actitudes, sus destrezas y tener claridad frente a sus valores y creencias para que éstos no interfieran en el acto de cuidado.

El acto de cuidado permite el crecimiento mutuo, genera una actitud de compromiso, de respeto a la autonomía y reconoce la condición humana del sujeto de cuidado y del cuidador. Por eso, el cuidado es individualizado, único y totalizador.

Green (citada por Durán, 2001) expone:

En cuanto las enfermeras practicantes y docentes se tornen más sensitivas a los procesos que demandan la justificación, las normas que gobiernan sus actos se harán más explícitas; en cuanto se comprometan personalmente a valorar las circunstancias y las consecuencias circundantes a los hechos, mostrarán una conducta más ...ÉTICA. (p. 32)

La relación de cuidado es una relación simultánea donde el sujeto de cuidado se reconoce como un ser autónomo, con libertad para decidir sobre su vida y la enfermera acompaña a cada individuo en su experiencia humana permitiendo así la dignificación de cada sujeto, el crecimiento personal y el fortalecimiento de la identidad.

El sujeto enfermo se convierte en un sujeto vulnerable por cuanto sus estructuras físicas, psicológicas y sociales entre otras, se desestabilizan; es por esto, que el cuidar también implica "recuperar la identidad del hombre doliente, su identidad personal que es la fuente de su autonomía, esto es, de su libertad". (Torralba i Roselló, 1998, p. 356)

La pérdida de la estabilidad del ser humano durante la enfermedad también connota una actitud anímica, que conlleva una reflexión sobre el sentido de la vida. La función del cuidador consiste en permitir que el sujeto de cuidado reflexione sobre nuevas posibilidades que le den sentido a su existencia.

Para la persona que sufre, la construcción de sentido es una necesidad y no una responsabilidad ética. Sin embargo para el cuidador, se trata fundamentalmente de una responsabilidad ética, puesto que tiene el deber moral de responder a la necesidad de su prójimo. Se trata en el fondo de reestablecer la salud del paciente y esto exige restituir su integridad, configurar su estructura pluridimensional y plurirelacional. (Torralba i Roselló, 1998, p. 361)

Marriner & Alligood (2011), en la compilación que realizan en su libro *Modelos y teorías en Enfermería*, contemplan la teoría de Kari Martisen denominada Filosofía de la asistencia; esta autora plantea que cuando se habla de cuidar se deben tener en cuenta tres cosas: lo relacional, lo práctico y lo moral. Martisen explica cada uno de estos elementos de la siguiente forma:

El cuidar es relacional: significa que necesita la presencia de dos personas. (...) lo práctico está relacionado con una acción concreta y práctica. El cuidar se enseña y se aprende a través de su práctica. El cuidar, es así mismo moral. Para que el cuidado sea auténtico ha de existir la relación con la otra persona a partir de una actitud (disposición) que la reconozca teniendo en cuenta su particular situación. (p. 176)

Por otra parte y desde una visión que revela la necesidad de que exista una intencionalidad en el profesional que cuida y que a su vez la relación de cuidado se convierta en una experiencia compartida Boykin & Schoenhofer, (citadas por Marriner et al., 2011) exponen en su teoría que el cuidado es:

El servicio que ofrece la enfermería y vive en el contexto de la situación de enfermería. La situación de enfermería es el lugar donde todo se conoce y realiza en la enfermería y se conceptualiza como 'la experiencia vivida y compartida donde los cuidados entre la enfermera y la persona cuidada potencian la persona'. (p. 397)

El cuidado se da en la interacción enfermero(a)- sujeto de cuidado y en esta relación, entra en juego el significado construido por cada uno de los sujetos de los conceptos salud y enfermedad. Conceptos (salud y enfermedad) que al igual que el cuidado, en los individuos tienen un tiempo específico y un espacio que varía desde los contextos y las percepciones de los sujetos.

Por tanto, la intervención de enfermería es un acompañamiento directo donde el profesional de enfermería potencia la autonomía y la toma de decisiones en el sujeto de cuidado de tal forma que éste desempeña un papel activo en su autocuidado y en su recuperación, elementos importantes para trabajar en la mejora de su calidad de vida.

La necesidad de cuidado del sujeto, muchas veces no es igual a la necesidad identificada y priorizada por el profesional de Enfermería. Por tanto, la observación de comportamientos verbales y no verbales permite tener un mayor conocimiento y entendimiento de la situación, ser más sensible y aceptar al sujeto, aun cuando lo que él exprese, vaya en contra del pensamiento del profesional.

El reconocimiento del sujeto de cuidado dentro de un contexto social, político, económico y cultural permitirá al enfermero(a), una intervención más acertada, donde el restablecimiento de la dignidad humana será una prioridad para el profesional. "Restaurar su dignidad significa ayudarlo a ser autónomo y crear un espacio en donde pueda resolver su propio cuidado, promoviendo su adaptación a las nuevas demandas de salud y de vida" (Duran, 2007, p. 45).

## 5.2 Metaparadigma de la enfermería

Hablar de la enfermería y de su objeto de estudio el Cuidado sin tener en cuenta conceptos como el ambiente/entorno, la salud, la persona sería desconocer el Metaparadigma de la Enfermería. (Término utilizado por Newman y otras teóricas como conceptos fundamentales para el desarrollo del conocimiento en Enfermería.

### 5.2.1 Ambiente/Entorno

El ambiente está constituido por las cosas que rodean al sujeto y por los espacios en los que se mueve el sujeto dentro de un territorio, es decir, la familia, el trabajo,

la institución educativa y la sociedad en general.

El ambiente para la persona se constituye en un limitante o un estímulo para la recuperación del individuo. La teoría de Florence Nightingale denominada la teoría del entorno (citada por Marriner & Alligood, 2011), contempla elementos como la iluminación, el agua, la ventilación y la calefacción, factores indispensables en el proceso de restauración de la salud.

Nightingale efectúa este planteamiento basado en sus trabajos de observación realizados con los habitantes ubicados en la periferia de la ciudad de Londres, donde se evidencia que las condiciones de vida de la población (hacinamiento, pobreza, falta de alimentos y desempleo entre otros) se constituyen en factores que tienen una incidencia negativa o positiva en el estado de salud de los individuos.

Esta afirmación de Nightingale en la actualidad cobra importancia por cuanto entre sujeto y ambiente/entorno (concepto que ha evolucionado para incluir los aspectos sociales, políticos, económicos y culturales, entre otros) se establece una interrelación directa que favorece o limita el desarrollo del individuo y determina la forma en que cada persona se inserta y participa de los procesos de la sociedad.

Autoras como Virginia Henderson, Martha Rogers y Katherine Kolcaba (citadas por Marriner & Alligood, 2011) plantean diferentes definiciones de entorno. Para Virginia Henderson el entorno son todos los factores externos que afectan el organismo y que las personas pueden modificar cuando se encuentran sanas; por su parte, Martha Rogers en su teoría de los seres unitarios define el entorno como un campo de energía irreductible y pandimensional, mientras que para Katherine Kolcaba el entorno es cualquier aspecto de la persona que puede ser manipulado por los profesionales de la enfermería o las Instituciones con el propósito de obtener la comodidad del sujeto de cuidado.

Es importante mencionar que a pesar de que el ambiente/entorno es uno de los conceptos que constituye el Metaparadigma de la enfermería, muchas de las denominadas teóricas de la enfermería no presentan una concepción explícita del mismo, en la postulación de su teoría.

### 5.2.2 Salud

El concepto de salud ha tenido diferentes significados a través del tiempo. En la evolución del concepto de salud desde la época primitiva hasta la actualidad, se encuentra una estrecha relación entre ésta concepción, con los procesos sociales, políticos y económicos de las poblaciones. Es así, como desde la variedad de conceptualizaciones de salud que se presentan, se requiere que las Instituciones Universitarias, encargadas de la formación de profesionales en enfermería, trasciendan el imaginario social, que la salud depende exclusivamente de los

estilos de vida saludable, para integrar los procesos sociales que vive la población, que se convierten en factores de riesgo para el desarrollo de sus enfermedades.

El concepto de Salud, se origina en una concepción mágico-religiosa que se da en la época primitiva, donde la enfermedad se produce como un castigo divino, se da por fuerzas sobrenaturales que no dependen del hombre. Dentro de ésta concepción de salud el individuo es un sujeto pasivo cuya recuperación depende principalmente de la acción del brujo, del chamán de la tribu o del hechicero.

Los avances en la ciencia en áreas como la anatomía, la fisiología y la química permitieron estudiar las causas de la enfermedad desde las alteraciones en el funcionamiento de los sistemas del cuerpo humano. Más adelante los estudios epidemiológicos realizados demostraron la importancia del ambiente en la transmisión de la enfermedad, por tanto el concepto se integró con el de enfermedad y se abordó teniendo en cuenta, el agente causal de la enfermedad, el huésped o persona que recibe el microorganismo y el ambiente. Concepto aún imperante desde la epidemiología clínica y conocido como la Triada ecológica.

Durante la revolución industrial, el crecimiento de las ciudades, el progreso en los sistemas de producción y el aumento en el uso de máquinas en las fábricas, trajo consecuencias sociales para la clase obrera y trabajadora; aunado a esto, las largas jornadas laborales, la falta de alimentación, la mala remuneración económica y el hacinamiento, se constituyeron en factores sociales causantes de la enfermedad.

En el año de 1946 la OMS (Organización Mundial de la Salud), define la salud "como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de la enfermedad" concepto que durante muchos años orientó las políticas en salud de los países y que amplió la perspectiva del concepto de salud a un enfoque bio-psico-social.

Años más tarde fueron cuestionados algunos de los términos utilizados en la definición de la siguiente forma: a-) **estado:** anula el concepto de salud como algo dinámico y cambiante, b-) **completo:** nunca existirá un individuo totalmente sano en todas sus dimensiones y c-) **bienestar:** es un término subjetivo que se define de manera diferente en cada uno de los individuos, al estar mediado por la percepción del sujeto.

En 1973 Laframboise desarrolla el concepto de campo de la salud donde establece una relación entre cuatro factores: estilo de vida, servicios de salud, herencia y ambiente. Este concepto fue desarrollado posteriormente por Blum y se conoció como el paradigma de Blum.

Esta definición acogida por los países, permitió el análisis de los cuatro factores; sin embargo, no abarcó la dimensión real del problema; por un lado se realizaron ajustes en la atención desde la ampliación de la cobertura del sistema sanitario, pero por otro, se atribuyó la responsabilidad de la enfermedad al individuo por su estilo de vida y sus características genéticas (herencia).

Años más tarde desde la epidemiología crítica surge el concepto de los determinantes sociales en salud, que se definen como aquellas condiciones en que las personas viven y trabajan, parte de un análisis individual a un análisis social, donde los contextos sociales y políticos se convierten en determinantes estructurales para el desarrollo del individuo, al generar una condición de vida y de salud específica que lo hace vulnerable. Paredes (2003) frente a esto expresa lo siguiente:

La posibilidad de creación y realización del hombre a nivel personal y social hace parte de la dignidad humana y la salud es básica para que el hombre pueda lograr su pleno desarrollo y expresar sus potencialidades creativas y productivas. La salud es inherente a la dignidad humana y por lo tanto hace parte de la realización integral de los derechos humanos, que es la que permite materializar la vida digna. (p. 30)

En la actualidad no se puede decir que existe un concepto de salud; la tendencia mundial aboga por el reconocimiento de aquellos factores que inciden en la misma y por fomentar en los individuos desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el control de aquellos factores de riesgo individuales y familiares que los puede llevar a enfermar; la estrategia es: fomentar los estilos de vida saludable y la escuela saludable.

### 5.2.3 Persona (Hombre-Ser)

Es un sujeto constituido por diferentes dimensiones que determinan en él una forma de ver, percibir e interpretar su realidad. El sujeto posee necesidades y potencialidades que le permiten promover el desarrollo de su ser.

Florence Nightingale en su teoría del entorno (citada por Marriner & Alligood 2011), daba a la persona una connotación de paciente. La enfermera por tanto debía ocuparse de manejar todos los factores del entorno que podrían afectar su recuperación. Jean Watson en su propuesta Filosofía y teoría del cuidado transpersonal (citada por Marriner & Alligood 2011), con relación al concepto de persona toma indistintamente diferentes concepciones como son: personalidad, ser humano y vida. De igual forma "considera la persona como 'una unidad de mente/cuerpo/espíritu/naturaleza'" (p. 99). Por su parte Margaret Newman (citada por Marriner & Alligood 2011), expone en su teoría Modelo de la salud como expansión de la conciencia que: "las personas se definen 'como centros de conciencia dentro de una pauta global de conciencia en expansión'" (p. 483) y Calixta Roy en su teoría de la adaptación (citada por Marriner & Alligood 2011), define las personas "como sistemas holísticos, adaptables" (p. 342).

En su mayoría las teóricas de la enfermería trascienden la concepción de la persona vista solo desde el ámbito biológico, para ubicarlo como un SER Social/ Cultural, como un Ser relacional/ o un sistema abierto que se construye a lo largo de su ciclo vital, en sus interacciones, relaciones o en las experiencias y estímulos recibidos de su entorno familiar social y comunitario y como un SER trascendente/espiritual

con conciencia y libertad para actuar y decidir sobre sí y sobre las experiencias negativas o positivas que le brinda su entorno.

Frente a estos acercamientos teóricos, la persona se reconoce como un sujeto único y autónomo con capacidad para tomar decisiones y ejercer la libertad para escoger su proyecto de vida. Proyecto en el que se entrelazan los valores, las actitudes, y las creencias, como elementos fundamentales para SER, ESTAR Y ACTUAR en su mundo.

Desde la antropología y la filosofía la pregunta sobre el hombre ha sido un tema trascendente. Para la enfermería el hombre por constituirse en el sujeto que recibe el cuidado es uno de los pilares fundamentales en su quehacer. Es así como la persona es un concepto que hace parte del Metaparadigma de la enfermería por cuanto, "la pregunta sobre la persona humana, remite al sentido de su existencia, su interioridad, por lo invisible de la persona (...) por el fundamento último de su ser, de su obrar, de su hacer, de su pensar". (Torralba i Roselló, 1998, p. 30)

La comprensión del ser humano remite a la comprensión de la naturaleza humana, este cuestionamiento sobre el hombre ha sido abordado por diferentes pensadores como K. Jaspers, Mounier y G. Marcel entre otros. La antropología filosófica contempla las diferentes perspectivas de otros discursos con relación al hombre y se considera un discurso crítico y dialógico por cuanto cuestiona e integra las aportaciones que se han realizado al respecto.

La actitud crítica es fundamental para progresar en el conocimiento de lo humano, pero la crítica debe realizarse desde la racionalidad, desde la argumentación. (...) También la antropología filosófica, tiene una naturaleza dialógica, pues solo a través del diálogo es posible progresar en el conocimiento de lo humano, pues en el diálogo se integran las perspectivas distintas y variadas sobre lo humano. (Torralba i Roselló, 1998, p. 37)

Desde la antropología la pregunta sobre el hombre se remonta a antiguos filósofos. La filosofía idealista de Platón considera que el hombre está constituido por el alma y el cuerpo, el alma es donde residen las ideas que es el mundo inteligible, es un mundo incorruptible, no cambia, mientras que el cuerpo es el mundo de lo sensible, de lo finito, del cambio; este mundo es el de los objetos físicos. De esta forma el hombre conoce por medio de los sentidos el mundo material, físico y las ideas por medio de la razón.

La edad media llega con una noción de hombre desde el plano religioso. El hombre es creado por Dios, por tanto el hombre es la imagen de Dios. Torralba i Roselló (1998), mencionan que: "La persona es, según el Aquinate, lo más perfecto y lo más digno que subsiste en la creación, porque su grado de participación en el ser es cualitativamente lo más profundo, rico y excelente que en cualquier otra criatura material" (p. 81). Es así como para Santo Tomás el alma es inmortal y se manifiesta a través del cuerpo.

Con el avance de la ciencia, con el surgimiento del método científico la noción de hombre cambia de un plano religioso a un plano racional. La revolución francesa y la promulgación de los derechos humanos dan un carácter especial a la libertad de las personas. Las personas se constituyen en el centro del universo y el plano religioso queda circunscrito a lo racional del hombre.

Esta pérdida de la religión sobre el dominio del hombre, no significa la pérdida del espíritu del mismo. Para algunos filósofos, la diferencia del hombre- animal radica en el espíritu y para otros en la racionalidad. Para Aristóteles el hombre es una animal racional, pero para Max Scheler desde la antropología filosófica como lo expone Torralba i Roselló (1998), la diferencia del hombre y el animal están en el espíritu, que se constituye en la esencia del hombre. "La propiedad fundamental de un ser espiritual, según Scheler, su independencia, libertad o autonomía esencial frente a los lazos, a la presión de lo orgánico (Torralba i Roselló, 1998, p. 88).

Por su parte, Jaspers ubica la noción de hombre más allá de esencialismo del ser humano, para éste autor el concepto de hombre no es algo finito que pueda limitarse, desde su postura existencialista y por encontrarse el hombre solo en el mundo, la angustia se convierte en uno de los conceptos centrales del autor.

El hombre, para Jaspers, deberá ser analizado como una pregunta por el ser, en cuanto este ser es existente. No se trata de preguntar desde un sujeto que objetiva su entorno considerando al ser humano como un objeto puro del conocimiento, tal como se desprende de un filosofar esencialista a la manera de Husserl, sino que, por el contrario, éste deberá ser comprendido como un ser o un estar en el mundo, en su existencia concreta, lo que es para sí y se encamina hacia su propia trascendencia. (Ivanovic & Zuvic, 2000, párrafo 1)

Martín Heidegger, (citado por Torralba i Roselló, 1998), manifiesta que el Dasein es el hombre, el ser. Esta palabra de origen alemán significa ser-ahí, es el hombre existencial que al igual que en Jaspers también se angustia por su ser y muere. Heidegger dice que el ser que se pregunta por el ser es el Dasein y esta pregunta se constituye en el eje central de su libro ser y tiempo, catalogada como una obra antropológica existencial y fenomenológica.

La angustia de Heidegger es el enfrentamiento del ser a sí mismo, al encontrarse en un mundo que no tiene cosas, que no tiene nada, es un momento donde su ser es la prioridad sobre su mundo. Para Heidegger hay dos formas de asumir el oficio de ser persona: "Uno puede vivir auténticamente, es decir enfrentándose al destino de su ser, a la angustia de la muerte. Pero uno puede vivir inauténticamente, es decir, eludiendo las grandes preocupaciones de orden filosófico que conlleva el existir humano". (Torralba i Roselló, 1998, p. 93)

En Francia con Gabriel Marcel se desarrolla una corriente existencialista de la esperanza opuesta a la Heidegger y Sartre que plantean un existencialismo desde la angustia y la desesperación, "la esperanza es ese principio misterioso que sitúa al

hombre en el ámbito de la trascendencia, que le pone en marcha hacia la meta que asegura la plena realización de su ser" (Urdanoz, 1978, p. 737).

El existencialismo de G. Marcel establece que: la conciencia del cuerpo y la experiencia sensible que se obtiene a través del mismo, permiten lograr una comprensión de la existencia, que abre el camino hacia Dios. De igual forma, esa comprensión que realiza el hombre de su existencia es lo que permite el reconocimiento de la existencia del mundo y de los otros. Por tanto su cuerpo es lo que lo liga a la existencia y es lo que denomina la existencia encarnada o encarnación. (Urdanoz, 1978).

El cuerpo según G. Marcel no es un instrumento o un objeto, no es algo exterior a él, pues en esta idea quedaría suprimida toda intimidad "al tratarlo como algo que yo tengo más que como algo que yo soy y a privarle de su función de 'mediación entre mí y el universo'" (Urdanoz, 1978, p. 721). De igual forma, la relación que se establece con los otros tiene una connotación de prolongación de su yo.

De esta manera, la existencia de los otros, se da en la experiencia de la encarnación, pero no en la relación con otro objeto sino con el tú, que contempla una relación de intersubjetividad y de comunicación. Por tanto la existencia del yo requiere de la existencia del otro (Urdanoz, 1978).

El carácter único e inefabilidad del yo se funda en la co-presencia del tú. Sin la presencia del otro, yo no soy un centro unificado; sería una posibilidad amorfa y no una actualidad. Lo que a mí me hace ser un yo singular es la presencia del tú, sin cuyo influjo no puedo estar presente a mí mismo como un ser único, como conciencia personal. (Urdanoz, 1978, p. 728)

Es así, como a través del tiempo se evidencia que esencia y existencia son el referente definitorio del concepto hombre. La esencia muy relacionada con lo que es el hombre y la existencia como punto de origen del ser. Pero esta concepción dualista de hombre constituido por cuerpo-alma o cuerpo-espíritu es superada por una visión unitaria propuesta ya por Santo Tomás en la edad media, donde el espíritu y la materia son indisolubles.

Siguiendo esta corriente de pensamiento unitaria del hombre y definiéndolo como persona, surge la filosofía personalista contemporánea que aboga por resaltar la dignidad humana; uno de sus exponentes Emmanuel Mounier. Aunque Mounier no dio una definición concreta de lo que es persona en su obra el Manifiesto al servicio del personalismo expone "Una persona es un ser espiritual constituido como tal por una forma de subsistencia y de independencia en su ser". (Urdanoz, 1985, p. 369-370)

En el personalismo, la noción de persona va más allá de la nominación de individuo (materialismo), el hombre como persona es la prioridad sobre los objetos materiales y sobre su bienestar personal, el hombre tiene valores y un valor prioritario es

el compromiso, vive en comunidad y se comunica. Mientras que el individuo es egocentrista, se deja dominar por las cosas materiales y vive en masa hasta el punto que se deshumaniza.

El personalismo de Mounier va en contra del materialismo que promulga el individualismo y del idealismo que reduce la corporeidad a una forma del espíritu. Espíritu y cuerpo son dos elementos constitutivos, totales e irreductibles en la persona de Mounier. Por tal razón, plantea la trascendencia espiritual y la trascendencia metafísica donde "La defensa de la persona, el respeto a su dignidad, la reivindicación de una sociedad y de una política al servicio de la persona humana constituyen los tópicos fundamentales de la filosofía personalista" (Torralba i Roselló, 1998, p. 94).

Mounier destaca la persona en cuatro aspectos fundamentales: la encarnación, la vocación, la comunicación y la trascendencia. La encarnación se refiere a que el hombre está arraigado en el mundo (...) la corporeidad es la primera forma de arraigo del ser humano en la historia.(...) Vocación significa llamada y el ser humano es un ser con vocación, es decir, llamado a desarrollar un proyecto existencial con su vida (...) la persona se describe como un ser radicalmente comunicativo que crece y se desarrolla a partir de la comunicación con sus semejantes(...)y la doble trascendencia, la trascendencia espiritual, de la persona sobre la naturaleza; y la trascendencia metafísica de la persona sobre sí misma.(Torralba i Roselló, 1998, pp. 94 y 95)

Pero dentro de los aspectos fundamentales Mounier destaca la libertad como una categoría fundamental por cuanto es lo que identifica la trascendencia de la persona hacia Dios. Pero el personalismo de Mounier abarca no solo a la persona en su valoración sobre la dignidad humana sino que proyecta su filosofía a la comunidad.

#### 5.2.4 Enfermería

El ejercicio de la Enfermería se reglamenta en la Ley 266 de 1996 y en la Ley 911 de 2004. La Ley 266 reglamenta la Enfermería en Colombia y la Ley 911 establece la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la Enfermería. En su Capítulo II artículo 3 la Ley 266 define la enfermería como:

La Enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la Salud y en el bienestar. Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías. Tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para

mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida. (Ley 266 de 1996, Art. 3)

Por otra parte el Consejo Internacional de Enfermería- CIE la define como:

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. (CIE, s f, párrafo 1)

La enfermería ha estado ligada al desarrollo histórico, social, cultural de los países, a los paradigmas científicos, a la evolución del concepto de salud-enfermedad y a la concepción del hombre.

Para entender qué es Enfermería, qué valores orientan la profesión y la naturaleza de sus fundamentos para la práctica, se requiere de un amplio campo de conocimientos que emana de las perspectivas humanísticas y científicas. El cuerpo de conocimientos que sirve de fundamento para práctica tiene patrones, formas y estructuras que dan expectativas a los horizontes de la disciplina. (Durán, 2001, p. 26)

Desde la década de los 50, diversas enfermeras norteamericanas y canadienses, han aportado conceptualizaciones sobre lo que es la enfermería para comprender la esencia de la misma y con el propósito de construir un conocimiento aplicable a la práctica que permita la consolidación de su identidad profesional.

El concepto de enfermería formalizado en la Teoría de Enfermería como Cuidado propuesta por Boykin y Schoenhofer, plantea que el reconocimiento del cuidado como centro y fundamento de la enfermería implica que cada enfermera crezca y viva situaciones de enfermería. "El papel de la enfermería es conocer a las personas durante el cuidado, apoyarlas y reconocerlas como personas cuidadas". (Marriner & Alligood, 2011, p. 405)

Algunas de las autoras mencionadas anteriormente, han realizado aportes a la profesión con sus postulaciones teóricas; éstas han sustentado y orientado el ejercicio de la enfermería y la práctica profesional; sin embargo también han surgido propuestas filosóficas como la de Jean Watson cuyos planteamientos en la comunidad académica se constituyen en una filosofía de la enfermería.

Watson (citada por Marriner & Alligood, 2011), expone en las enfermeras cuidan la salud y la enfermedad, la experiencia humana, el fomento, el restablecimiento de

la salud y la prevención de la enfermedad. Su teoría aboga por trascender las técnicas utilizadas en la práctica, que se constituyen en el estado de la enfermería a una esencia de la enfermería que se traduce en el resultado terapéutico incluido en el cuidado transpersonal.

Watson con sus propuestas teóricas incluye no solo una formación humanística en valores sino el uso del proceso de enfermería como el aporte científico que permite la identificación, organización y priorización de las necesidades de enfermería identificadas en los sujetos de cuidado.

La enfermería como un conjunto de conocimientos incluye: la ciencia, el arte, la filosofía, la ética del cuidado humano, que se organiza y expresa socialmente con identidad singular, en un complejo campo de conocimientos, de intervención y de responsabilidad social.

## 5.3 La enfermería y sus diferentes concepciones

### 5.3.1 La enfermería como Ciencia

La enfermería en la actualidad puede definirse como una disciplina y una ciencia. La enfermería en su evolución transitó desde la nominación de vocación (que se perpetuó durante muchos años) hasta la década de los 50 que es considerada la etapa donde se inicia su construcción como disciplina profesional.

El inicio de la enfermería como una vocación estableció unos lineamientos frente al cuidado de los enfermos, centrados en la actitud de ayuda al ser humano cuyo origen se da en la motivación interna del cuidador para el buen ejercicio de su labor. Situación que no requería de conocimientos científicos sino de un compromiso altruista de orden moral, individual y/o social.

Los avances en la ciencia, los cambios en los paradigmas científicos, la noción de hombre y el quehacer del médico evidenciaron la necesidad de sustentar el cuidado de enfermería desde un conocimiento científico, intencionalidad que coincide con la propuesta filosófica de Florence Nightingale. No obstante para la enfermería, la transición de vocación a profesión no se presenta como un corte contundente frente al quehacer de la profesión; por el contrario, lo que se observa es el surgimiento de un cuidado mediado en una interacción entre vocación y profesión cuyo propósito es la consolidación de la enfermería como una ciencia autónoma.

Para Torralba i Roselló (1998),

Una realidad autónoma, es precisamente, una realidad que tiene una ley propia, es decir, que se regula desde sí misma y no de modo extrínseco. En este

sentido una disciplina es autónoma cuando tiene una propia metodología, su propia legalidad y no depende de otra. (...) Todas las disciplinas en las ciencias de la salud están íntimamente relacionadas entre sí y dependen fundamentalmente unas de otras, pero no significa que no exista una cierta autonomía disciplinar entre ellas. (p. 18)

Es la búsqueda de la identidad y autonomía profesional, lo que ha permitido a los profesionales de enfermería reflexionar sobre lo que es la enfermería y sobre la demarcación en el desempeño de funciones y cuando se habla de demarcación no se pretende "no hacer más allá de lo que toca", sino en la capacidad para centrarse, en su objeto de estudio que es el cuidado y en todo aquello que implica un acto de cuidado o una intervención de enfermería. Como lo mencionaba Torralba i Roselló en la cita anterior, las disciplinas de las Ciencias de la salud están relacionadas entre sí; no obstante, si se retoma el contexto histórico más que la interrelación entre la Medicina y la enfermería el proceso que se dio, fue de interdependencia lo que limitó el desarrollo de la autonomía, la identidad y el establecimiento de un sustento científico de la profesión de enfermería como disciplina independiente.

Enfermería y Medicina son dos profesiones que han estado unidas, por cuanto su fin (el restablecimiento de la salud) y su sujeto de intervención (el ser humano) se comparten en el desempeño profesional. La diferencia radica en el propósito de las acciones: la del médico es la curación y la de enfermería es el cuidado. Esta diferencia establecida en la actualidad es lo que permite y motiva a los profesionales de la enfermería a la construcción científica de la profesión, centrada en el estudio del cuidado desde los fenómenos humanos.

Por tanto, entender que cuidar la salud de los individuos no solo depende del conocimiento científico sino que incluye otros elementos intangibles que hacen parte de la ciencia de la enfermería, lleva a entender la afirmación que realiza Torralba i Roselló (1998) cuando manifiesta que la enfermería debe superar el dilema entre sabiduría vs ciencia y lo expresa así:

En la praxis de la enfermería la noción de sabiduría es fundamental, pues el ejercicio del cuidarnos solo requiere de unos adecuados conocimientos científicos, sino sobre todo requiere sabiduría. (...) La sabiduría se refiere, según el punto de vista de Aristóteles, a un conocimiento global e integral de la realidad. El sabio no conoce una parcela de la realidad, un microcosmos, sino que tiene una visión transversal del mundo. (p. 20)

De ésta forma, la enfermería considerada como ciencia ha construido a través del tiempo un cuerpo de conocimientos teóricos que sustentan su ejercicio y su práctica profesional, en el cuidado de la vida humana. "En la praxis de la enfermería es absolutamente necesario articular una sabiduría sobre el hombre y su circunstancia y, precisamente en esa dirección va orientada la Antropología Filosófica" (Torralba Roselló, 1998, p. 21).

La construcción de conocimiento en enfermería tuvo su origen en la experiencia y posteriormente ligado a la práctica instrumental, al enfoque biomédico de su quehacer y a la validación de su conocimiento empieza a tomar como referente el enfoque positivista. No obstante, con la evolución de las prácticas de enfermería y en la búsqueda de la autonomía profesional, el abordaje del cuidado cambia, contemplando otros enfoques como el hermenéutico y el crítico-social, en el propósito de visibilizar el sentido humano, eje central en torno al cual gira la relación de cuidado. Frente a ésta premisa Durán (2001) expresa lo siguiente:

El conocimiento de Enfermería ha evolucionado desde un conocimiento empírico, intuitivo y técnico a un conocimiento científico, es así como hasta el año de 1950 la práctica de la Enfermería se basaba en un compendio de principios y aprendizajes derivados del sentido común y de los años de experiencia práctica. En ésta década teóricas Norteamericanas como Hildegard Peplau y Faye Glen Abdellha inician sus primeras conceptualizaciones "enmarcadas en modelos tomados de otras disciplinas, lo que se atribuye a la ausencia de modelos propios y a la necesidad de apoyo científico para la sustentación del avance conceptual de Enfermería". (p. 44)

La enfermería requiere del conocimiento científico y éste surge de la observación y la investigación de su quehacer profesional, las intervenciones de enfermería no pueden planearse sin el análisis de las situaciones específicas de cada sujeto de cuidado, por tanto, es indispensable identificar no solo el conocimiento teórico sino los valores y las creencias de los individuos para visibilizar la naturaleza humana del cuidado.

Con el desarrollo de las teorías en enfermería, los modelos de enfermería fueron designados como paradigmas. "Los paradigmas (modelos) prevalentes ofrecían distintas perspectivas para la práctica, la administración, la educación, la investigación y el desarrollo posterior de las teorías enfermeras". (Marriner & Alligood, 2007, p. 6). De igual forma, éstas teorías constituidas como paradigmas permitieron que la enfermería fuera vista como una disciplina profesional, por cuanto, como disciplina ya contaba con el dominio de un cuerpo propio de conocimientos y como profesión tenía un propósito específico que era el cuidado de la vida y de la salud.

De igual manera una disciplina se caracteriza porque tiene una manera específica de ver los fenómenos propios que sustentan su quehacer y fundamentan su objeto de estudio y como lo expresan Potter & Perry, (s, f):

Dentro de cualquier disciplina científica hay componentes específicos del dominio. Un dominio es la perspectiva al territorio de la disciplina. El dominio contiene sujeto, conceptos centrales, valores y creencias, fenómenos de interés y problemas centrales de la disciplina. Los componentes del dominio de una disciplina se describen en un paradigma. Un paradigma es un término utilizado para significar las conexiones entre ciencia, filosofía y teoría que acepta una disciplina. (p. 91)

Frente a ésta concepción planteada por las autoras, la enfermería identificó su Metaparadigma en cuatro conceptos que son: Persona, Salud, Ambiente/Entorno y Enfermería. Algunas teóricas de la enfermería llegaron al consenso que la definición del Metaparadigma en Enfermería se constituiría en el marco de referencia para el desarrollo de la ciencia de la enfermería. Pero, desde otro ángulo, la enfermería también es filosofía "en cuanto inquisición y pregunta constante sobre la existencia humana, sobre sus vicisitudes y trascendencia y porque indaga y reflexiona sobre los fundamentos ontológicos, éticos, teleológicos y epistemológicos del cuidado". (Malvarez, 2007, p. 10)

Algunas de las influencias filosóficas identificadas y desarrolladas por las teóricas de la enfermería frente al cuidado son: el existencialismo, la fenomenología y el humanismo. Esto no quiere decir que con ellas se niegue la existencia de otras influencias desde otras áreas del conocimiento. Para el Grupo de Cuidado (1998), cada una de estas influencias mencionadas anteriormente, aportan al cuidado de enfermería de la siguiente forma:

El existencialismo reconoce la esencia del hombre, lo primero en la existencia es él mismo y su libertad, también contempla al ser humano en su soledad y el cuestionamiento sobre su ser y su razón de ser. En la fenomenología el hombre no es se hace en sus experiencias personales y en el humanismo el hombre está en la búsqueda de su razón y su existencia. (p. 12)

El conocimiento de enfermería, por tanto, no puede suscribirse a un solo paradigma; requiere de la integración de enfoques cuantitativos y cualitativos que permitan abordar la objetividad y la subjetividad del cuidado. La objetividad relacionada con técnica y el procedimiento y la parte subjetiva evidenciada en la relación humana que se establece entre el sujeto de cuidado y el cuidador. De igual forma, Carper (citada por Durán de Villalobos 2001), afirma que la enfermería tiene cuatro patrones de conocimiento: el conocimiento empírico, el conocimiento de lo ético, el conocimiento personal y el conocimiento de lo estético, cada uno de ellos sustenta el cuidado de enfermería.

El patrón empírico corresponde a la Ciencia de la Enfermería. El conocimiento se organiza en leyes generales y teorías que tienen como propósito describir, explicar y predecir fenómenos concernientes a la disciplina de Enfermería. La Enfermería busca no solo describir y clasificar sino realizar análisis teórico que de razón a los hechos observados (Duran, 2001).

La enfermería vista como una ciencia ha llevado a la incorporación del método científico como una herramienta de validación del saber y a determinar los conceptos que se consideran metaparadigmáticos para el ejercicio de la profesión (definidos anteriormente: enfermería salud, ambiente/entorno y persona). Estos conceptos metaparadigmáticos definen la profesión y se constituyen en un referente teórico para la construcción de conocimiento en enfermería. La enfermería, se encarga del cuidado de la salud de las personas en ambientes y entornos específicos. No

obstante, las postulaciones realizadas por diferentes autoras frente a lo que es la enfermería y su objeto de estudio el cuidado, han sido desarrolladas dando prioridad a alguno de estos conceptos metaparadigmáticos, con la utilización de diferentes abordajes investigativos como son: el positivismo, el hermenéutico y el crítico social.

En resumen, la definición de la Enfermería como Ciencia tiene su origen inicialmente en la construcción del conocimiento que se gestó a partir de investigaciones que utilizaron métodos cuantitativos y que fueron sustentadas en el paradigma positivista, no obstante, en su proceso de evolución se observa, cómo durante ésta última década se ha impuesto el uso de métodos cualitativos, que utilizan el enfoque hermenéutico-interpretativo. Por tanto, desde el estatuto epistemológico, es importante establecer y enseñar a los profesionales en formación el uso de métodos cualitativos y cuantitativos por el aporte que tiene cada uno de ellos, en la consolidación de un cuerpo de conocimientos propio de la enfermería.

### 5.3.2 La Enfermería como Arte

La definición de enfermería como arte, desde los patrones conocimiento (mencionados anteriormente) correspondería al patrón estético, Carper (citada por Durán de Villalobos 2001) ha conceptualizado el patrón estético, como el arte de la Enfermería. En éste patrón se contempla: la forma de brindar cuidado, las acciones, las actitudes, la relación que se establece con los pacientes, las interacciones que desarrolla la enfermera en respuesta a la persona. El patrón estético no es un conocimiento lineal, es el producto de percepciones individuales y de los atributos que caracterizan a cada individuo. A su vez, permite sentir el significado del encuentro al establecer la interacción con el sujeto de Cuidado. La dimensión estética de simbolización está dada por la representación, entender por la interpretación y la dimensión creativa por la imaginación.

Si bien es cierto que la enfermería debe sustentar su quehacer en el conocimiento científico, la esencia de la enfermería se da en una relación entre sujetos y en una realidad concreta donde los sentidos y la intuición permiten identificar no solo datos objetivos sino subjetivos (necesidades humanas) del sujeto de cuidado. Por tanto, la enfermería como arte se constituye en la creación diaria y en la reconstrucción del SER.

El arte de la enfermería contempla modelar el cuidado de acuerdo a las vivencias y experiencias de los sujetos, implica reconocer y comprender las características individuales y particulares; solo de esta forma tendrá sentido la planeación de un cuidado de enfermería integral.

Esta connotación que denota el arte de la enfermería, de modelar el cuidado, es expuesta por Florence Nightingale en su libro Notas de Enfermería cuando menciona que la enfermedad es un proceso reparador que se obstaculiza cuando no existe el suficiente conocimiento o hay una falta de observación frente a los

síntomas del paciente. Es así como el arte de la enfermería para Nightingale, es ayudar en ese proceso reparador y lo expresa así:

Si se nos pregunta: ¿Es tal o cual enfermedad un proceso reparador? ¿Puede tal enfermedad no ir acompañada de sufrimiento? ¿Podría prevenir algún cuidado que tal paciente sufra esto o aquello? Yo digo humildemente que no lo sé. Pero cuando haya suprimido todo aquel dolor y sufrimiento que en los pacientes son los síntomas, no de su enfermedad, sino de la ausencia de los ya mencionados elementos esenciales para que se realice el proceso reparador de la Naturaleza, entonces sabremos cuáles son los síntomas de la enfermedad y los sufrimientos que les son inseparables. (Nightingale, 2005, p. 3)

Años más tarde, en la década de 1960 con la propuesta teórica realizada por Virginia Henderson sobre las necesidades humanas y su planteamiento frente a la función de la enfermera centrada en ayudar a la persona a recuperar su salud, nuevamente se afirma la importancia de considerar el arte de la enfermería. Virginia Henderson (citada por Marriner & Alligood, 2011) centró su postulación en las 14 necesidades humanas. Estas 14 necesidades humanas son:

- \*Respirar normalmente.
- \*Comer y beber adecuadamente.
- \*Eliminar los desechos corporales, moverse y mantener posturas deseables. Dormir y descansar, seleccionar ropas adecuadas vestirse y desvestirse.
- \*Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.
- \*Evitar peligros del entorno y lesionar a otros.
- \*Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, miedos y opiniones. Rendir culto según la propia fe.
- \*Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro. Jugar o participar en diversas formas de ocio.
- \*Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles. (p. 56)

La enfermería como arte supone la valoración de las diferentes dimensiones del individuo en lo físico, espiritual, social, en su historicidad como ser único. Por tanto, el quehacer de la enfermería no es algo predeterminado y generalizado a todos los sujetos, requiere de la habilidad y sensibilidad del profesional de enfermería para intervenir situaciones de salud que producen alteraciones fisiopatológicas iguales, con necesidades y respuestas específicas para cada sujeto de atención.

El arte de la enfermería consiste además en esa habilidad para encontrar significado a los hallazgos obtenidos por la observación y la recabación de datos. Encontrar significado expresa aquí el proceso de aquellas cosas que

pueden sentirse, observarse, escucharse, palpase, de manera objetiva pero que incluyen una interpretación personal de los eventos y emociones compartidas con el usuario del servicio de salud y la familia. (Zamuner, s f, p. 3)

La interpretación de las expresiones no verbales en una relación de cuidado se constituye en una forma de diálogo, donde las expresiones más profundas del sujeto de cuidado emergen desde su interioridad permitiendo observar su vulnerabilidad como ser humano. El diálogo para Torralba i Roselló (1998), es un encuentro de presencias que trasciende la corporeidad y lo amplía así:

Dos seres que dialogan establecen una complicidad cuyo centro de gravedad es la interioridad, es decir, el espacio invisible del ser humano, donde se engendran los pensamientos, las ideas, los sentimientos, las expectativas y las esperanzas. En este sentido el diálogo es un acontecimiento del espíritu y precisamente, por ello, es un fenómeno estrictamente humano y solo humano. (Torralba i Roselló, 1998, p. 335)

De acuerdo con las diferentes perspectivas mencionadas anteriormente, que definen la enfermería como (ciencia, arte y ética del cuidado) no se podría decir que puede circunscribirse a una de ellas, por cuanto su quehacer centrado en su objeto de estudio que es el cuidado, integra cada una de estas perspectivas. No solo contempla el desarrollo de un cuerpo de conocimientos específicos, sino que tiene implícitas unas formas de acercamiento a las realidades del ser humano.

### 5.3.3 La Enfermería como Ética del Cuidado

La ética se relaciona con el deber ser, con las reflexiones sobre lo que es el bien y lo que es el mal. Ética y moral son dos conceptos diferentes. La ética es la disciplina que fundamenta y reflexiona sobre las normas morales. Mientras que la moral se relaciona con las acciones y la conducta humana, con lo que se debe y no se debe hacer.

“Ética” proviene del vocablo “éthos”, que significa “carácter”, “modo de ser”, similar a otra palabra griega que se traduce por “hábito” o “costumbre”. Entonces, ética sería el modo de ser que la persona adquiere para sí misma, a lo largo de su vida, asociada a determinadas acciones con características de hábitos. (Frayle, 2002, p. 10)

La moral surge de la vida social, de lo que es aceptado por un grupo específico de personas que comparten una cultura, una forma de vida, mientras que la ética surge del interior del individuo y de lo que él ha establecido para su propia conducta; es una reflexión personal que permite tomar decisiones. El cuidado y la ética desde sus orígenes han evolucionado de manera paralela a las concepciones que en diferentes épocas determinaron el quehacer de la enfermera. El inicio de la enfermería como una vocación y la influencia perseverante de las diferentes órdenes

religiosas determinaron una práctica desde la moral, de la mujer buena, de la mujer virtuosa. No obstante, para ser una mujer virtuosa era necesario desarrollar ciertas virtudes, una de ellas la compasión.

Es así como el cuidado visto como una vocación (en épocas antiguas), requería de la virtud de la compasión. La compasión vista desde dos puntos de vista. Uno de ellos, desde el cumplimiento moral y religioso (como ofrenda de amor a Dios) y el otro, desde la perspectiva de aquella capacidad de colocarse en el lugar del otro, de entender el sufrimiento del ser humano y de servir de apoyo durante la fase de la enfermedad.

Con relación a la virtud, Sócrates desarrolla los conceptos del bien y la virtud. El bien "es un conjunto de bienes regulado por la razón, de cuyo conjunto resulta una vida feliz" y la virtud "es ante todo un saber, un conocer lo que es útil y lo que es perjudicial para poder obrar en consecuencia" (Fraile, 1976, p. 261) pero para poder realizar un buen uso de los bienes, éstos deben estar regidos por la sabiduría.

Para Aristóteles el bien y el ser se relacionan, por cuanto a cada ser corresponde un bien y este a su vez, se relaciona con la naturaleza del mismo. "El bien como el ser, no es una entidad subsistente y universal, sino una realidad que se encuentra esparcida analógicamente en todas las categorías del ser" (Fraile, 1976, p. 517.), pero el hombre está constituido por cuerpo y alma y en el alma vive la virtud.

Es así, como Aristóteles para explicar los conceptos de bien, virtud y felicidad se centra en la vida del hombre, en la práctica cotidiana; el hombre a lo largo de su vida cumple con una serie de fines que se van convirtiendo en medios, hasta llegar a la felicidad que es su fin último; por tanto, conseguir la felicidad requiere de un esfuerzo continuo del hombre y de la práctica de la virtud.

La virtud no es algo inherente a la naturaleza del hombre, sino que es algo que el hombre va adquiriendo con la práctica del obrar bien, con la repetición de actos buenos, por tal razón, la virtud es un saber sobre los actos humanos, de acuerdo con Aristóteles la virtud es parte de la racionalidad, (Fraile, 1976). "La virtud reside en el alma, pues necesita conocimiento, deliberación y libertad para regir la actividad humana". (Fraile, 1976, p. 523). De tal forma que "toda acción humana está orientada hacia la consecución del bien". (Fraile, 1976, p. 516.) Y los actos humanos en Aristóteles están ligados a la voluntad y a la razón.

No solo el hecho de obrar bien significa que el hombre ya es virtuoso; se requiere del esfuerzo, de la elección y de la deliberación, de la inteligencia y de la voluntad. "Sin lucha y sin esfuerzo no es posible lograr la firmeza que caracteriza la posesión (hábito) de la virtud". (Fraile, 1976, p. 524.).

La virtud propiamente, no es ni una pasión ni una facultad del alma, sino que es un modo ser, es decir, una manera de estar en el mundo que se caracteriza por la capacidad de aceptar el ritmo de la realidad y el tiempo del otro. (Torrallba i Roselló, 2002, p. 24)

En la época de la modernidad, Kant, en su obra *Crítica de la razón práctica*, expone todo lo que para él significa la Ética. La Ética para Kant es formal, lo que significa que debe ser racional, y universal; a diferencia de otros autores no debe decir qué hacer sino cómo actuar, ni debe perseguir un fin, (como lo exponía Aristóteles), sino que el fin en sí mismo es el deber.

La Ética de Kant ha sido catalogada como una Ética Deontológica por cuanto la acción del hombre es moral cuando lo hace por deber; por tanto, el deber es el móvil que guía la acción humana y sería un acto moral bueno, libre de cualquier intencionalidad. Por su parte “la razón, en tanto capacidad práctica, tiene como propósito producir una voluntad buena en sí misma;(…). El cometido de la razón es realizado a través del concepto de deber, el cual ilumina la posibilidad de la voluntad de ser Buena”. (Gachamá, 2010, p. 180)

La ética del cuidar, como lo indica Torralba i Roselló va más allá del cumplimiento de unos principios morales que aplican los diferentes profesionales en el área de la salud y que se observan como parte del deber moral que se debe tener al prestar atención a los seres humanos. En el ejercicio del cuidar, propio de los profesionales de la enfermería, se precisa desarrollar un modo de ser que no se origine solamente en el deber ser.

En la praxis del cuidar, el cultivo de las virtudes es fundamental, pues el cuidar es un ejercicio que requiere unos hábitos y unos caracteres de orden moral. Para cuidar a un ser humano vulnerable no basta con los principios morales de beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia, la tetralogía básica de la ética biomédica, sino que se requiere una disposición una actitud, un temple anímico que debe perdurar en el tiempo. (Torralba i Roselló, 2002, p. 22)

La enfermería lleva implícita la Ética de cuidar, pues se cimenta sobre su objeto de estudio el cuidado en un contexto ético donde el sujeto se constituye en un Ser Humano integrado por diferentes dimensiones que deben ser contempladas. Ética y Enfermería son conceptos inherentes al cuidado humano y al acto del cuidado. Esta relación no ha sido estática a través del tiempo sino que ha evolucionado y ha estado permeada por factores económicos, políticos, sociales y religiosos.

Por tanto el ejercicio de cuidar no se precisa en la ejecución de actividades puntuales, sino que requiere de un proceso reflexivo y de reconocimiento del otro que tenga como propósito la preservación de la vida y de la dignidad humana. La ética del cuidado considera que el cuidado no incluye sólo las actividades que realiza la enfermera sino cómo realiza cada uno de los actos de cuidado, es decir la forma, los motivos por los que los realiza y las relaciones que establece con el sujeto de cuidado, parte del reconocimiento de la existencia del otro.

La enfermería como ética del cuidado incluye desde los patrones de conocimiento el patrón personal y el patrón ético. El patrón personal definido por Carper y (citada por Durán de Villalobos 2001) “conciene a la experiencia interna propia y

al convertirse en un todo consciente de sí mismo. A través del conocimiento de sí mismo la persona es capaz de relacionarse con un ser humano" (p. 31), se expresa en la personalidad. Chinn y Jacobs, (citados por Durán de Villalobos, 2001) expresan que: "la dimensión simbólica del conocimiento personal es experimentar la apertura a la vida y al ser; ubicarse en la dimensión de entender y envuelve la contemplación e introspección que dan sentido a la experiencia". (p. 31)

El patrón ético es el conocimiento moral e influye en las decisiones que deben tomarse en diferentes contextos. Carper (citada por Durán, 2001) menciona que:

El patrón de conocimiento ético en Enfermería se enfoca en aquellas materias de obligatoriedad o relacionadas con lo que debe hacerse. El conocimiento de la moralidad va mucho más allá del simple conocimiento de normas de ética y disciplinarios. Incluye todas las acciones voluntarias que están sujetas al juicio de la corrección o incorrección, del bien o el mal, incluyendo juicios de valor moral referentes a motivos, intenciones y rasgos de carácter. (p. 32)

La inclusión de estos patrones de conocimiento dentro de la ética del cuidar develan que el profesional de enfermería debe tener una claridad frente a su responsabilidad del cuidado, por cuanto las percepciones y sentimientos pueden interferir en la generación de respuestas adecuadas frente a la solicitud de cuidado. Por tanto, uno de los aspectos fundamentales de la ética del cuidado es la premisa de que se cuida lo humano desde su dimensión interna hasta su corporalidad.

La ética del cuidado en la sociedad actual requiere desligarse de los contextos dogmáticos que estuvieron presentes durante su proceso evolutivo y que marcaron el ejercicio de la enfermería como una imposición obligatoria heredada por las mujeres. Para Torralba i Roselló (2002), en el contexto actual de desacralización y en un proceso acelerado de secularización es posible establecer un punto de encuentro que se da en la racionalidad, como lo manifiesta a continuación:

Desde nuestro punto de vida, la experiencia ética se relaciona directamente con la experiencia del deber (I. Kant) y con la experiencia de la felicidad (Aristóteles), pero ambas se comprenden en el marco de la experiencia de la alteridad (E. Levinas). La ética trata del deber o mejor dicho de los deberes (en plural) que los humanos tenemos respecto a los otros humanos y respecto a la naturaleza. (p. 11)

Kant (citado por Torralba i Roselló, 1998) exponen que la experiencia del deber se constituye en el impulso del discurso ético "es la experiencia fundante de la conciencia moral" y desde Aristóteles se relaciona "con la esperanza de la felicidad" (pp. 12-13). Visto de esta forma la ética del cuidar no solo debe observarse desde la moral del sujeto sino que requiere de una motivación individual cuyo propósito sea el cuidado de sí mismo y el cuidado del otro.

Kant (citado por Valverde, 2002) manifiesta en su libro *La fundamentación de la Metafísica de las costumbres*, que la Moral Kantiana es personalista, al enunciar su imperativo categórico "Obra de tal modo que trates a la humanidad tanto en tu persona, como en la de los demás, siempre como fin, nunca simplemente como un medio" con ésta máxima Kant presenta una exaltación a la libertad, a la dignidad humana y a su libertad.

La ética del cuidar va implícita en cada una de las intervenciones de enfermería; no requiere de una programación de actividades estandarizadas, sino que éstas, se derivan de las necesidades humanas. De igual forma, las respuestas por parte del cuidador deben tener en cuenta que en la condición humana es fundamental el equilibrio entre la razón y la emoción.

En la ética del cuidar es necesario superar el modelo racionalista deductivo, pero también es fundamental rehuir el mero sentimentalismo. Este discurso ético debe instalarse en el punto medio, en el lugar equilibrado, pues en el ejercicio del cuidar el cálculo racional de las posibilidades es fundamental, pero también lo es la praxis del sentimiento, la proximidad, la empatía con el enfermo. (Torralba i Roselló, 2002, p. 19)

Esta proximidad con el sujeto de cuidado implica el establecimiento de una relación de confianza y de una comunicación bidireccional, donde la expresión libre de sentimientos por parte del sujeto enfermo se convierta en un ejercicio que permita la expresión de emociones, pensamientos y sentimientos que surgen del yo interior del sujeto de cuidado y que son un punto de referencia para brindar el cuidado de enfermería.

Para escuchar a alguien, sea quien fuere, es necesario vaciar fuera de sí los propios relatos, argumentos y proyecciones. Solo es posible escuchar atentamente, si el cuidador se esfuerza por acallar sus voces interiores, sus problemas de orden personal, sus fijaciones de orden psicológico (...) escuchar atentamente es una tarea ética, pues revela la importancia del otro, manifiesta la trascendencia del otro y cuando el otro, sea quien fuere, próximo o lejano, es atendido y escuchado, entonces se da la experiencia ética. (Torralba i Roselló, 2002, pp. 103-104)

Torralba i Roselló. (2002) plantea que la escucha se convierte también en una virtud, por cuanto, debe cultivarse como un hábito en los profesionales de enfermería. La escucha atenta implica una relación hablar - escuchar, lo que se constituiría en un diálogo; solo si se observa esta situación el sujeto de cuidado encontrará sentido a la relación de cuidado.



**SEGUNDA PARTE**  
**METODOLOGÍA**

# CAPÍTULO VI

## 6. Metodología y diseño de la investigación

### Introducción

En ésta segunda parte, se presenta el recorrido seguido en la investigación para el desarrollo de esta tesis doctoral. La metodología utilizada, tiene en cuenta cada uno de los pasos que contempla la Teoría Fundamentada para la obtención, recolección y análisis de datos. Es así como posterior a la descripción del problema y al planteamiento de los objetivos propuestos que guiaron el desarrollo de ésta tesis, se encontrará una explicación paso a paso, para entender el proceso metodológico.

**Gráfico 2.** Marco metodológico.



**Fuente:** Lorena Martínez Delgado, 2012.

### 6.1 Justificación de la investigación

La justificación de ésta investigación, retoma algunos elementos, factores y razones, que se evidencian en el desarrollo y que llevan a concluir en cada uno de los capítulos; que si bien, se han realizado acercamientos para establecer el estatuto epistemológico de la enfermería; éstos argumentos científicos, socio humanísticos, éticos y filosóficos, no están consolidados; ni se han hecho lo suficientemente explícitos; ni son aplicables a nivel mundial, para orientar los procesos de formación y el ejercicio profesional.

El marco teórico presentado en la primera parte, ha tenido como propósito sustentar la importancia de esta tesis doctoral. Desde el estado de la cuestión y posteriormente en cada uno de los capítulos, se presenta un contexto general que sirve de referente para fundamentar la relevancia del objeto de esta investigación. Esta tesis doctoral es innovadora por el abordaje y desarrollo que realiza del tema propuesto, dada la escasez de literatura científica - investigaciones- relacionadas con el tema objeto de investigación y la postura crítica frente a los avances teóricos desarrollados.

El estado de la cuestión, se inicia con un rastreo de trabajos de investigación relacionados con la historia de la enfermería, como una fuente teórica importante, para entender el desarrollo de la profesión a través del tiempo; éste recorrido histórico evidencia las dificultades que se han presentado, para que no se haya hecho explícito un estatuto epistemológico de la enfermería. En el proceso evolutivo de la enfermería, se observa, cómo el rol cuidador desempeñado por las mujeres a través del tiempo ha sido equiparado a una vocación; situación que ha enmarcado la enfermería como una práctica- vocacional.

La profesión de enfermería ha buscado consolidarse como disciplina profesional, a través de los avances teóricos y la construcción de conocimiento propio, que le ha dado sustento al ejercicio profesional. Esta construcción permitió inicialmente el paso vocación a profesión y le dio la categoría de ciencia; parte de éstos logros obedecen al desarrollo teórico e investigativo realizado por las enfermeras norteamericanas y canadienses; no obstante, la dificultad de estos planteamientos se encuentra en la variedad de abordajes epistemológicos y disciplinas con que cada una de ellas sustenta, su propuesta teórica.

En el libro *Modelos y teorías en Enfermería*, Marriner & Alligood (2011), presentan una compilación de las propuestas teóricas realizadas, en estas teorías se observa que su aplicabilidad es específica; es decir, algunas de ellas se centran en el ámbito clínico y otras en el ámbito comunitario; otras abordan el cuidado en situaciones específicas como: la depresión posparto, la salud mental, el rol maternal y otras desde las necesidades humanas de los sujetos de atención; de esta forma, la utilización y aplicación de las mismas a nivel mundial es limitada, por cuanto no se constituyen en un sustento epistemológico universal que oriente los procesos de formación ni el ejercicio profesional.

Un estatuto epistemológico explícito en los procesos de formación en enfermería, permite trascender la concepción de que el cuidado es una parte inherente a la naturaleza humana, a una concepción de un cuidado que se sustenta en unas bases epistemológicas, que consolida los procesos de formación y la enfermería como una disciplina profesional.

Desde los procesos pedagógicos y educativos, el estatuto epistemológico, favorece en el estudiante la formación de una estructura de pensamiento que le permite integrar en su ejercicio profesional la teoría (sin abstracciones conceptuales) y la práctica (su realidad concreta); para brindar el cuidado de enfermería; centrar su

rol de cuidador como profesional dentro del equipo de salud; integrar los avances técnicos y científicos de la sociedad sin perder de vista su objeto de estudio –el cuidado-.

Desde los procesos investigativos, plantear un estatuto epistemológico, brinda una perspectiva diferente frente a los estudios realizados a la fecha, la mayoría de ellos, centrados en la historia de la enfermería o en acercamientos puntuales como: la educación para la prevención de enfermedades; el fortalecimiento de la autonomía en diferentes grupos poblacionales; los estilos de vida saludables; la prevención del consumo y el cuidado de los cuidadores de pacientes crónicos; entre otros, que si bien mejoran la calidad de vida de las poblaciones, no contribuyen a la consolidación del fundamento científico de la profesión.

Un estatuto epistemológico explícito en enfermería, se convierte, en una motivación para el desarrollo de propuestas investigativas que contribuyan a mejorar a través del cuidado, la calidad de vida de los sujetos de atención y las técnicas procedimentales, sin perder su eje, el cuidado humanizado. Desde la profesión, el estatuto epistemológico, favorece la construcción de nuevo conocimiento en enfermería y consolida los procesos de formación.

Y por último, desde las Ciencias de la Salud, un estatuto epistemológico específico para los profesionales de enfermería, permite afianzar el abordaje de los diferentes objetos de estudio, principalmente de la Medicina y la Enfermería, para romper con la interdependencia histórica que se ha dado en el proceso evolutivo de la enfermería y que aún, algunos profesionales de ambas áreas, pretenden mantener.

## 6.2 Descripción del problema

Considerar el inicio de la enfermería como una vocación y que con la evolución de la misma se haya establecido como una profesión, ha determinado un cuestionamiento sobre las bases teóricas que fundamentan el quehacer profesional y sobre la definición de lo que es la enfermería y lo que significa ser enfermera.

La enfermería se desarrolló y evolucionó en respuesta a la necesidad brindar cuidado a un grupo determinado de personas. Enfermos, desprotegidos, víctimas de la guerra y de las pestes se constituyeron en la población sujeto de atención. Esta labor de cuidado, fue realizada principalmente por mujeres voluntarias, y religiosas, al asociar en el imaginario social, la labor de enfermería con el rol de la mujer en el hogar y la misión de las comunidades religiosas. En este sentido, Meleis (citada por Duran, 2001) señala que:

Desde la guerra de Crimea la enfermería ha atravesado numerosas etapas en la búsqueda de la identidad profesional y autenticidad. Cada una de las

etapas ha servido para dar forma a la siguiente y además ha clarificado las dimensiones para el establecimiento científico de la Disciplina. (p. 45)

Autores como Velandia (1995) Benavent, et al (2003) y Colliere (1993), han determinado que el inicio de la enfermería, recibió por tradición cuatro herencias que determinaron durante largo tiempo su quehacer profesional y limitaron la construcción de un cuerpo de conocimientos propio. Estas herencias son: la religión, el género, lo militar y lo etnográfico.

La influencia religiosa jugó un papel preponderante en el desarrollo de actitudes, valores éticos y espirituales. El trato humanitario, las concepciones morales, la caridad, y el humanismo fueron la base para el cuidado de los enfermos. La influencia religiosa estableció la labor de enfermería como una vocación llevada a cabo por mujeres, sin ningún tipo de preparación. Por otra parte, la rigidez impuesta por las religiosas en los comportamientos morales de las mujeres, no permitía el contacto corporal con los enfermos, por tanto el cuidado se limitaba a la compañía y a las oraciones.

La identificación del rol enfermero con el rol femenino condicionó el desarrollo y evolución de la enfermería, situándola socialmente en un tratamiento discriminatorio que va desde la creencia que las mujeres no necesitan, o no son merecedoras, o no tienen las capacidades para llegar a tener una formación, hasta haber sido objeto de menos oportunidades, peores condiciones de trabajo y menor reconocimiento social. (Benavent, Ferrer & Francisco del Rey, 2003, p. 46)

La condición de género y el papel otorgado a la mujer en la sociedad y en el hogar, trasladó las funciones y roles de la mujer en la casa, al cuidado de los enfermos en el ámbito hospitalario. La crianza de los hijos, el cuidado del hogar y del esposo, se asemejaron al cuidado de los enfermos y la obediencia al género masculino fue trasladada a la obediencia médica, situación que determinó el inicio del rol de la enfermería como la "ayudante del médico".

La herencia militar data de las cruzadas y es uno de los orígenes de las primeras órdenes de enfermeros militares y de monjes-militares cuya nominación surge de la labor desempeñada en la guerra y en el cuidado de los enfermos.

Tempranamente en el siglo XII, la necesidad impelió a los monjes del Hospital de San Juan de Jerusalén a servir los intereses de los cruzados en una forma poco usual. Montados en caballos, empezaron a salir del monasterio para ayudar en la batalla contra los musulmanes, y una vez pasado el peligro, volvían al hospital para proseguir la labor de enfermería. A causa de esta función doble de guerreros y enfermeros, se los llegó a conocer como los Caballeros Hospitalarios, u Órdenes Militares de Enfermería. (Jamieson, Sewall & Suhrie, 1968, p. 86)

La herencia militar también proviene de Florence Nightingale, cuando dispone de un grupo de enfermeras para brindar apoyo, cuidado y atención a los heridos en batalla en la guerra de Crimea. A partir de esta experiencia, Nightingale incorpora en el reglamento de la Escuela San Thomas (Escuela fundada por Florence Nightingale para la formación de enfermeras en Inglaterra) algunos elementos de la formación militar como el porte y limpieza del uniforme, y la puntualidad en los horarios.

Frente a ésta herencia militar Castrillón (1997) manifiesta que las enfermeras al estar sometidas a una disciplina castrense no solo interiorizaron el acatamiento de normas sino de una "moral religiosa que prohibía y reprimía (...) Estas formas de disciplinar dejaban huellas, porque al final de un periodo de formación académica, los estudiantes no sólo habían aprendido conocimientos sino que también habían interiorizado hábitos, escrúpulos morales y rutinas conductuales" (p. 6).

La herencia etnográfica, es la herencia de todas las tradiciones y prácticas en salud que se han tenido en el proceso evolutivo de la enfermería, que permitieron el establecimiento de unas prácticas de salud específica, para aliviar la enfermedad. En ésta se contempla la medicina popular. De ésta herencia, es escasa la información que se encuentra y su influencia en el proceso de desarrollo de la enfermería no fue tan notorio, por tanto, se realiza mayor énfasis en las tres mencionadas anteriormente.

Para Velandia (1995), la herencia etnográfica de la enfermería en Colombia ha sido atribuida a dos fuentes: La primera a las prácticas de salud heredadas de pueblos ancestrales y la segunda proveniente de los españoles quienes venían con un legado africano, árabe y de la medicina de la india.

Estas herencias que se interrelacionaban entre si se convirtieron en barreras para la consolidación de la profesión. La relación de poder establecida entre la herencia militar y religiosa, permitió la vigilancia y el control frente al quehacer de enfermería no solo desde las actividades relacionadas con el cuidado sino en cuanto a las actitudes y comportamiento de la enfermera.

Estos hechos que tienen ocurrencia en el proceso histórico y de configuración de la profesión de enfermería, evidencian el carácter moral y ético que va adquiriendo la práctica de enfermería. Frente a la afirmación anterior, Nightingale y Robb consideraban "la enfermería como un trabajo de servicio para el otro, que exigía dedicación y espíritu religioso en el cumplimiento del deber. Se hacía evidente la relación entre la virtud moral y el deber moral". (Boletín Latinoamericano, 2005, p. 2)

Estas cuatro herencias recibidas (religiosa, género, militar y etnográfica) ligadas al contexto socio-político, educativo y de salud, determinaron los procesos de formación de enfermeras, inicialmente como una vocación centrada en el servicio, en el cumplimiento del deber ser (de la mujer virtuosa- religiosa) y sumisa en su quehacer, para posteriormente constituirse en una profesión autónoma. Florence Nightingale desde mediados del siglo XIX, manifestaba que el conocimiento médico era completamente distinto al conocimiento en Enfermería y que el conocimiento de

enfermería requería de conocimientos teóricos, filosóficos y experiencias prácticas, al igual que el conocimiento del paciente y su entorno.

Adicional a las limitaciones que se presentaron para la formulación explícita de un estatuto epistemológico, producto de las cuatro herencias recibidas por tradición; en el estado de la cuestión se describen otras dificultades como: la enfermería enmarcada como una vocación, la connotación práctica del ejercicio profesional y la fragmentación que se ha dado en la construcción de conocimiento teórico en enfermería.

El desarrollo teórico en enfermería, se presenta fragmentado a través del tiempo, son diversos los acercamientos y propuestas realizadas en torno a las cuales ha girado la construcción de conocimiento; sin embargo, se observa que la enfermería adolece de un estatuto epistemológico explícito que sea compartido por la comunidad académica y que sustente las propuestas curriculares de formación. Un ejemplo de ésta afirmación se concreta en el aspecto ético, donde se encuentran tesis doctorales que abordan este tema desde los procesos de formación de profesionales en enfermería; el desarrollo de actitudes y valores para brindar el cuidado de enfermería y la educación y la ética del cuidado, que al examinarlas detenidamente carecen de unas bases epistemológicas que contemplen otros componentes como el filosófico y el científico, entre otros.

Por su parte, la postulación de las teorías en enfermería, que tuvo como pretensión consolidar un cuerpo propio de conocimientos para la profesión, si bien contribuyó a la construcción de conocimiento en enfermería, su uso y aplicación ha sido limitada, por cuanto la mayoría de las propuestas teóricas se quedan en la abstracción; lo que impide su utilización en el contexto educativo y profesional. La dificultad en la comprensión de las mismas trae como consecuencia, que al tratar de aplicarlas en los ámbitos mencionados anteriormente, se cometan errores conceptuales, al no lograr una adecuada interpretación frente a lo que significa la teoría, lo que produce confusión en los estudiantes en formación y en los profesionales en ejercicio.

En general el marco teórico desarrollado, evidencia la poca producción investigativa, no solo relacionada con el objeto de esta tesis doctoral, sino en general, con la construcción y producción de conocimiento en enfermería; consecuencia que se origina en los procesos de formación, por cuanto, al no existir un estatuto epistemológico explícito que sustente el cuidado de enfermería, los estudiantes no logran interiorizar el significado de ser enfermera(o), su rol como profesional, la dimensión de lo que significa cuidar y de quien es el sujeto de cuidado. Lo que acentúa en los estudiantes, la disociación teoría- práctica y convierte su ejercicio profesional en una práctica instrumental y repetitiva, en el que se diluye el cuidado de enfermería en medio de funciones administrativas cotidianas y operativas.

Estos apartados desarrollados anteriormente, exponen las dificultades que se han presentado para que en la actualidad no exista un estatuto epistemológico de

la enfermería que se haga explícito en los procesos de formación, que sirva de sustento epistemológico para la enfermería.

## 6.3 Pregunta problema a investigar

Teniendo en cuenta la descripción del problema, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el sustento epistemológico de la experiencia en tanto actividad propia de la Enfermería y del saber de ésta dentro de los procesos de formación en las ciencias de la salud?

## 6.4 Objetivos de la investigación

### 6.4.1 Objetivo general

Plantear el estatuto epistemológico de la enfermería a partir de los desarrollos teóricos y prácticos, para hacer un aporte a los procesos de formación en enfermería y a las ciencias de la salud.

### 6.4.2 Objetivos específicos

- Realizar una compilación histórica del surgimiento de la enfermería en algunos países de Europa, Norteamérica y América Latina que permita comprender la evolución de la misma.
- Identificar los factores socio-políticos, educativos, religiosos y de salud que han influido en el surgimiento de los programas de Enfermería en Colombia.
- Abordar los conceptos que se constituyen en el Metaparadigma de la enfermería, que le dan sustento a su objeto de estudio "el cuidado".
- Presentar las diferentes concepciones de la enfermería: la enfermería como ciencia, la enfermería como arte y la enfermería como ética del cuidado como referentes teóricos importantes a contemplar en el establecimiento del estatuto epistemológico.
- Contribuir a la educación desde los procesos de formación y a la línea de investigación: organización y gestión educativa.
- Plantear el estatuto epistemológico de la enfermería.

---

---

## 6.5 Metodología

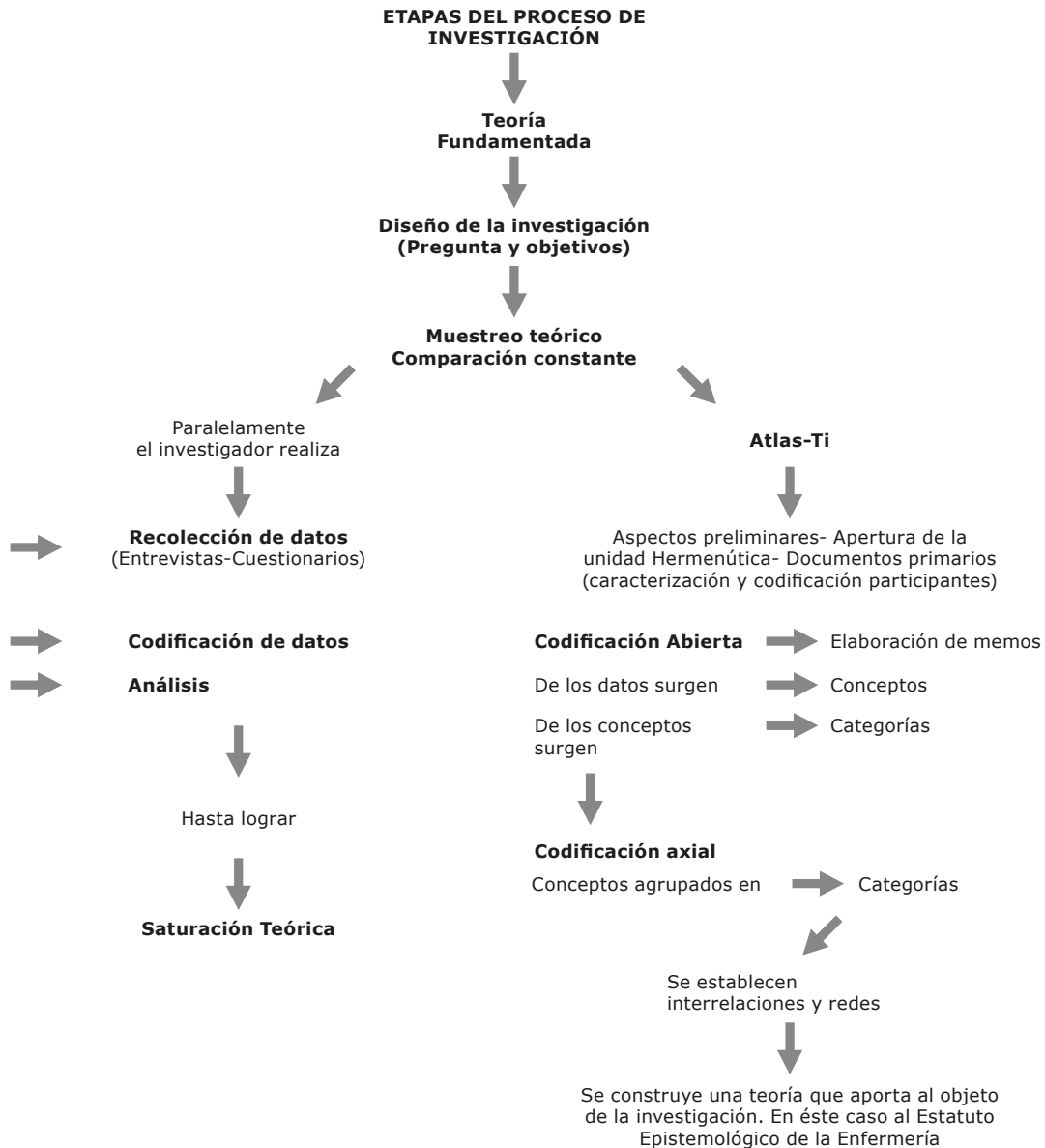
### 6.5.1 Diseño de la investigación

Investigación descriptiva de enfoque cualitativo e interpretativo, que utiliza la Teoría Fundamentada. La teoría fundamentada fue desarrollada por dos sociólogos Barney Glaser y Anselm Strauss en el año de 1967 y posteriormente en el año de 1990 Strauss trabajó en colaboración con Juliet Corbin. La teoría fundamentada al basarse en el interaccionismo simbólico, busca encontrar el significado que cada uno de los participantes de la investigación otorga a los hechos, que se han dado en contextos sociales específicos.

### 6.5.2 Perspectiva metodológica desde la Teoría Fundamentada

El análisis cualitativo implica organizar los datos recogidos, transcribir los textos y codificarlos. La codificación por su parte se realiza en dos niveles. En el primero se generan unidades de significado y categorías, y en el segundo, se establecen las relaciones entre las categorías (Sampieri, Collado & Baptista, 2010, p. 406).

Esta tesis doctoral utilizó para el manejo de la información la teoría fundamentada, ésta se inicia con un proceso de recolección de la información y de manera paralela los datos obtenidos van siendo codificados y analizados, hasta que se logra un grado de saturación teórica, con los datos organizados se realiza un proceso de codificación abierta y axial del cual surgen conceptos, y categorías entre las cuales se establecen asociaciones que permiten el establecimiento de redes y de éstas se devela la teoría que emerge y aporta al objeto de la investigación.



### 6.5.3 Muestra y recolección de datos

Para la recolección de la información, se realizó una entrevista semiestructurada a seis participantes y un cuestionario a 10 participantes. Las primeras seis participantes fueron Enfermeras graduadas en las décadas de 1960 a 1980, formadas en las primeras Facultades de Enfermería y sus entrevistas fueron grabadas en audio y video.

Los siguientes 10 participantes, fueron Enfermeras(os) graduadas(os) en las décadas comprendidas de 1980 al 2013, quienes realizaron sus estudios de pregrado en diferentes Universidades de Colombia, la recolección de la información se realizó

por medio de un cuestionario, dados los compromisos y disponibilidad de tiempo. Es importante mencionar que las preguntas utilizadas en la entrevista semiestructurada, fueron las mismas diligenciadas por los participantes en el cuestionario.

Como se observa, esta investigación contó con la participación de dos grupos. Esto se sustenta en el Muestreo teórico que utiliza la teoría fundamentada, por cuanto el investigador de acuerdo con la información que va siendo recolectada, analizada y codificada, de manera paralela, determina el momento en que se logra la saturación teórica de la información.

La información recolectada, con cada grupo, fue organizada en una matriz Excel. Es decir, existe una matriz de Excel con la información aportada por las primeras seis participantes y una segunda matriz consolidada con la información brindada por los diez últimos participantes. Las dos matrices contienen los mismos ítems, sobre los que se indagó a los participantes, como se mencionó anteriormente.

Las dos matrices fueron codificadas así: La transcripción y disposición de las primeras seis entrevistas realizadas, se hizo a través de una codificación alfanumérica en la cual la letra "A" se acompaña de un número (de 1 a 6) correspondiente con el número de entrevistadas. El archivo fue guardado con el formato de texto "\*.rtf" para facilitar su respectiva lectura en el software.

Frente al contenido que se encuentra consolidado en la matriz de las seis primeras enfermeras, es importante señalar que las dos primeras enfermeras se entrevistaron al mismo tiempo, por tanto, para diferenciar las respuestas cuando alguna intervenía o cuando el entrevistador requería ampliar la información, se aplicaron colores de la siguiente manera:

1. Con el color rojo se resaltó lo correspondiente al entrevistador.
2. Con el color negro lo correspondiente a la entrevistada.
3. Con el color verde en el momento de ampliar la información.

Así mismo, por dificultades en la reproducción del audio, al momento de realizar la transcripción en la matriz en algunos espacios y entre paréntesis se señala la expresión "[falta]", queriendo decir con ello que la palabra no es fácilmente audible; sin embargo, ello no reviste mayor importancia porque no se cambia el sentido de la respuesta del entrevistador.

Para el segundo grupo de participantes (en total 10) la codificación se realizó de manera alfanumérica con la letra C acompañada de un número, y se guardó cada archivo de texto con la extensión "\*.rtf".

Todas las personas entrevistadas firmaron un consentimiento informado. A las seis primeras entrevistadas por ser personas mayores, se les realizó una prueba denominada Mini- mental para evaluar la memoria. Lo que permite una mayor fiabilidad de los datos e información obtenida.

De los aportes realizados por los participantes surgen las categorías (iniciales, de conceptos y de temas específicos relacionados con el objeto de la investigación) que al interrelacionarse permiten el establecimiento de las redes conceptuales que se presentan en cada uno de los apartados en el capítulo de presentación y análisis de resultados.

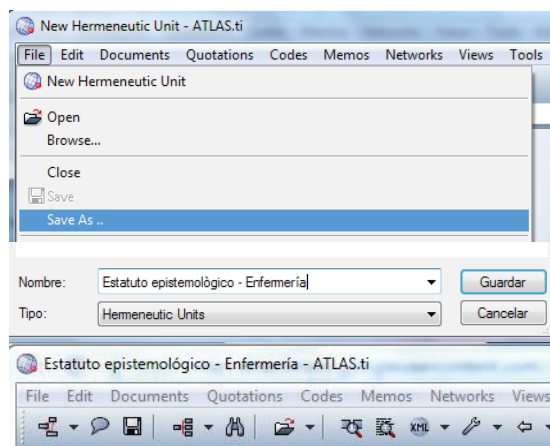
A continuación se presenta paso a paso, cómo se consignó la información recolectada en el Software de Atlas Ti.

#### 6.5.4. Ruta del trabajo metodológico: Teoría Fundamentada con el Software Atlas. Ti

Dado que el análisis e interpretación de los datos se realizó con el *software* Atlas. .ti (en adelante solamente se dirá "Atlas. ti" o *software*), a continuación se señala la ruta de trabajo que comienza por la exposición de aspectos preliminares ( los aspectos preliminares ya han sido mencionados, por cuanto, se refieren a la recolección de la información, el instrumento utilizado, la consolidación de la información en la matriz de Excel y la codificación de los participantes); este proceso continúa con la apertura de la Unidad Hermenéutica en el *software*, la asignación de los documentos primarios se usa para la caracterización de los entrevistados, georreferenciación, el sistema de categorización, las interrelaciones y vínculos entre segmentos, categorías y la presentación de los resultados en redes.

##### • **Apertura de la Unidad Hermenéutica y asignación de los documentos**

El trabajo con Atlas.ti comienza con la creación de una "Unidad Hermenéutica" ["HU" por sus siglas en Inglés] (Muhr and Friese, 2005, p. 28), a la que se denominó: "Estatuto epistemológico - Enfermería". En la *Figura 1* se señala la ruta para aplicar esta función:



**Figura 1.** Ruta para la creación de la Unidad Hermenéutica.

Con los documentos preparados, la opción "asignar documentos" (Muhr and Friese, 2005, p. 63) que se despliega del listado "Documents" del software, permite la vinculación de los archivos dispuestos para el trabajo de análisis. La Figura 2 señala la ruta para hacer dicha asignación:

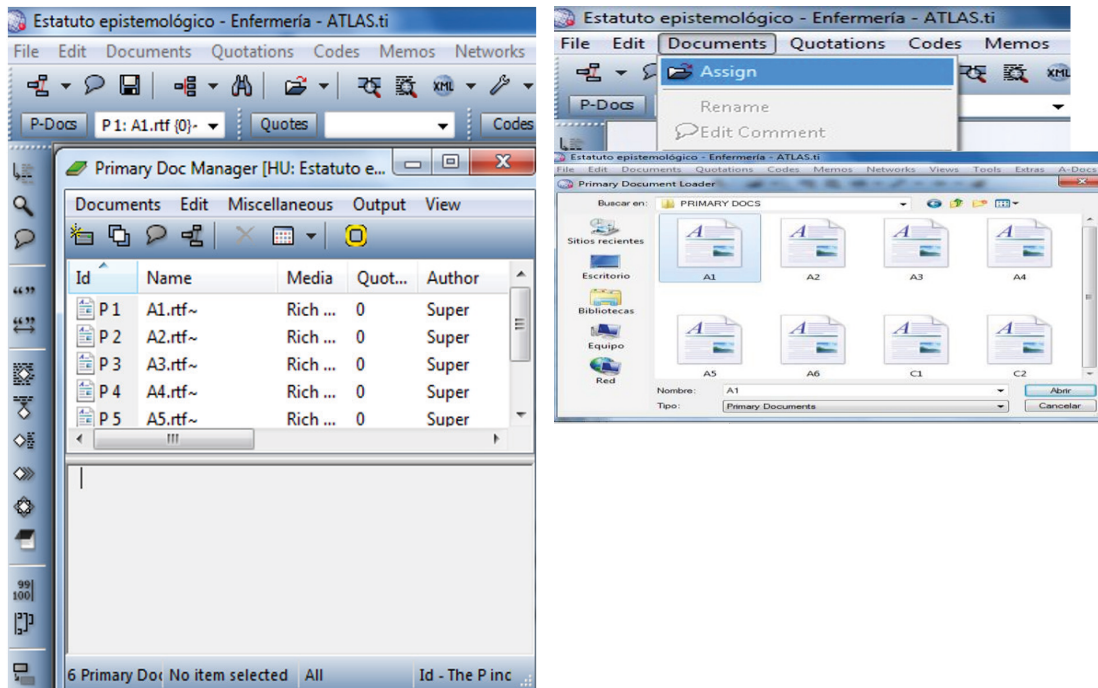


Figura 2. Asignación de los documentos primarios ["PD" por sus siglas en Inglés]

### • Caracterización de los entrevistados

La sistematización de los documentos primarios, contribuye en la caracterización de los entrevistados al disponerse independientemente cada archivo vinculado en la Unidad Hermenéutica. Dicha caracterización se realizó con la intención de observar:

1. Las épocas y su caracterización frente a la formación en enfermería (aplicación de la categoría "tiempo")
2. Las características de las regiones en las cuales fueron formadas (aplicación de la categoría "zona territorial")
3. Las distintas universidades en las cuales fueron formadas como enfermeras (aplicación de la categoría "institucional")

Estas categorías se abordaron para el análisis, con la agrupación de los documentos pertenecientes a cada uno de los entrevistados a través de la opción de las "familias" de documentos [Primary Doc Families] (Muhr and Friese, 2005, p. 195). La Figura 3 ejemplifica esta caracterización, base para el análisis, mientras que la Figura 4 señala la georreferenciación:

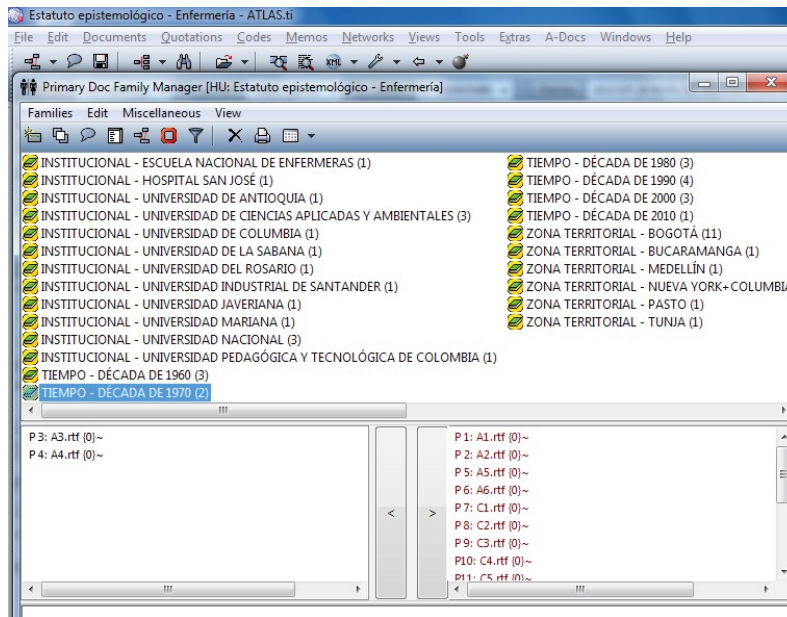


Figura 3. Agrupación por familias de documentos.

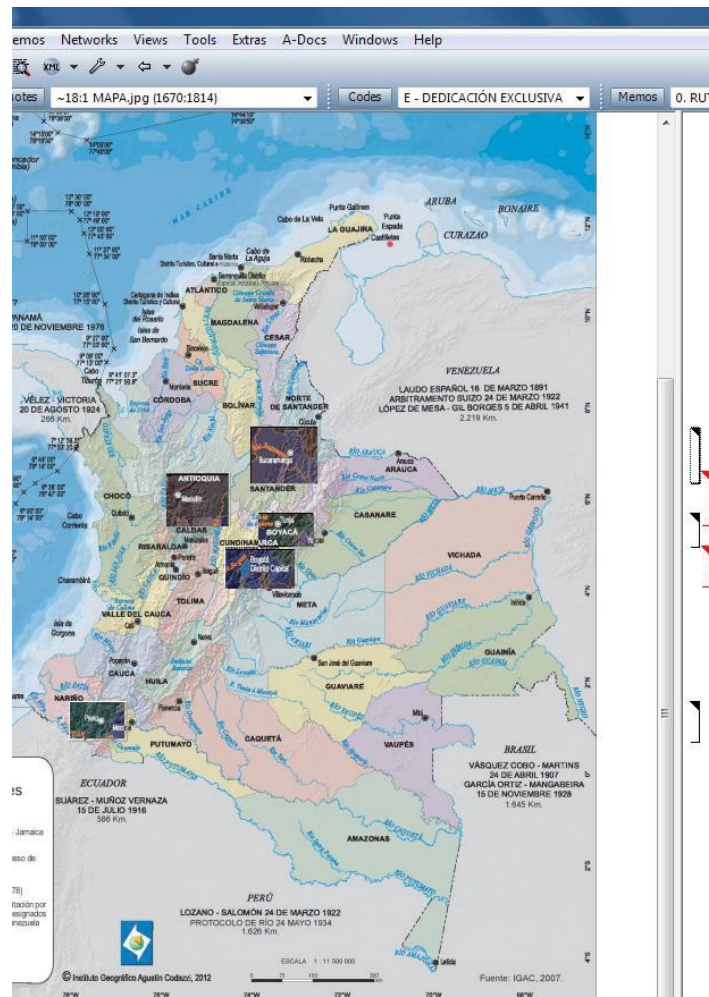
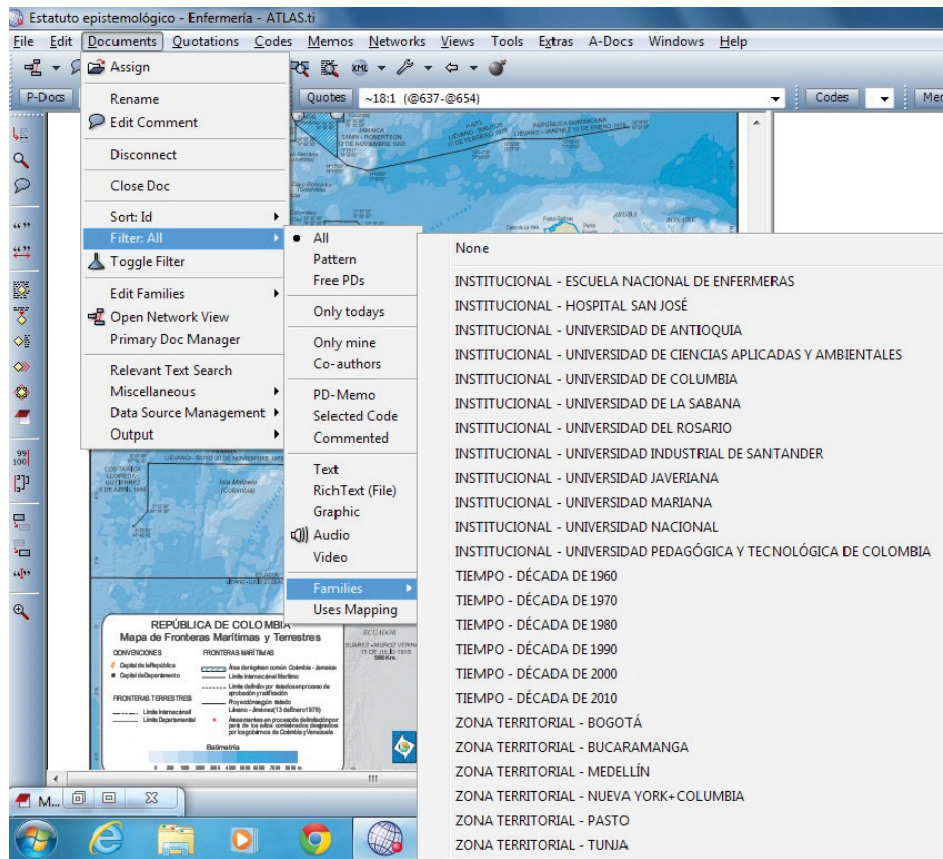


Figura 4. Georreferenciación.

El procedimiento permite discriminar los tiempos, lugares e instituciones para el análisis, a través de la aplicación de “filtros” de los documentos de acuerdo con la agrupación señalada y visualizada en la *Figura 3*. La *Figura 5* muestra la aplicación del “filtro”.



**Figura 5.** Ruta para la aplicación de “filtros”.

El “informe” sobre la caracterización de los entrevistados se encuentra en el Anexo 1. Finalmente, a continuación se presentan los números que corresponden a cada documento, generados por el software en correspondencia con las entrevistas codificadas, tal como aparece en la Tabla 1:

P 1: A1	P 9: C3
P 2: A2	P10: C4
P 3: A3	P11: C5
P 4: A4	P12: C6
P 5: A5	P13: C7
P 6: A6	P14: C8
P 7: C1	P15: C9
P 8: C2	P16: C10

**Tabla 1.** Listado de enumeración de documentos primarios.

La letra “P” corresponde al “documento primario” asignado, y el número, el consecutivo automáticamente es generado por el Atlas.ti. Luego de los dos puntos está el código de la entrevista. (El cual corresponde a la caracterización de los entrevistados, que muestra el Anexo1).

• **Asignación de códigos y sistema de categorización (Nivel Textual)**

De acuerdo con los criterios para la categorización, en primer lugar, y a partir del problema de investigación y el marco de referencia del trabajo de investigación, se procede con una categorización “inicial” o “deductiva” (Bonilla & Rodríguez, 1995, p. 134) (o *a priori* (Cisterna, 2005)). Los datos entonces se codificaron de la siguiente manera:

En relación con la historia de la enfermería [HE], y las consideraciones de Velandia (1995), Benavent, *et al* (2003) y Colliere (1993) sobre las cuatro “herencias recibidas”, se tienen para las siguientes categorías iniciales los códigos señalados así:

HE/RELIGIOSO
HE/MILITAR
HE/GÉNERO FEMENINO
HE/ETNOGRÁFICO

**Tabla 2.** Listado de categorías iniciales de las “herencias recibidas” en la historia de la enfermería.

De igual manera, y atendiendo las situaciones del “contexto” en el cual suceden los acontecimientos, y como “factores” que inciden en el conocimiento y desarrollo de la enfermería en Colombia, toda vez que, por “contexto” se entiende “la situación entera, el fondo, o ambiente pertinente a un acontecimiento particular” (Cole, 2003, p. 126), se codifican las categorías iniciales:

F/SOCIOPOLÍTICOS
F/ECONÓMICOS
F/EDUCATIVOS
F/SALUD

**Tabla 3.** Listado de categorías iniciales de los “factores” en el desarrollo de la historia de la enfermería.

Asimismo, de acuerdo con la intención del presente trabajo de investigación por establecer el estatuto epistemológico de la enfermería, se tienen como códigos:

EPIS/OBJETO DE ESTUDIO
EPIS/DEFINICIÓN
EPIS/ENFERMERÍA = CIENCIA
EPIS/ENFERMERÍA = ARTE Y/O ESTÉTICA
EPIS/ENFERMERÍA = ÉTICA DEL CUIDAR
EPIS/CONTENIDOS CURRICULARES - DISCIPLINAS ESENCIALES

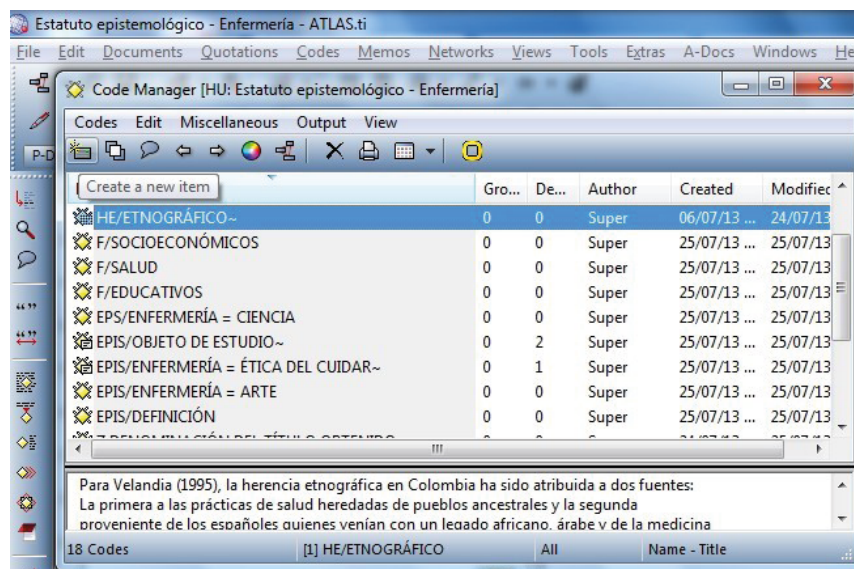
**Tabla 4.** Listado de categorías iniciales sobre temas en relación con la epistemología.

Finalizando la codificación de las categorías iniciales, se tienen los siguientes, para los conceptos:

CONCEPTO
CUIDADO
CONCEPTO
PERSONA
CONCEPTO
ENFERMEDAD
CONCEPTO
AMBIENTE
CONCEPTO
SALUD

**Tabla 5.** Listado de categorías iniciales de conceptos.

A través de la codificación libre ["Free Codes"] (Muhr and Friese, 2005, p. 120) fueron asignadas las categorías iniciales, a las cuales se realiza un "comentario" a partir del marco referencial y antecedentes de la investigación. En la *Figura 6* se muestra el "Administrador" (*Manager*) de los códigos y un ejemplo de comentario a uno de ellos:



**Figura 6.** Codificación de las categorías iniciales.

El segundo momento de categorización se realizó de manera “emergente” (o “inductiva” (Bonilla & Rodríguez, 1995, p. 134-135)) a través de una “codificación abierta” en la cual, “los datos se descomponen en partes discretas. Se examinan minuciosamente y se comparan en busca de similitudes y diferencias” (Strauss & Corbin, 2002, p. 111). En Atlas.ti se hace a partir de la opción “Open Coding” (Muhr and Friese, 2005, p. 116) que vincula un apartado de contenido a una nueva categoría que se codifica antecediendo la letra “E” (para significar que se trata de un elemento “emergente”). El procedimiento y ejemplificación se muestra en la Figura 7.

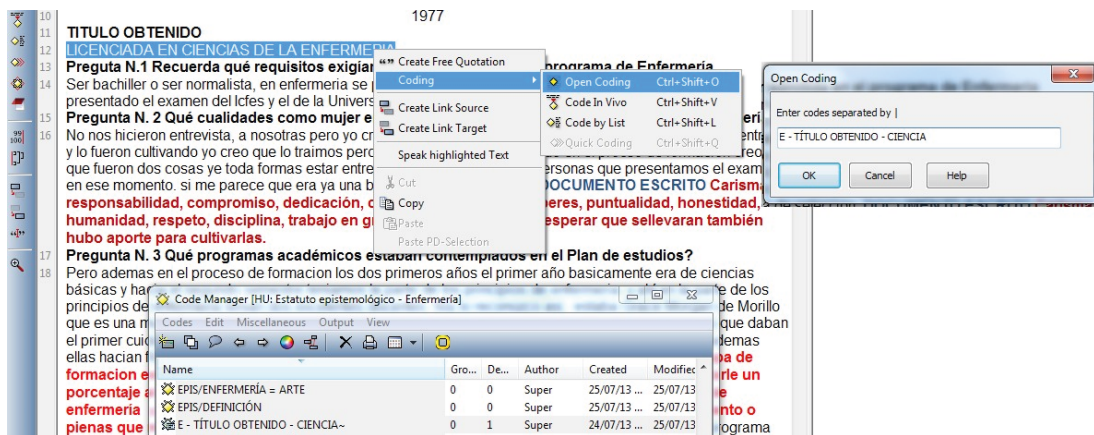


Figura 7. Ruta para la asignación de un nuevo código a partir de los datos - categorización emergente.

En el “nivel textual” del análisis se procede con la segmentación de los datos, la asignación de los códigos, tal como se expuso hasta este momento, y se escriben los “memos” (Muhr and Friese, 2005, p. 25). Estos últimos constituyen respuestas y anotaciones que se van poniendo durante el ejercicio de análisis (Strauss & Corbin, 2002, p. 250).

En el informe las citas se realizan en un corchete que destaca, en primer lugar, el número del documento siguiendo la asignación señalada en la Tabla 1. Luego de los dos puntos, está un número consecutivo que el software dispone para las citas. Por ejemplo, la cita: [4:2] corresponde al documento primario P4, la segunda cita en el consecutivo.

#### • Interrelaciones y vínculos entre segmentos, categorías y presentación de los resultados en redes (Nivel Conceptual)

En el nivel conceptual se relacionan las categorías a través del uso de diagramas. Strauss y Corbin denominan al proceso de “codificación axial”, la forma como “el analista comienza a tratar de armar los datos para ir formando el rompecabezas. Cada pieza (...) ocupa su lugar en el esquema explicativo general” (2002, p. 249).

En el apartado anterior se señaló la forma de codificación “emergente” que vincula un segmento denominado en Atlas.ti “Quotes” (relativo a las “citas” -“Quotations”- (Muhr and Friese, 2005, p. 30)), a un código que representa una categoría. En el software, además de este sistema de codificación, también se puede realizar el vínculo de un segmento que por sí mismo, y por el texto que contiene, se convierte en un código. Esta es la denominada codificación “in vivo” (Muhr and Friese, 2005, p. 115). De igual forma, con códigos ya existentes se puede hacer un vínculo a partir de la lista (“Code by List”), o de una búsqueda automatizada (“Auto Coding”). Estas opciones se muestran en la *Figura 8*:

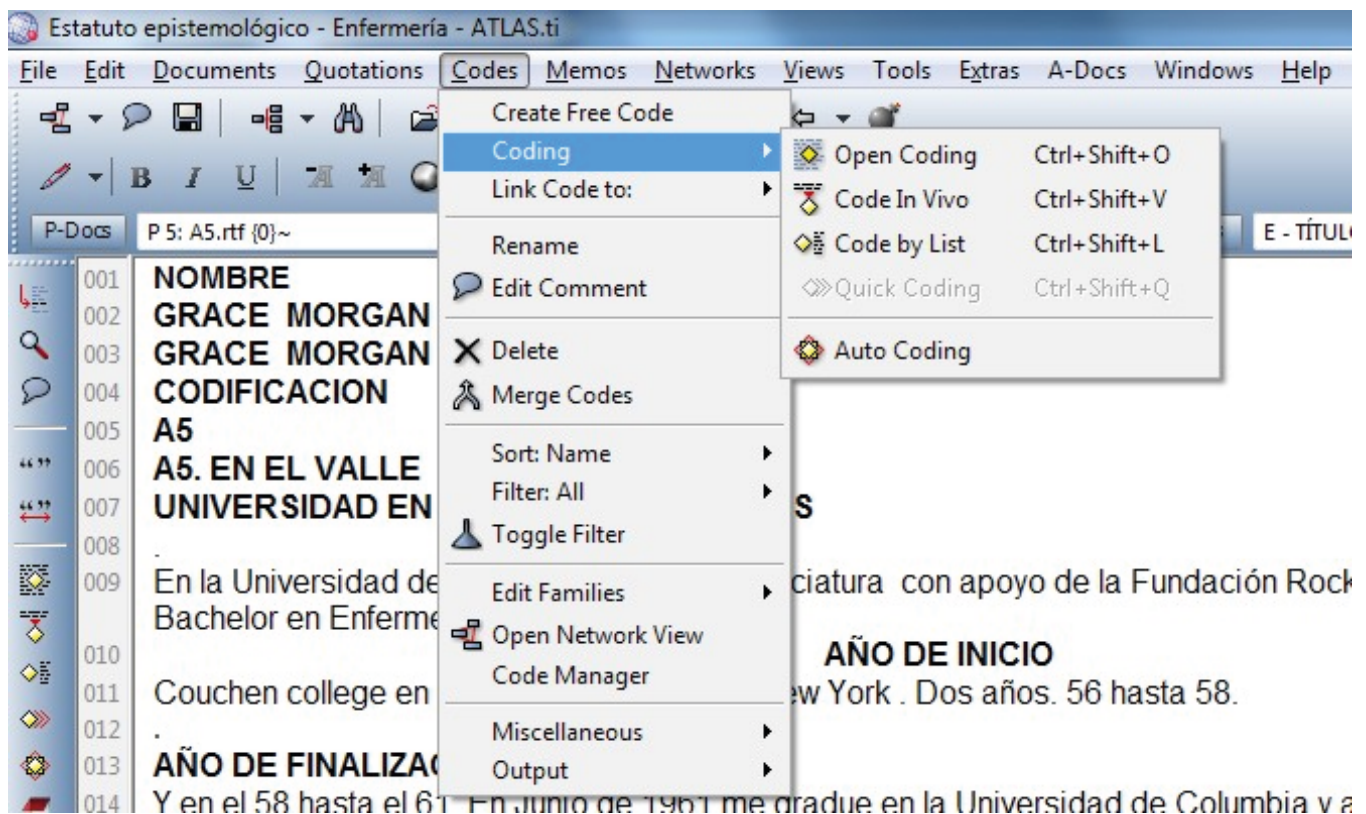


Figura 8. Ruta para la identificación de las opciones de codificación.

Los segmentos entre sí se pueden relacionar, intermediando un conector; asimismo, se pueden realizar las interrelaciones entre los códigos. La visualización de estas relaciones se hace a través de las “redes” (“Networks”) con el trabajo en el nivel “conceptual” realizado con el software (Muhr and Friese, 2005, p. 209-211). En la Figura 9 se ejemplifica la ruta para la visualización de una red:

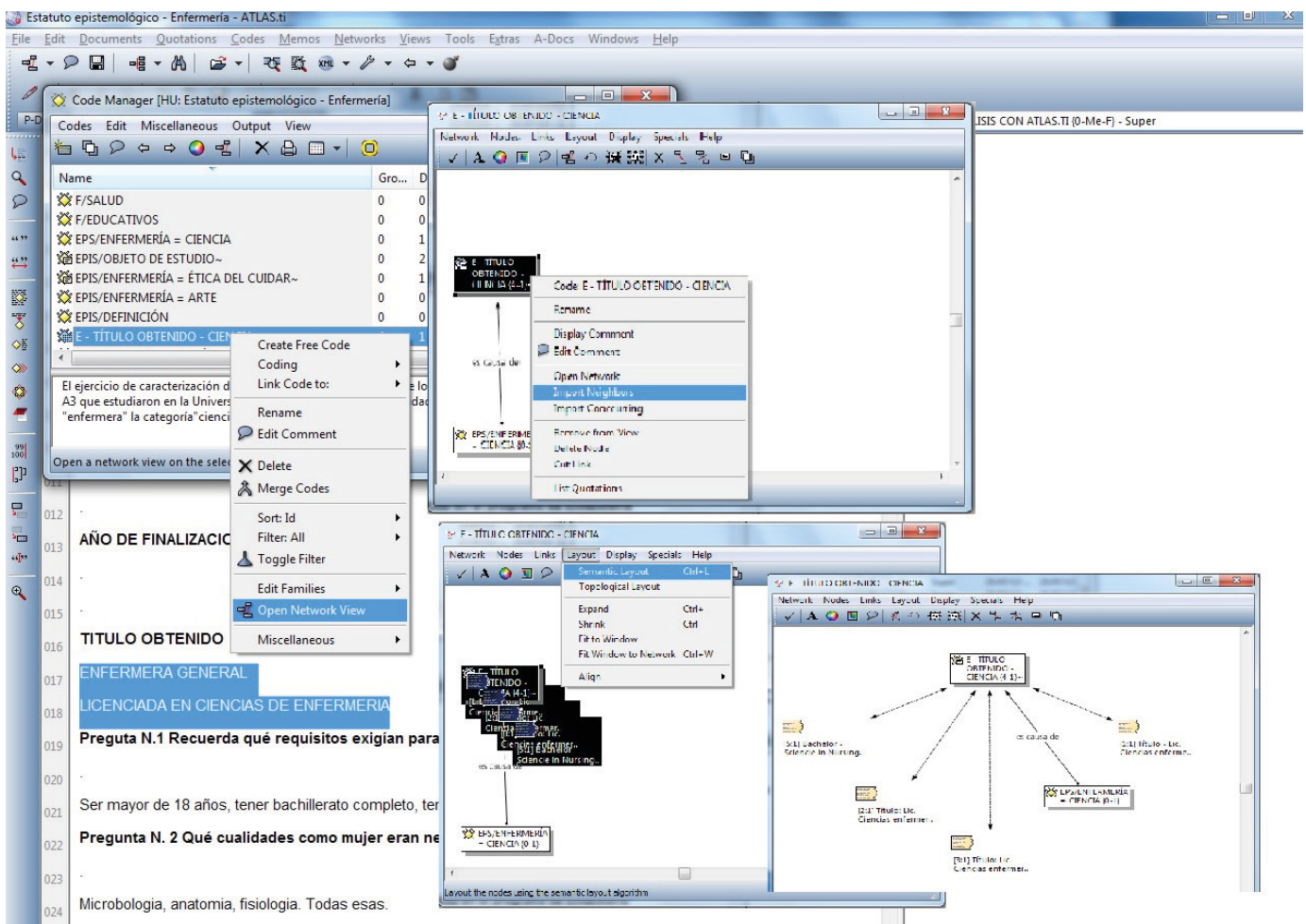


Figura 9. Ruta para la visualización de las redes.

---

---

# CAPÍTULO VII

## *Análisis y presentación de resultados*

### 7. Resultados: análisis de las entrevistas y el cuestionario

#### Introducción

Los resultados del análisis de los datos se expondrán en dos partes, en primer lugar, la reconstrucción de la historia de la enfermería a partir de las entrevistas y el cuestionario realizado, no como un recuento lineal de una cronología ya objeto en estudios anteriores como lo han realizado Colliere (1993), Benavent, Ferrer y Francisco del Rey (2003) y Mc Cormack(2007) entre otros, sino como soporte para lo que será, en la segunda parte, la exposición de los hallazgos como aporte para el objeto de esta investigación. Al finalizar cada una de éstas partes, se presentarán las conclusiones pertinentes.

La presentación de los aportes para la reconstrucción de la historia de la Enfermería en Colombia se encontrará estructurada en tres partes:

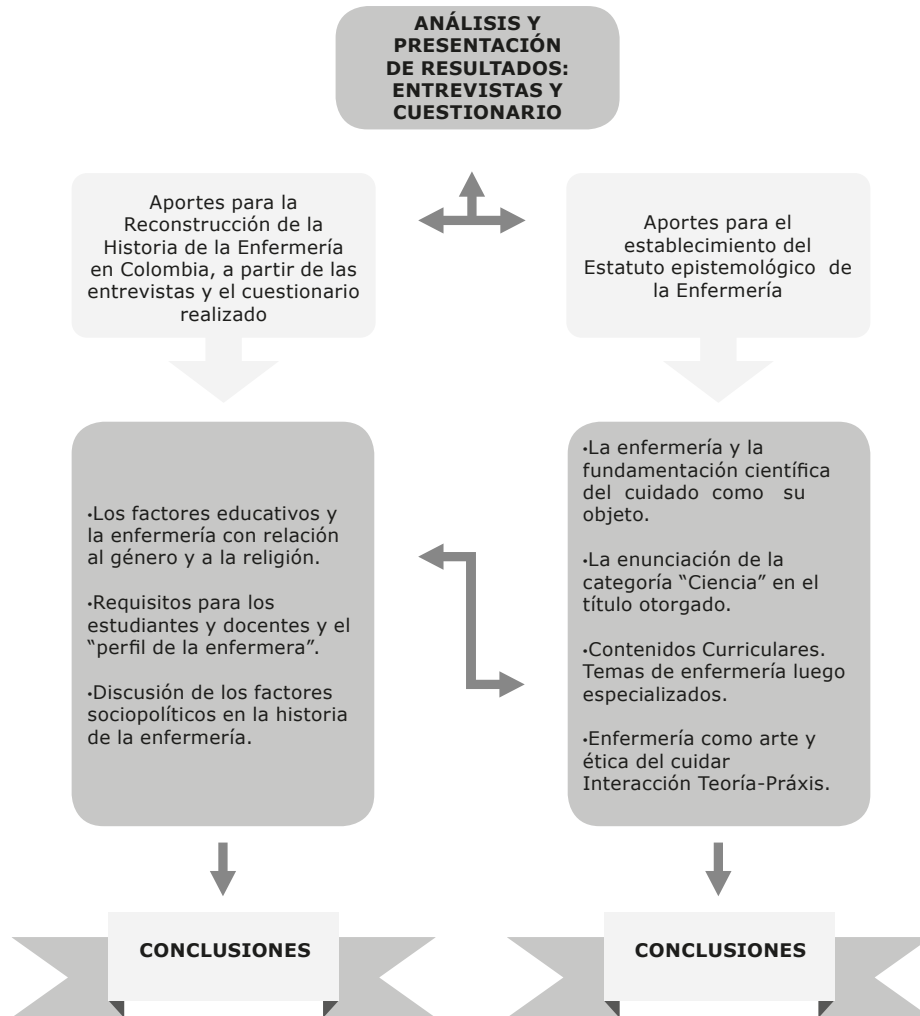
- Los factores educativos y la enfermería con relación al género y a la religión, este apartado a su vez contemplará los siguientes ítems:
  - a.** La herencia de género y los factores educativos en la historia de la enfermería
  - b.** Superación de la herencia religiosa y empoderamiento del profesional de enfermería
  
- Requisitos para los estudiantes y docentes y el “perfil de la enfermera”
  
- Discusión de los factores sociopolíticos en la historia de la enfermería, esta parte se presentará así:
  - a.** Factores sociopolíticos y su asociación con los factores económicos y de salud en la historia de la enfermería.
  - b.** Factores sociopolíticos y el respaldo legal de la profesión.
  - c.** La categoría emergente “dedicación exclusiva e internados y la contradicción frente a los factores sociopolíticos en la década de 1960.

La segunda parte de la presentación y análisis de resultados se denomina: Aportes para el establecimiento del Estatuto epistemológico de la Enfermería y se presentará de la siguiente forma:

- La enfermería y la fundamentación científica del cuidado como su objeto.
- La enunciación de la categoría “Ciencia” en el título otorgado.

- Contenidos Curriculares. Temas de enfermería luego especializados.
- Enfermería como arte y ética del cuidar Interacción Teoría-Praxis.

**Gráfico 3.** Análisis y presentación de resultados.



**Fuente:** Lorena Martínez Delgado, 2012.

## 7.1 Aportes para la reconstrucción de la historia de la Enfermería en Colombia, a partir de las entrevistas y el cuestionario realizado.

De acuerdo con lo manifestado en el marco teórico, los aportes de la historia son relevantes para el establecimiento del estatuto epistemológico de la enfermería, para lo cual, con la información obtenida con los participantes, se realiza el análisis de las herencias y los factores que inciden en su desarrollo. En el nivel conceptual (se relacionan las categorías a través del uso de diagramas en la "codificación axial") los primeros resultados se muestran en la red a continuación (*Figura 10*):

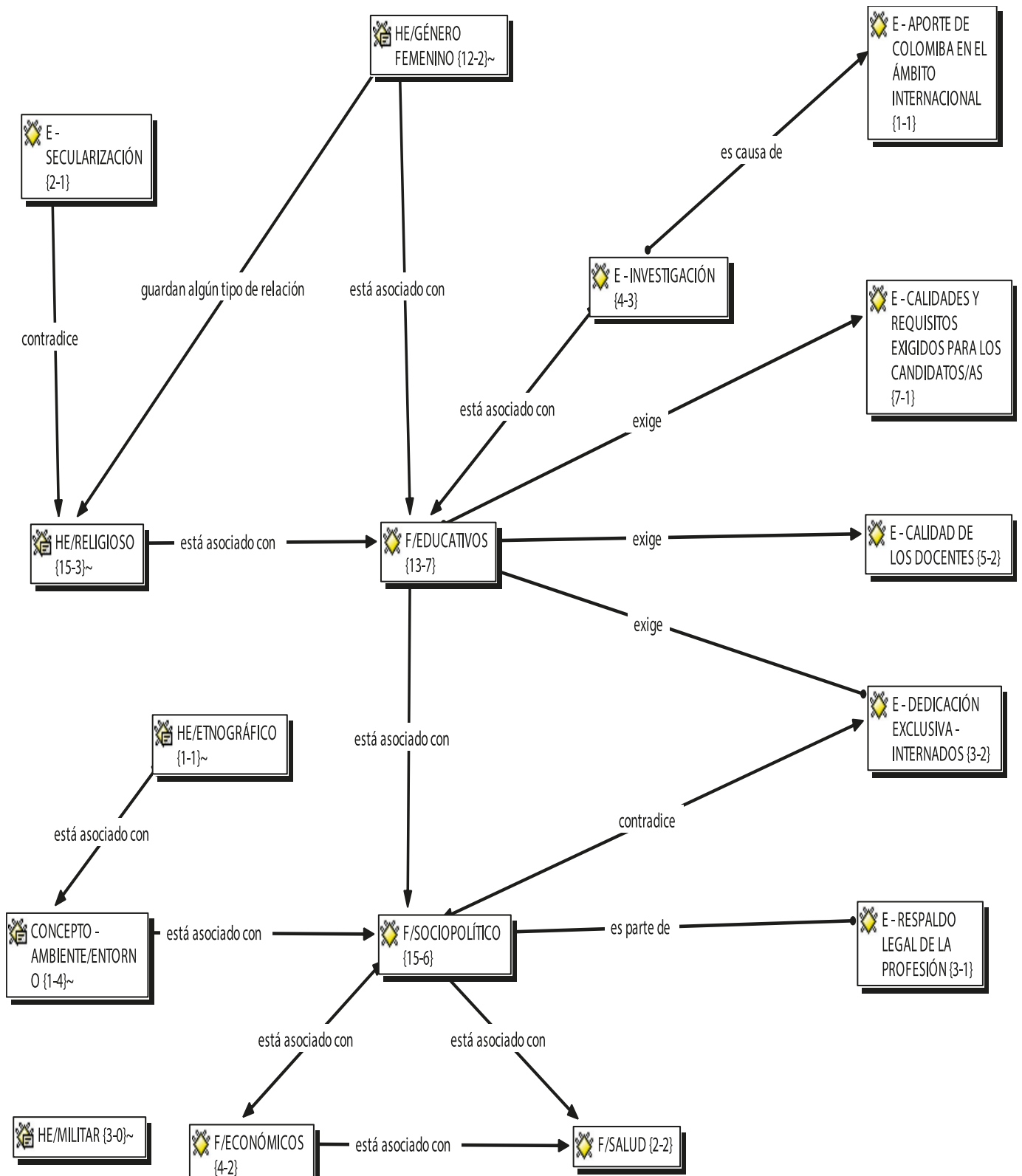


Figura 10. Vínculos de categorías sobre las herencias y factores en la historia de la enfermería.

En ésta red se identifican: En el centro, los factores educativos como la categoría de factores, sobre la cual se fundamentan los hallazgos que vinculan, en primer lugar, asociaciones con las categorías sobre las herencias de la historia de la enfermería en relación con el “género femenino” y vinculación con el ámbito “religioso” que, en un contexto de “secularización”, recibe la contradicción. En segundo lugar, los datos permiten señalar con categorías emergentes cómo en la historia de la enfermería a través de la investigación se realiza un aporte en el ámbito internacional, y las distintas calidades y requisitos para los candidatos y candidatas, como para quienes realizan actividades de docencia en las facultades de enfermería. En tercer lugar, la historia señala con la categoría emergente “dedicación exclusiva e internados” una contradicción frente a los factores “sociopolíticos”, al cual se asocian los factores “económicos” y de “salud”, que se expondrán junto con el “respaldo legal de la profesión”. Finalmente, la herencia sobre aspectos “etnográficos” aparece vinculada al concepto del ambiente/entorno, mientras que la herencia “militar” en la historia de la enfermería, no se resalta con un nivel de importancia por parte de las personas entrevistadas, razón por la cual en el diagrama aparece sin vinculación con alguna otra categoría.

La contradicción que se observa entre los factores educativos, religiosos, de género y el proceso de secularización, se evidencia también en el planteamiento teórico, cuando se observan los factores que impulsaron el desarrollo de la enfermería en los países de América Latina. Específicamente en Colombia la iglesia Católica dominó muchos de los ámbitos de la sociedad, desde los deberes morales de los ciudadanos hasta las políticas de Gobierno. Esta inclinación de la iglesia por mantener injerencia en la sociedad Colombiana se confirma con la afirmación que realiza Arias (2009):

Con el decidido apoyo de los conservadores, en el gobierno durante casi medio siglo (desde comienzos de los años 1880 hasta 1930), se desarrolló un catolicismo que seguía de cerca la política más ortodoxa del Vaticano: intransigencia frente a los males de la modernidad, comenzando por el liberalismo, e integrismo, con el fin de ejercer su influencia en todos los ámbitos del individuo, de la sociedad y del Estado. Sin embargo, las evoluciones históricas que conoció el país generaron diversos problemas para la Iglesia. Los avances de la secularización y el retorno de los liberales al poder prendieron las alarmas en el clero. (p. 3)

De igual forma se ratifica como en países como Argentina, Brasil y Chile con sociedades más liberales en sus políticas de Gobierno, los procesos de secularización en la formación de profesionales de enfermería se dieron más rápidamente.

Desde el ámbito Internacional y ligado a los procesos de secularización en Colombia, la llegada de Enfermeras Norteamericanas a las primeras facultades de enfermería, se constituyó en un motor de impulso para el desarrollo de la enfermería en los países de América Latina. Como lo expresan Gómez y Parrado (2011):

En 1942, la Fundación Rockefeller y la Oficina Sanitaria Panamericana realizaban una misión en países de América Latina sobre la organización de escuelas de enfermeras y visitadoras sociales, como parte fundamental de los programas de cooperación en salubridad que Estados Unidos había iniciado en la región. Se concluyó que las escuelas existentes en el país tenían grandes deficiencias, siendo las más notorias la falta de educación básica para iniciar este tipo de estudios; la solución implicaba que las alumnas fuesen bachilleres o por lo menos hubiesen cursado estudios superiores de normal; también contaba la falta de una orientación claramente sanitarista y social en los programas de formación. (p. 239)

Posterior al direccionamiento que brindaron las enfermeras norteamericanas en los procesos de formación en enfermería, los planes curriculares y los requisitos de ingreso cambiaron para la aspirantes; así mismo, "se dispuso un reglamento de la escuela, en el que se disponía que las alumnas deberían vivir internas dentro de la escuela" (Gómez et al, 2011, p. 240). El apoyo brindado con el establecimiento de los internados y la asignación de becas, facilitó el ingreso a la facultad de aspirantes provenientes de otras regiones del país.

### 7.1.1 Los factores educativos y la enfermería con relación al género y a la religión.

Los factores educativos rodean el tema del "género" en la historia de la enfermería, guardan relación con la herencia y contenido "religioso", por ello, se expondrán en dos partes las aportaciones de los datos en este aspecto. En primer lugar, los factores educativos y la herencia de género, mientras que en la segunda parte, la superación de la herencia religiosa y empoderamiento de los profesionales, base para poder constituir, desde las dinámicas y contradicciones de la historia, el estatuto epistemológico de la enfermería.

#### **7.1.1.1 La herencia de género y factores educativos en la historia de la enfermería**

Como se contempla en la *Figura 11*, durante las distintas décadas se nota una evolución sensible en torno al tema del género, por lo cual, si ha de hablarse de una profesión con sustento científico, la perspectiva de igualdad, cuando no, equidad en asuntos de género, se hace notoriamente visible como uno de los logros contemporáneos. Igualmente, hay vínculos con el tema religioso en situaciones como por ejemplo el "vestir" a la manera de religiosas, clara influencia de una "herencia", y la presencia histórica en un contexto "sociopolítico", de Camilo Torres, el "cura guerrillero" (Habegger, 1967), quien tuviese influencia en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional en la década de 1960.

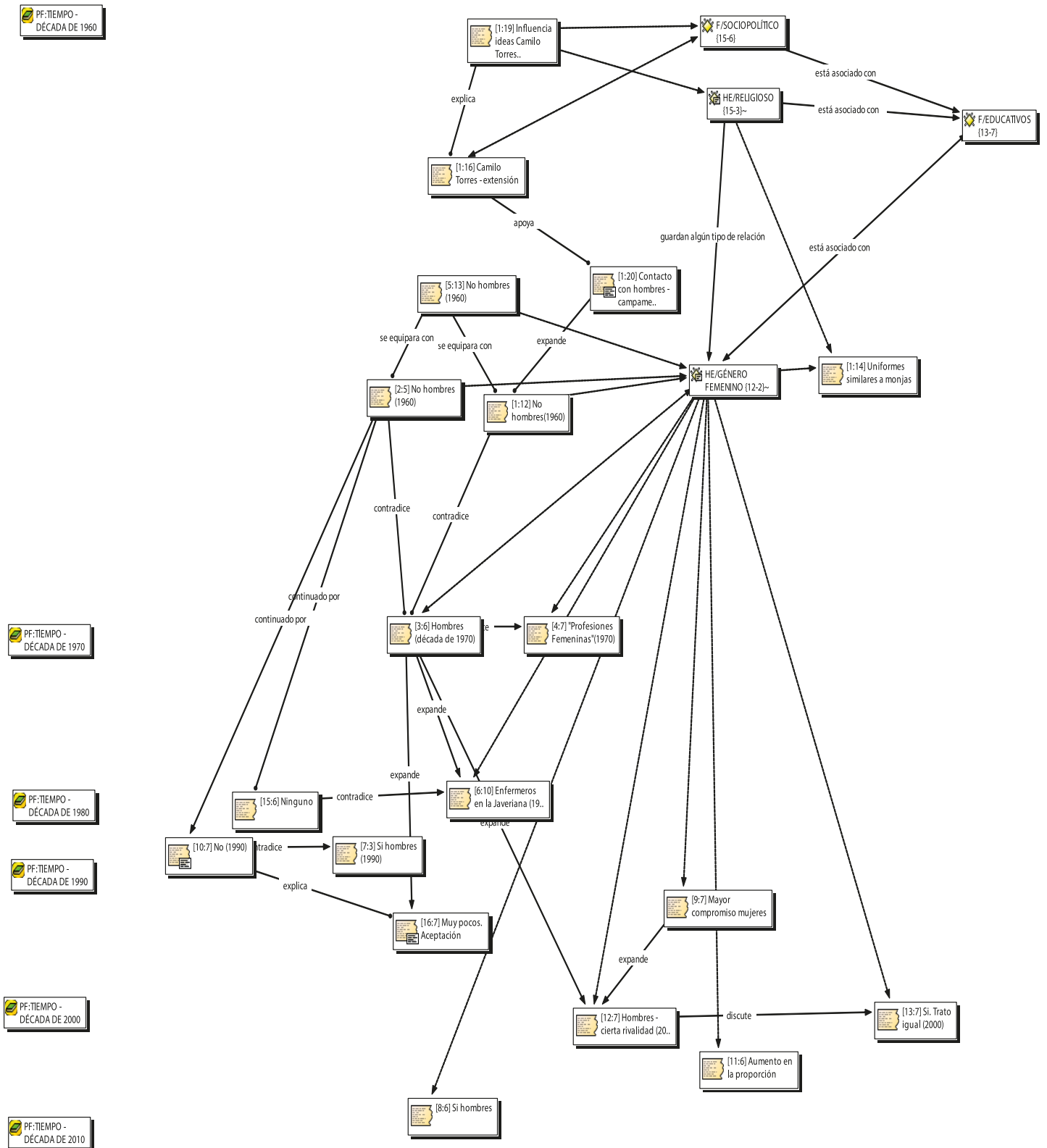


Figura 11. Herencia de género y factores educativos en la historia de la enfermería.

Las informaciones de A1 y A2, ubicadas en Bogotá y pertenecientes a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional durante la década de 1960, categóricamente niegan el haber estudiado con hombres, porque no era concebible. En sus palabras, a la pregunta: “¿Dentro de su promoción hubo estudiantes hombres? ¿Cuántos?”, responde A1: “No. *En mi época no eran admitidos*” [1:12], igualmente A2: “No. No. Yo no me acuerdo haber estado, en práctica no”. [2:5]. Y en el caso de A5, quien durante la misma época tuvo la formación en una Universidad Norteamericana y vivió una situación equiparable [5:13].

De otra parte, y realizando una digresión hacia asuntos que tienen que ver con la “religión” y los factores “sociopolíticos”, la entrevistada A1 equipara su uniforme de enfermera con el de una “monjita” [1:14], y en su exposición sobre la presencia histórica del padre Camilo Torres, el trabajo de extensión hacia la comunidad, y en él, la alternativa para tener contacto con el género masculino. Recuerda A1 en su entrevista: “*había muchachos de todas las facultades, iban a todas esas campañas. ¿Cómo era que se llamaba?: “Campamentos”*. Y entonces nos íbamos para allá, pasábamos todos desprogramados [sic]<sup>1</sup>. “Acompáñenme el Domingo allá, porque allá, y por las noches era la única vez que nos dejaban salir a nosotras porque como eran las residencias de al frente, y al frente las residencias masculinas nosotras teníamos permiso y nos pasábamos allá porque era con el Padre Camilo, porque del resto no había poder humano” [1:12].

El trabajo de extensión tenía una impronta política, la entrevistada A1 recuerda este contacto con aspectos de compromiso y proyección social: “A mí me tocó iniciar el primer grupo comunitario que tuvo la Nacional, que lo lideró el Padre Camilo [Torres] con estos muchachos Arenas en Tunjuelito, y se llamaba MONIPROC “Movimiento Universitario por la Comunidad”. Nosotros íbamos a Tunjuelito los domingos con esta niña que fue reina de los estudiantes, cómo se llama, que fue ella como medio enamorada de Camilo [sic] Ofelia” [1:16].

La labor de Camilo Torres en vínculo con la Facultad de Enfermería en la Universidad Nacional, conlleva a que se renovaran sus enfoques desde la cátedra de Sociología que él personalmente desarrollaba allí: “Él fue una guía, él fue profesor de Sociología de nosotros. Le inyectó vida a la Facultad porque la facultad venía así planita [sic]. Él nos enfrentó a ciertos problemas, eh, a todo ese movimiento que surgió a raíz de [falta] eso fue en el 60, fue en el 59, 60, que fue la llegada de Camilo porque antes no había, éramos unas niñas que teníamos todo. Llegó Camilo y nos despertó: “No señor, ustedes tiene todo pero los demás no lo tienen”. Entonces creó el MONIPROC, me acuerdo tanto y no sé porque se me grabó eso, y en Tunjuelito, allá íbamos los domingos a trabajar con la comunidad.” [1:19].

Durante ésta época de los 50 y 60 y a pesar de la gran influencia que ejercían las religiosas en el internado frente a las actitudes, cualidades y preceptos cristianos

---

1. Se utiliza el adverbio latino “sic” para señalar que la transcripción es literal.

que debían tener las estudiantes de enfermería, se observa el impacto que tiene la llegada de Camilo Torres a la Universidad Nacional y el enfoque sociológico que orienta el trabajo de enfermería como proyección social.

No obstante para la iglesia las ideas liberales de Camilo Torres iban en contra de la moral y de las normas establecidas por el catolicismo como lo manifiesta Arias (2009):

En el seno de la Iglesia, la situación se hacía cada vez más delicada. Más allá del malestar que produjo la rebeldía de Camilo Torres en el episcopado, el "cura guerrillero" puso en evidencia un viejo debate sobre el papel del cristiano en la sociedad. Torres simbolizó una ruptura en la historia del catolicismo colombiano: por primera vez, un miembro del clero ingresaba a un movimiento "revolucionario" (Ejército de Liberación Nacional, ELN), y además marxista, cuestionando así actitudes y mentalidades tradicionales. (p. 20)

Ya en la década de 1970, en el mismo contexto de la Universidad Nacional en Bogotá, hay presencia de hombres en la Facultad de Enfermería y también en el contexto laboral, aunque con expresiones de discriminación por razón de género, por parte del personal médico al ser "duro con ellos". La entrevistada A3 recuerda con sus palabras: *"tuvimos cuatro compañeros hombres, ellos eran muy queridos en el grupo muy diría yo que consentidos en el grupo pero les exigíamos y ocurrió una cosa cuando estábamos haciendo séptimo semestre, el programa de clínica avanzada hubo un paro en la Universidad y nos tocó. Acabamos de presentar el primer parcial, paro. No alcanzamos a ir a práctica, entonces nos tocó suspender. La profesora del Hospital de la Misericordia nos llamó, que si queríamos trabajar, y nos fuimos a trabajar en la Misericordia, y allá fueron dos hombres a trabajar, entonces, pues, y bienvenidos por la directora que al mismo tiempo era profesora aquí en la Universidad, pero... jeh! Los médicos eran duros con ellos"* [3:6].

Ubicados en la misma década, en el mismo espacio geográfico, resulta contradictoria la situación de género ante la imposibilidad de que los hombres cursaran sus estudios en la Universidad del Rosario. Aún más, la entrevistada A4 utiliza el concepto "profesiones femeninas" para describir la limitación de su Universidad frente al género masculino para cursar estudios de enfermería y obtener su licenciatura. Dentro del concepto "profesiones femeninas", la entrevistada pone, además de la enfermería, la nutrición, fisioterapia y bacteriología. Además, y desde la connotación y perspectiva de género, también reconoce la entrevistada que: *"hacía poco realmente ingresaba la mujer a la universidad, es más, había unas normas donde por ejemplo para estudiar medicina no podían estudiar las mujeres. En esa época en que yo estudié, ya un porcentaje mínimo se recibía, decían solamente 10% mujeres"* [4:7].

Una situación de contradicción sobre la presencia de estudiantes de género masculino en la Universidad Javeriana, enfrenta a las entrevistadas A6 y C9. Según la

primera, quien estudiase en Bogotá en el Hospital San José en la década de 1980, *"en cuanto a enfermeros, en mi grupo no había, pero ya estaba abierta la Universidad y en la Javeriana si ya habían enfermeros (sic)."* [6:10]. Pero C9, quien cursó estudios en la Javeriana entre 1985 y 1990 desmiente la presencia de personal masculino como estudiantes de enfermería al responder categóricamente, *"Ninguno"* [15:6].

Las informaciones hasta aquí obtenidas permiten extraer conclusiones de lo acaecido entre las décadas de 1960 a 1980, y tiene que ver con la apertura y posibilidad frente al estudio de enfermería en la historia de Colombia, luego de la década de 1970. Ahora bien, la ambivalencia de las informaciones de lo acaecido en términos de género entre 1980 y 1990, halla disparidades entre las instituciones. Así sucede en la década de 1990 con la Universidad de La Sabana en Bogotá, en la cual *"No"* hay presencia de estudiantes de género masculino según la entrevistada C4 [10:7], mientras que existían hombres cursando enfermería en la Universidad Industrial de Santander [UIS]. Afirma C1: *"Ninguno terminó conmigo, pero durante el transcurso de la carrera cursé con tres [hombres], y ellos fueron tratados de la misma manera que nosotras"* [7:3].

Ahora bien, entre otras razones, la no presencia de personal masculino se explica por C10 para la década de 1990: *"era difícil la aceptación de este [un compañero] por las enfermeras y médicos en las prácticas clínicas y la aceptación por parte de los pacientes"* [16:7].

De otro lado, a la pregunta que supone la aceptación de personal masculino cursando estudios de enfermería, y el trato diferencial, la respuesta de C3 expone que en Tunja en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia [UPTC], *"los tratos se generalizan hacia las mujeres, el compromiso se reflejaba más en las mujeres, se tienen en cuenta por la fuerza"* [9:7]. Igual trato sucede en la década de 2000 en la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales [UDCA], de acuerdo con lo manifestado en la contradictoria respuesta de C6: *"tres hombres en mi promoción, y no percibí ningún cambio en el trato, sin embargo, cargábamos fama de facilistas, lo cual demandaba en algunos mayor supervisión"* [12:7].

Finalmente, y en la década de 2000, se nota aumento en la proporción de hombres estudiando enfermería y recibiendo un trato igual. C11 resalta que en el contexto de la Universidad Nacional en Bogotá, durante sus estudios: *"no vi diferencia en el trato por el género, puesto que llevábamos el mismo uniforme y eso nos identificaba como iguales"*. [11:6]. Dicho trato igualitario se da en la UDCA según lo manifiesta C7: *"los hombres eran tratados de la misma manera que las mujeres"* [13:7]. Y de acuerdo con una reciente egresada de la misma universidad, *hubo hombres en su promoción y no fueron tratados de manera diferenciada, "ni en las prácticas, ni el ámbito universitario. Se brindan las mismas condiciones y oportunidades de aprendizaje"* [8:6].

Los cambios y las dinámicas sobre el "género" como herencia en la historia de la enfermería hacen notable que hoy se tenga una visión incluyente, a partir de un trato igualitario circunscrito al espacio de la epistemología. Para Harding, "el mantenimiento

de las categorías de clase social, raza y género en la ciencia provoca la oposición al reconocimiento de unos objetivos comunes y a organizarse con independencia de esas divisiones" (1996, p. 67). Lo contemplado en el recorrido institucional y geográfico en la historia de la enfermería en Colombia, permite afirmar que epistemológicamente sustentada la enfermería en términos de apertura, y no exclusividad en relación con uno de los géneros, muestran plausiblemente la creación de horizontes para el trabajo común, en un entorno y contexto de la profesión.

### **7.1.1.2 Superación de la herencia religiosa y empoderamiento del profesional de la enfermería**

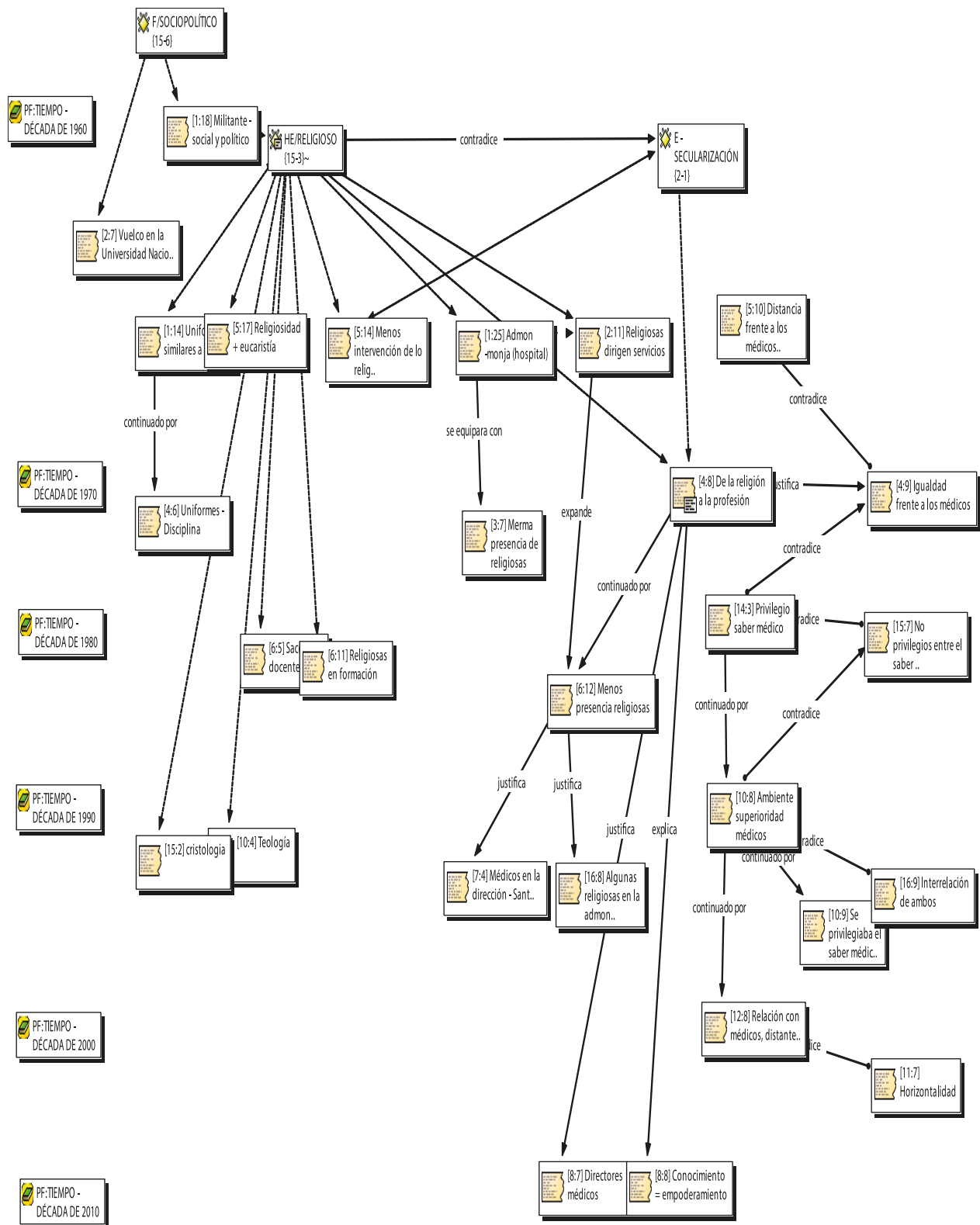
La riqueza de los hallazgos en relación con la herencia de la enfermería en el ámbito "religioso", en su historia corresponde al contexto "sociopolítico" en el cual la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional recibe la influencia "militante" por la presencia de Camilo Torres. En el contexto de la Iglesia Católica, la renovación doctrinal incorporada por el Concilio Vaticano II, y en el contexto latinoamericano, las conferencias episcopales (fundamentalmente la realizada en Medellín en 1968), provocan la aparición de un preponderante sector de pensadores y religiosos que abogan por una "Teología de la Liberación". En este contexto, Camilo Torres muere el 15 de febrero de 1965 combatiendo con las guerrillas del Ejército de Liberación Nacional (E.L.N.), y paga "el precio del compromiso" (Berryman, 2003, p. 21).

Las informaciones aportadas en las entrevistas, permiten observar esta presencia "militante", fundamentalmente en la década de 1960 en la Universidad Nacional, tal como se contempla en la *Figura 12* en el extremo superior izquierdo. De otra parte, se observan aspectos sobre el vestir, la disposición de algunas disciplinas en instituciones en las cuales el tema religioso es transversal en su currículo, la presencia de ritos y personal religioso ejerciendo la docencia y en formación, para culminar con la contradicción de la influencia de una educación "secular". Como se observa el siguiente apartado de la Presidencia de la República citado por Gómez et al (2011):

El sitio asignado para ser el lugar de enseñanza práctica y de residencia de los estudiantes fue el Hospital San Juan de Dios; el cuidado de los enfermos estaba bajo la dirección de las hermanas de la Caridad, que tenían un contrato con la Beneficencia de Cundinamarca para este fin. La enseñanza e inspección de la práctica relacionada con la teoría que desarrollaban los profesores y la supervisión de la conducta de las enfermeras en formación, se propuso que fuera realizada por dos hermanas enfermeras de la Caridad que la Junta de Beneficencia pidió a Europa. (p. 91)

Las consecuencias se muestran en los hallazgos, por cuanto el personal religioso hace presencia en la administración, y el factor educativo asociado con la transformación en la historia, distancia en la formación y el privilegio del conocimiento de la medicina sobre la enfermería. Allí la "secularización" como categoría emergente justifica la paridad entre el profesional y el saber médico, frente al profesional y el saber de la enfermería. Sin embargo, en este proceso se evidencian contradicciones de acuerdo

con el contexto, como lo muestran las relaciones en el extremo inferior derecho de la *Figura 12*.



**Figura 12.** La superación de la herencia religiosa y el empoderamiento del profesional de la enfermería.

En la década de 1960, la Universidad Nacional tenía el impulso e influencia de Camilo Torres. La entrevistada A2 recuerda: *“fue la época de la rebelión, de los movimientos de oposición. La Universidad se volcó hacia Camilo. Fuimos a recogerlo al aeropuerto, porque llegó del Perú. Y lo trajimos, y se paró en una tarima de Sociología”* [2:7]. La influencia de este cura capellán de la Universidad, quien había estudiado Sociología y Teología en Bélgica en la década de 1950, exigía un compromiso “militante” con el llamado a todos los cristianos para que se comprometieran con la revolución, *“ya que era el único medio efectivo de ‘hacer realidad el amor a todos’* (Berryman, 2003, p. 22).

La entrevistada A1 en su relato reconoce ese compromiso y exigencia de un trasfondo social y político que Torres, en condición de docente de Sociología, y al cual había seguido desde la Facultad de Enfermería, señala: *“nosotros trabajamos con Camilo, se veía mucho la parte de la Biblia. Sí. Y es la única época en que yo he leído la Biblia, porque a mí como eso no me gusta, entonces cogía él y le hacía una interpretación muy racional de lo que era la Biblia. Uno seguía siendo católico pero con un trasfondo social y político muy grande”* [1:18].

La “herencia” que versa sobre el contenido religioso, en esta interpretación se abre a una nueva perspectiva, con una impronta muy característica de lo que a través de la “teología de la liberación”, Latinoamérica vivió como uno de sus procesos y proyectos no vistos en otras latitudes.

En un sentido tradicional, de otra parte, las entrevistas dilucidan aspectos como el vestir uniformes que son símil de un hábito cuya connotación monacal lleva la impronta religiosa. A1 manifiesta a ese respecto sobre su uniforme en la misma Universidad Nacional en el tiempo de

los movimientos sociales militantes: *“Azul con blanco, encima un peto blanco, pero nosotros teníamos, mire, cuando estábamos de primero a segundo, de primero y segundo medias negras y zapatos negros [con el vestido azul], como monjitas. Tenía mucho de monjitas, y cuando íbamos en el último semestre, medias blancas y zapatos blancos.”* [1:14].

En la década de 1970, en la Universidad del Rosario de Bogotá, la entrevistada A4 señala su perspectiva sobre los uniformes y la relación con la herencia religiosa, como un pasado ya superado. En sus palabras: *“anteriormente, las enfermeras tenían un uniforme que iba hasta el piso. Parecían un poquito unas monjas. Vivían internas en la Facultad. No se llamaba “Facultad”, se llamaba “Escuela”. Tenían vestido largo, eran como monjas. Tenían muchas normas. No las dejaban salir de noche, eran como unos internados. Cuando yo ingresé con el grupo de estudiantes, ya teníamos uniformes modernos, vivíamos en nuestras casas, éramos alegres”* [4:6].

De otra parte, elementos litúrgicos y de prácticas de devoción, eran involucrados en el espacio de formación en la década de 1960. A5, quien llegara al país y se formara

en los Estados Unidos señala y añora: *“hablando de la religiosidad, cuando llegué yo a Colombia, la misa era parte importante y el Padre Tessari... hay un hombre precioso allá en el Valle que iba, y era un italiano lleno de vida y amaba su fe y la quería transmitir. Eso influyó mucho sobre las estudiantes. Él hacía su misa amena, eso fue parte importante y eso se fue perdiendo”* [5:17].

La herencia religiosa tiende a desaparecer, y solamente se tienen como contenidos y prácticas aquellas que según lo manifestado por algunas entrevistas, vinculan esta herencia a instituciones y asignaturas muy específicas, como la “Cristología” en la Universidad Javeriana [15:2], o “Teología” [10:4] en la Universidad de La Sabana, y la presencia muy escasa de personal religioso ejerciendo la docencia [6:5] o en formación [6:11]. La separación entre la “religión” de aspectos de la vida como la “política”, para abogar por una condición “civil”, se comprende como fenómeno de “secularización”. Tal categoría se ha tomado para explicar el porqué de la superación de la herencia religiosa.

En un contexto diferente al de Colombia, la entrevistada A5 se forma en los Estados Unidos de América. Allá, la entrevistada manifiesta frente al tema confesional de la Institución: *“la universidad a la que yo asistí era confesional, metodista, y el centro hospitalario donde hice mi formación era Columbian Presbyterian Hospital, y las personas que quisiéramos podíamos participar en algunas actividades espirituales, pero, por elección, no porque era parte de la formación, para nada”* [5:14].

La distancia de la herencia religiosa se nota también en las funciones del personal que pertenece a alguna comunidad, al pasar a ejercer cargos en la administración de los hospitales, ya en la década de 1960 en el Hospital San José en Bogotá [1:25], o en Centros de Salud y en el Hospital San Juan de Dios en la misma ciudad [3:7].

En el espacio de formación en enfermería no se cuenta con personal religioso, ya en 1960 y en una Universidad como la Nacional en Bogotá. Afirma A2: *“Dentro de la facultad no teníamos religiosas. Las religiosas las teníamos en la práctica”* [2:11]. Las religiosas se ocupan de los servicios en hospitales, y, *“las direcciones de los hospitales las llevaban los médicos. En esa época [ya en la década de 1980] siempre era el médico o la enfermera lo que era más visible en los hospitales”* [6:12]. Empero, esto también depende de la institución. C10 manifiesta que en algunos sitios aún persiste en 1990 la dirección del hospital San Vicente de Paul, por parte de religiosos [16:8]. Y el personal religioso estaba ausente de la dirección de los hospitales en la región de Santander [7:4].

Esta disminución de la intervención directa del personal religioso en la dirección de los hospitales, y ausente en la formación en las facultades de enfermería ya desde la década de 1960, tiene implicaciones en la transformación de concebir la profesión. La entrevistada A4, entrevistada que en la década de 1970 recibe su Licenciatura en Enfermería en la Universidad del Rosario en Bogotá, resume con sus palabras lo que en el presente trabajo denota el proceso de “secularización”, para desprender

de la herencia religiosa, a la enfermería. En sus palabras: *“estaban ya saliendo las religiosas de los hospitales, los médicos eran los directores de los hospitales y teníamos muy buena relación. Médicos, enfermeras, todos los profesionales. Fue una época, donde yo creo, que nosotras las estudiantes de enfermería, las docentes y las decanas, teníamos un trato igualitario porque éramos ya profesionales”* [4:8].

Nótese cómo se desliga la actividad de la enfermería, también de la administración de los hospitales, del componente y personal religioso. Al abogar por la enfermería como profesión, se defiende para la década de 1970, la paridad frente al profesional de la medicina, y la adquisición de una condición fundamental en el momento de realizar la reflexión histórica en el aporte al estatuto epistemológico de la enfermería.

Esto no sucedía años antes, en los cuales el componente religioso era determinante como en las primeras escuelas de Enfermería a cargo de religiosas y dependientes de la Facultad de Medicina como era el caso de la Universidad Nacional, ni en otros contextos como el que recuerda A5 para el caso norteamericano, porque: *“allí había una clase élite que era el de Medicina, y nosotras... una anécdota: cuando entraba el médico general a la unidad donde uno estaba, digamos, estuviéramos escribiendo notas de enfermería o alguna cosa de pie, si era no residente, sino el jefe del departamento, lo que fuera, ahí si era ni una palabra, todas de pie, silencio mientras estaba el gran doctor allí. Era una cosa impresionante, y en esa época yo dije: “nunca jamás me casaré con un médico”, porque era muy autosuficientes creían que eran superiorísimos”* [5:10].

Este contexto de discriminación entre el saber médico y la enfermería, se supera, a partir de las informaciones que se tomaron, desde la década de 1970, pero no en una aplicación constante, sino, en un ir y venir de acuerdo con algunas instituciones y regiones. La entrevistada A4, quien terminó sus estudios en la Universidad del Rosario en Bogotá, manifiesta en sus afirmaciones: *“Nunca, nunca hubo discriminación pero yo creo que aunque el médico considerara que él era el profesional del más alto rango, nosotras, las estudiantes y las enfermeras de esa época, ya éramos de un gran perfil. Fuerte personalidad. Nos tratamos igual. Íbamos a todos los sitios iguales, éramos amigos en la parte social, pero también en la profesional o en la parte académica. Íbamos a las mismas conferencias, seminarios, prácticas, teníamos pacientes iguales, o sea, un paciente tenía un médico y una enfermera de estudiante que estaba haciendo su práctica, y éramos iguales”* [4:9].

Situación distinta sucede en Pasto (Nariño), donde la entrevistada C8, graduada en la década de 1980 señala cuando responde a la pregunta por el trato entre profesionales de la medicina frente a la enfermería: *“Bien, pero no en todas las prácticas, si se privilegiaba el saber médico”* [14:3]. Contrariamente, en la misma década y en la Universidad Javeriana se vive un ambiente de paridad. Manifiesta la entrevistada C9: *“Siento que en ese momento la relación entre médicos, estudiantes de medicina y estudiantes de enfermería, era bueno. No había privilegios entre el*

saber médico y de enfermería. Lo que sí se resalta, era la actitud del profesional de enfermería (profesor) de mostrar que el profesional de enfermería no debía disminuirse frente al médico, por tanto, se presentaban situaciones particulares en la práctica. El énfasis lo hacía el profesor de enfermería" [15:7].

En la Universidad de La Sabana en la década de 1990 sí se sentían tensiones entre los dos profesionales. Afirma C4: "No teníamos relación con los médicos en formación, se sentía un ambiente de superioridad por parte de ellos y de subordinación o inferioridad por parte nuestra" [10:8]. Aunque la entrevistada manifiesta disparidad y subordinación, reconoce que en sus estudios de Maestría halló el "objeto" que legitima y establece la episteme sobre la cual se soporta la enfermería. Nótese lo que continúa señalando en su entrevista: "se privilegiaba el saber médico sobre el saber de enfermería, la enfermera no era considerada como profesional, sino como asistente del médico, y desde la facultad, en mi momento, no quedó claro nuestro propósito profesional. En mi experiencia personal aprendí la esencia de enfermería integrando el desempeño profesional y el estudio de la Maestría, entendí que el cuidado nos daba ese elemento de independencia y profesionalismo" [10:9].

En un contexto y Departamento distinto, para la década de 1990 se encuentra un ambiente contrario en Antioquia y la Universidad que lleva su nombre. La entrevistada C10 dice al respecto: "La relación tanto con estudiantes de medicina, como con los médicos era buena, se privilegiaba y fomentaba la interrelación de ambas profesiones, existía respeto a las estudiantes y a las enfermeras profesionales, se compartía el saber médico en las rondas, revistas médicas, cursos y eventos de medicina. Se identificaban las funciones dependientes, independientes e interdependientes" [16:9].

Los datos de los entrevistados que corresponden a la década de 2000, aún sostienen la disparidad y distancia entre profesionales médicos y de enfermería. El entrevistado C6 describe sobre lo acaecido en la Universidad Nacional: "la relación con los médicos era distante, no determinaban al estudiante, e incluso a algunos profesores. Y se observaba que la relación se centraba en lo administrativo" [12:8]. Sin embargo, esto contradice la información de un mismo egresado en la misma década e institución que señala: "Siempre, y aun hoy tengo una relación de trabajo horizontal, creo que el enfermero con su conocimiento y profesionalismo se da su lugar" [11:7].

La entrevistada C2 perteneciente a la UDCA y recientemente egresada en 2013, responde sobre la administración de los hospitales en los que realizó sus prácticas: "la gran mayoría de los directores de centros hospitalarios en donde realicé las prácticas universitarias, son médicos." [8:7]. Esto señala que la herencia de la presencia religiosa que acompañó la historia de la enfermería, se diluyó al no contener personal perteneciente a comunidades religiosas en la administración. Y, recordando lo acaecido desde la década de 1960, ausente de su presencia en la formación.

---

---

De otra parte, la misma entrevistada resume su historia de formación para señalar en un comienzo la disparidad entre el profesional y el saber médico y el profesional y el saber de la enfermería, para culminar con el empoderamiento que en la praxis se atribuye al ya formado profesional -de la enfermería-, luego de haber adquirido el saber que le especializa y sustenta, y que para nada menciona contenido religioso. Mientras que la egresada de la UDCA manifiesta: *“Durante los primeros semestres se notaba una marcada diferencia en relación con estudiantes de medicina y enfermería, había mayor atención frente a lo que refería el estudiante de medicina. Al ir estando en semestres superiores en enfermería, se posesiona el saber de enfermería, dependiendo del empoderamiento con el que se lleve en práctica”* [8:8].

### 7.1.2 Requisitos para los estudiantes y docentes y el “perfil de la enfermera”

Los datos dispuestos en la red (*Figura 13*) permiten señalar que los factores educativos mantienen interacciones de exigencia sobre las calidades y requisitos para los candidatos y candidatas a enfermería, como para quienes realizan actividades de docencia en las facultades de enfermería. Vuelven a aparecer el factor sociopolítico y la “herencia” del tema religioso en perspectiva de vinculación con el tema de la “vocación”. De otra parte, y también como con categorías emergentes que en la historia de la enfermería se realiza, está el aporte en el ámbito internacional del “perfil de la enfermera” que para la década de 1970 resulta luego de un proyecto de investigación.

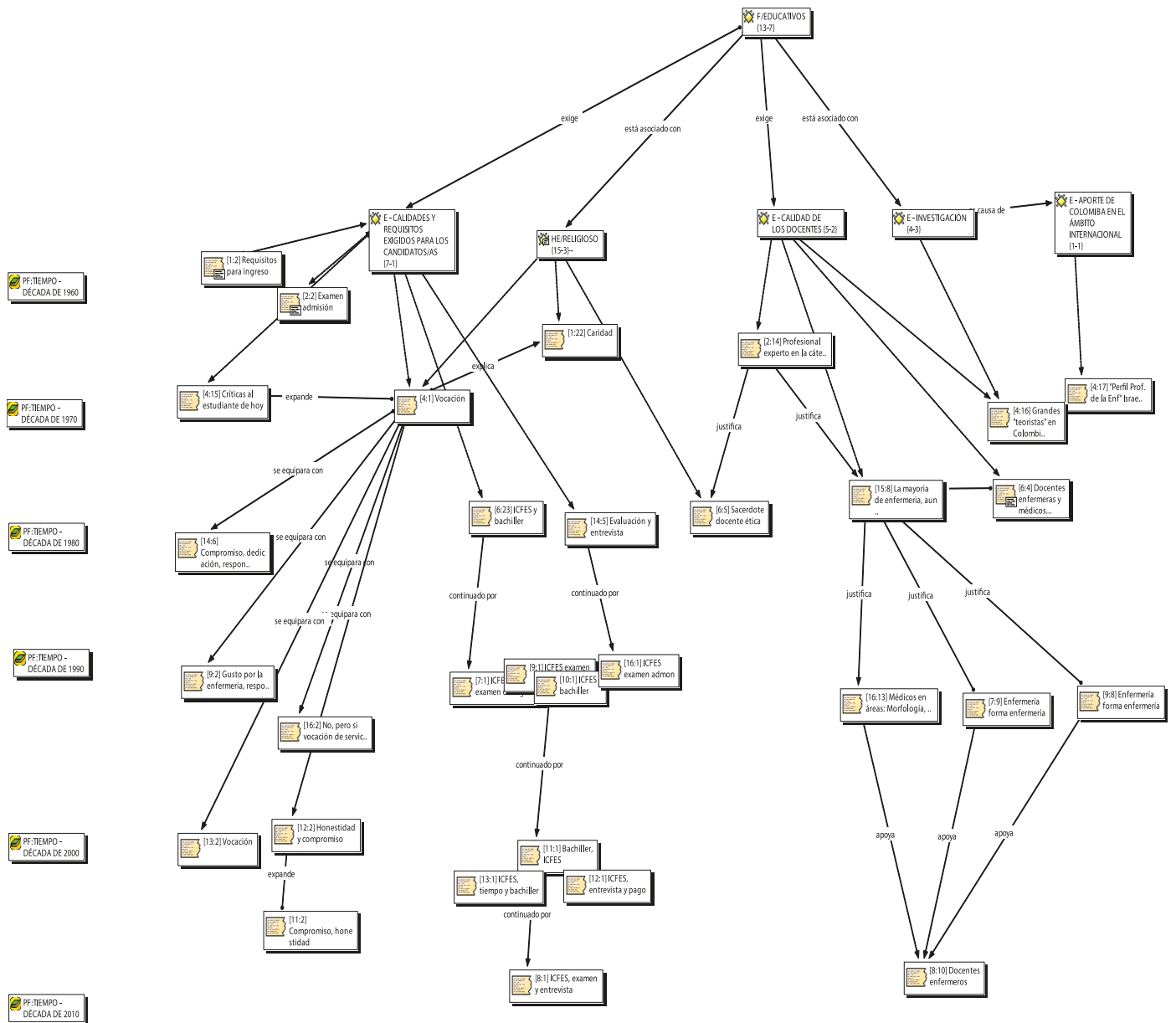


Figura 13. Requisitos para estudiantes y docentes, y el "perfil de la enfermera".

En la década de 1960 y como requisitos para el ingreso a la Universidad Nacional en el programa de enfermería, se tenía: "Ser mayor de 18 años, tener bachillerato completo, tener salud, no tener defectos físicos [sic]" [1:2]. Nótese la exigencia académica y el aspecto mismo de la salud del candidato. Ahora bien, enfatizar en el tema de los "defectos", tiene que ver con un concepto muy restrictivo de salud y disposición corporal y física. Los datos aportados por la entrevistada A2, señalan la existencia de un examen de admisión [2:2].

En la década de 1960, el poder religioso de la época, sumado a una herencia religiosa, determinó una práctica de enfermería centrada en la caridad, en la fé y en la virtud. Por ello, la entrevistada A1 menciona que en el contexto de la década de 1960: *“para nosotros nunca, nunca entró la salud como un negocio. Jamás, jamás. Jamás para nosotros no fue importante si la persona tenía o no tenía el dinero. Antes decían que eran servicios de caridad, pero eran servicios de caridad porque no pagaban. Y antes se decía ‘caridad’. ‘Deme una caridad’, decía uno; ‘hágame la caridad y me da”* [1:22].

En el análisis sobre las respuestas a la pregunta sobre los requisitos y calidades para el ingreso al estudio de la enfermería, dos son las direcciones. En primer lugar, y explica el tema de la caridad, en el contexto de la Universidad del Rosario la entrevistada A4 pone la “vocación”. La palabra también guarda una impronta religiosa. Por la acepción etimológica, del latín “vocatio”, como verbo que significa “llamar”. La entrevistada, con relación a la vocación manifiesta: *“nos evaluaban unas actitudes de servicio, de ética, de sacrificio, lo llamaban así porque lo primero era nuestra vocación de servicio a la comunidad y a los pacientes, más que nuestros intereses personales”* [4:1].

La misma entrevistada, y con sustento en su posición, expande el alcance de su consideración sobre la “vocación”, para criticar a los estudiantes de hoy y recalcar en el objeto de la “enfermería” vocacionada al servicio. A4 recalca: *“el estudiante de hoy divaga un poquito, cierto. No es disciplinado, sus actitudes han cambiado, nos falta profesionalismo, nos falta ética, nos falta actitud de servicio. Eh. Allí dejábamos todo a la puerta del hospital, la familia, los problemas, los novios, la recreación, se centraba nuestro único objetivo era con mucha disciplina y dedicación formarnos, atender al paciente, la familia, dar ejemplo, mostrar nuestro papel de enfermeras, cierto. Eso tenemos que rescatarlo quienes somos, porque somos unas altas profesionales que sabemos muy bien comportarnos, atender, servir, debatir ante todo el equipo de salud el tratamiento de un paciente porque teníamos y seguimos teniendo una fortaleza que es realmente la atención integral.”* [4:15].

El “llamado”, la “vocación”, se equipara con respuestas sobre las calidades y requisitos para los candidatos y candidatas, por lo que en la década de 1980 y en un contexto como el de Pasto en el Departamento de Nariño, se exige “compromiso, dedicación y responsabilidad” [14:6]. De la misma manera en la UPTC de Tunja la entrevistada C3 manifiesta la exigencia del “gusto por la enfermería”, la “responsabilidad” y el “respeto” [9:2], en la década de 1990. En Antioquia, “en la facultad no existían exigencias, requisitos específicos o cualidades, al contrario, se encontraba con mentalidad abierta y liberal al respecto, y a permitir el ingreso de hombres, sin embargo, se insistía en la vocación de servicio” [16:2]. También en la UDCA ya en el nuevo milenio, se exige: “vocación para ser enfermera en cualquiera de los campos de la misma, ser capaz de ser líderes y brindar soluciones a las problemáticas de la sociedad” [13:2], y, “para llevar estudios de enfermería uno debería ser una persona honesta, puntual, con compromiso personal y social”

[12:2]. En la Universidad Nacional, de acuerdo con el entrevistado C5, también se exige: *“compromiso, honestidad, disciplina y constancia”* [11:2].

En segundo lugar, las respuestas a partir de la década de 1980 coinciden en la condición de “bachiller” del candidato o candidata”, la exigencia de los resultados del examen que desde finales de la década de 1960 el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior [ICFES], [6:23], el examen de ingreso y la entrevista [14:5] [7:1] [9:1] [10:1] [16:1] [11:1], además de la disponibilidad del tiempo [13:1] y capacidad de pago [12:1]. En la entrevista a la egresada más reciente de la UDCA se escucha en su respuesta: *“haber culminado en su totalidad el bachillerato, haber presentado el examen de estado (ICFES), diligenciar y cancelar el formulario de admisión a la universidad, y, finalmente, una entrevista con docentes de planta de la facultad de enfermería y un psicólogo.”* [8:1].

Sumada a la categoría que refiere las exigencias de calidades y requisitos para los candidatos y candidatas, está la categoría que agrupa los datos sobre la calidad de los docentes. Desde la década de 1960 se tiene por criterio la experticia de los docentes para desempeñar la docencia en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional. Afirma la entrevistada A2: *“La anatomía nos la dictaba un profesor médico. Un médico que era un fisiólogo. Un profesor muy bueno. La farmacología nos la daba una farmacóloga, Carmen Santiago. Siempre fueron todas esas, y lo mismo que la sociología [con Camilo Torres] y todo eso con profesores de la Universidad. Solo Enfermería y las enfermerías”* [2:14]. En la parte final de la entrevista, se observa, cómo solo las enfermerías eran asumidas por profesionales de enfermería, lo que da un componente de especificidad en cuanto a la fundamentación en torno al cual gira el saber de la enfermería.

La experticia, eventualmente convocaba la presencia de personal religioso en la formación. Tal es el caso del Hospital San José, en donde en la década de 1980, *“un jesuita [sacerdote] fue el que nos dio Ética”* [6:5]. La cita apoya, en el mismo contexto y época, que se compartan asignaturas con estudiantes de medicina, pero, *“el resto de materias, ya lo que fue todas las enfermerías, algo de sociología y un poquito de antropología, se vio. Eso sí lo veíamos ahí por las enfermeras. [¿Sociología y antropología las daban las enfermeras?]. Si, si, ellas eran las docentes. Ya todo lo demás lo daban la enfermería, solo enfermería las enfermeras eran nuestras docentes. [O sea, ¿médicos solamente en qué programas tuvieron?]. Solamente tuvimos en anatomía, medicina interna, fisiología y química.”* [6:4]. Este extracto también deja entrever la exigencia en la calidad de profesionales para detentar la cátedra en asignaturas con requerimientos especiales, y la especificidad propia de un saber como la enfermería. Nótese la pertinencia de enfermeras docentes, abordando los temas de su competencia, y otros saberes igualmente abordados por sus profesionales de competencia por el saber en su área, lo que justifica que en la siguiente década en la Universidad Javeriana, *“la mayoría de enfermería, aun cuando recuerdo que las asignaturas básicas la daban profesionales formados en el área. Por ejemplo, patología la daba un patólogo reconocido del hospital. Fisiología igual, salud pública igual, etc.”* [15:8].

De la misma manera, en un contexto como el de la Universidad de Antioquia, se tenía: *“Médicos en áreas: Morfología, fisiología, microbiología, algunas clases en los cursos de pediatría, gineco, en estos eran orientados a enseñarnos las patologías o enfermedades. Enfermeras para enseñarnos los cuidados en cada uno de los cursos. Ciencias Básicas, nos daban clases profesores de otras facultades como químicos”* [16:13]. Y en la Universidad Industrial de Santander, *“Solo las enfermería fueron brindadas por enfermeras, y el resto eran médicos y una poca proporción por otros profesionales de la salud”* [7:9], mientras que en Tunja en la UPTC, *“No había formación de médicos solo de enfermeras”* [9:8]. Finalmente, hoy en la UDCA se tiene que la mayoría de los docentes son profesionales de la enfermería [8:10].

Las calidades en quienes realizan docencia, para la década de 1970 incrementa el tema de la investigación. De acuerdo con las manifestaciones de A4: *“la investigación ha permitido que la enfermera se forme con un alto estándar, y en ese momento ingresaron las “teóricas” de enfermería, entonces fueron invitadas por Colombia. Llegaron las grandes “teóricas” del mundo. Tuvimos proyectos de investigación que duraron dos o tres años aquí en Colombia. Donde ellas venían, nosotros íbamos, compartíamos, y eso permitió que todo el componente, el diseño disciplinar de la enfermería se modificara”* [4:16].

En estas circunstancias, emerge como categoría el “aporte” de Colombia en el ámbito internacional, toda vez que, reconoce la misma entrevistada A4: *“ya egresada hice uno de los primeros trabajos de investigación que era el diseño del ‘perfil profesional de la enfermera’. Eso lo trabajé paralelamente con el del médico, y con el de otras profesiones de la salud. Se hizo como una investigación, no, que hace esto en otros países (sic). No. Todo un proceso de una investigación. Después, ese ‘perfil’ fue presentado en el congreso mundial de Israel, donde fue escuchado y debatido por todas las enfermeras de todos los países del mundo, quiero hacer una especial referencia a ese congreso, porque allí fue nombrada presidenta mundial la enfermera Nelly Garzón. Donde todos los países (sic), las enfermeras de todos los países del mundo la eligieron a ella como enfermera, y era la colombiana”* [4:17].

El tema del ‘perfil’ ha preocupado a la mencionada Nelly Garzón, de quien se tiene el dato en su exposición en el Congreso Nacional de Actualización en Enfermería, el 22 y 23 de septiembre de 1992, en el cual propone como componentes del perfil los roles característicos de la enfermería así:

*“Rol Percibido. Es la concepción personal y general que tiene los profesionales de enfermería sobre la naturaleza de su trabajo, sus funciones, su identidad como profesionales de la salud. Rol Prescrito. Son las tareas asignadas por las instituciones de salud que se basan en normas, estatutos y reglamentos o disposiciones legales. Rol Esperado. Son las expectativas que el individuo, familia o comunidad tienen acerca de los servicios y funciones de la enfermera”* (citado por Forero, 2012, p. 33).

### 7.1.3 Discusión de los factores sociopolíticos en la historia de la enfermería

La discusión en torno a los factores sociopolíticos en la historia de la enfermería, se dará en tres momentos. El primero, se detendrá en las asociaciones que vinculan este factor con los factores económicos y de salud. El segundo, en la relación que estos factores tienen con el “respaldo legal de la profesión”. Y el tercero, a partir de la categoría emergente “dedicación exclusiva e internados”, la cual muestra contradicción con los factores sociopolíticos en la década de 1960.

#### **7.1.3.1 Discusión de los factores sociopolíticos y su asociación con los factores económicos y de salud en la historia de la enfermería**

La década de 1960 tuvo distintas dinámicas y convulsiones en muchos aspectos de la vida social. Uno de ellos, la aparición de movimientos de izquierda en el cual militaron muchos de sus estudiantes y, como se trató en apartados anteriores, tuvo presencia en el ELN de quien fuera profesor de Sociología en la Universidad Nacional (El Padre Camilo Torres). Estas circunstancias las recuerda la entrevistada A2 cuando hace la siguiente remembranza: *“en mi época hubo una cosa ya muy profunda y fueron los movimientos de izquierda y en eso nos metimos muchos estudiantes de la Universidad, y si hacíamos grupos de estudio, y eran como muy clandestinos, y hablábamos de los problemas que teníamos”* [2:6].

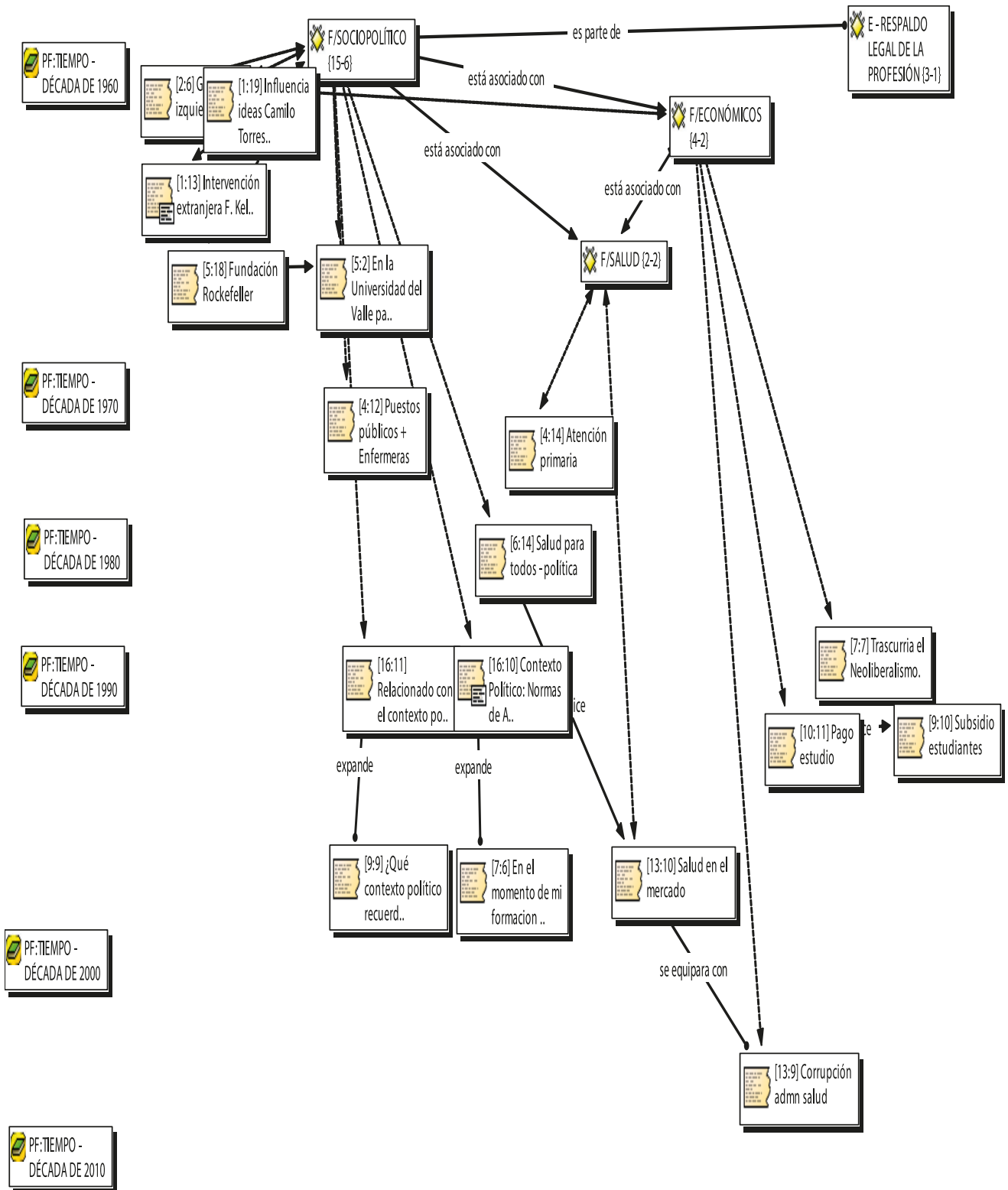


Figura 14. Discusión de los factores sociopolíticos y su asociación con los factores económicos y de salud en la historia de la enfermería.

De otra parte, y para proseguir con la exposición que muestra la *Figura 14*, hubo en las facultades de enfermería intervención de fundaciones extranjeras. Sobre la presencia de la Fundación Kellogg, A1 señala: *"a mí me tocó directora, a mí me tocó con Hellen Murphy, era la última gringa [sic] que estuvo aquí de la fundación Kellogg. Yo la conocí muy poco porque ella estuvo muy poquito. A ella la reemplazó María Teresa Murillo, una enfermera bastante importante- Y a ella la reemplazó Inés Durana como Decana."* [1:13]. La Fundación Kellogg apoya a los niños y niñas, familias y comunidades en el fortalecimiento y creación de las condiciones para el impulso y superación de situaciones en las que son vulnerables. Los datos aportados por A1 son objeto de mención en el trabajo de Pinto (2010), quien señala que: *"En la estructuración de la escuela juegan un papel importante la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Fundación Rockefeller y el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, institución que dependía del Instituto de Relaciones Interamericanas de Estados Unidos y del Gobierno de Colombia. De 1944 a 1951, la directora de la escuela fue la señorita Helen Howitt, remplazada posteriormente por la señorita Katherine Kain, quien fue relevada por Helen Murphy hasta 1955, fue nombrada de 1956 a 1957 cargo que ocupó la enfermera María Teresa Murillo Pombo y en 1957 fue nombrada la doctora Inés Durana Samper, enfermera egresada de la misma escuela y quien más tarde recibió el título de Licenciada de la Universidad Católica de América"* (p. 12).

De otra parte, y en relación con la fundación Rockefeller, A5 en su entrevista permite entrever la intencionalidad en la presencia de fundaciones extranjeras en Colombia, y para el caso que ocupa el presente trabajo, en la historia de la enfermería. A5 se formó y obtuvo su título en el extranjero. Recuerda la razón por la cual llega a Colombia: *"En la Universidad del Valle, para abrir la Licenciatura con apoyo de la Fundación Rockefeller requerían de un Bachelor en Enfermería"* [5:2]. El respaldo de los títulos académicos hace notoria la legitimidad de un profesional, y con ello, la validez de un estatus de reconocimiento sobre su carácter de cientificidad, sin que por ello el establecimiento del fundamento epistemológico reciba una definición "institucional" que se detenga en el título por el título mismo, sino que al instituirse un objeto propio, en su historia se integra en la universidad, y es allí el lugar en el cual se otorgan los referidos títulos.

En otra mención a la participación de la fundación Rockefeller, A5 señala: *"la fundación Rockefeller además de dar el aporte, mandó una asesora, la Señorita Telma Engels y el primer año de mi experiencia en el Valle, 61, a mediados del 61, hasta, no recuerdo, 62, yo estuve bajo la influencia de la Señorita Viveros más que todo en la parte técnica. Ya la segunda etapa la Fundación Rockefeller exigió que la Señorita Viveros fuera a recibir su formación como Licenciada también; se fue a Puerto Rico y, oh sorpresa, que quién quedaba encargada de la Escuela, porque era Escuela todavía, era Grace pero con la Srta. Engels. La Srta. Engels, ella fue mi directora, ella me ayudó a orientar la parte curricular"* [5:18]. La entrevistada hace notar, en este apartado y de interés para el presente trabajo, (1) la presencia de la fundación Rockefeller en la historia de la enfermería en Colombia con apoyo económico y de personal especializado, de otra parte, (2)

la necesidad de profesionalización y el respaldo de los títulos académicos, y, (3) el tránsito de “Escuela”, a “Facultad”.

Los factores sociopolíticos son de interés también para A4, enfermera perteneciente a la Universidad del Rosario en Bogotá en la década de 1970, ya no en perspectiva de la Universidad Nacional en la década de 1960 [1:19], sino, de compromiso social como extensión de la actividad profesional de la enfermería. La entrevistada menciona que hubo enfermeras ocupando cargos muy importantes, en *“la Superintendencia de Salud, y la Oficina de Recursos Humanos en el Ministerio”* [4:12]. La intención de recalcar en ello, se da porque desde las manifestaciones de la entrevistada: *“debemos [las enfermeras] seguir incursionando en la parte política. Es vital por nuestra profesión, por las políticas de salud de la comunidad, y para mejorar las condiciones de la comunidad porque la enfermera sigue teniendo esa sensibilidad al manejo integral de las poblaciones, de las familias, de las comunidades.”* [4:12]. Más adelante, y como se contemplará en la Figura 14, los alcances de la mencionadas “políticas públicas”, como parte de los factores sociopolíticos, reciben un desarrollo normativo codificado en el presente trabajo como “respaldo legal de la profesión”.

Una vez transcurridas la décadas de 1960 y 1970, en los datos referidos sobre el contexto sociopolítico por las personas entrevistadas, se señala que en Colombia fenómenos como el narcotráfico, la existencia del conflicto armado y sus impactos en la población, exigen de los profesionales de la enfermería, disposición para cumplir con el objeto de su profesión en este contexto. La entrevistada A16, quien se formara en un espacio geográfico y con las circunstancias políticas del Departamento de Antioquia en la década de 1990, trae un señalamiento muy concreto sobre estas dinámicas, a las que se suma la también problemática transformación del sistema de salud con fundamento legal en la Ley 100 de 1993. Manifiesta A16 sobre el contexto político: *“Normas de Atención primaria en salud, conflicto armado (guerrilla, autodefensas, narcotráfico, Pablo Escobar). Reforma a la Seguridad Social (Ley 100 de 1993). Se impulsa la Salud Pública y Atención Primaria en salud en el contexto colombiano. Por este motivo se empezaban a formar enfermeras con énfasis en Atención primaria, promoción y prevención, que trabajen en la comunidad de Antioquia”* [16:10].

La cita se destaca como la única entrevista en la que se menciona el “conflicto armado”. Los demás datos aportan circunstancias sociopolíticas de diversa índole, ocurridas en Colombia a partir de la década de 1980. Para mencionar un caso, se cita lo referido por C3: *“Protesta estudiantiles, muerte de Galán, ajustes a la educación superior, los costos, participación en discusiones académicas,”* [9:9].

Por otro lado, en la revisión del factor salud en la década de 1970 en las entrevistas se destaca: *“empezó en ese momento una política de salud muy importante que fue la reunión de ‘Alma Ata’ [en 1978] y la ‘Atención Primaria’; entonces hablamos de la parte clínica y de salud pública, pero empezó este nuevo movimiento de la ‘Atención Primaria’, el ‘Trabajo Comunitario’; esa fue una*

*política importante que ocurrió en ese momento” [4:14]. En la década de 1980, “El presidente de Colombia era Belisario Betancourt, su programa de gobierno era: ‘Cambio con Equidad’, el cual tenía tres criterios: Estabilidad, Crecimiento y Equidad. En cuanto al servicio de salud, se caracterizaba por ser asistencialista y se empezaba a aplicar la estrategia de ‘Atención Primaria en Salud’ (Salud para Todos en el Año 2000).” [6:14].*

A la pregunta por los factores sociopolíticos, en los entrevistados se denota una asociación con los factores de “salud” y “económicos” por la problemática suscitada con la reforma al sistema de salud en Colombia y la finalización de la anterior referencia al carácter “asistencialista” en la salud. La entrevistada C1 precisa: *“en el momento de mi formación me tocó la transición del antes y el después de la Ley 100 con su descentralización y la formación de las EPS [Entidad Promotora de Salud], IPS [Instituciones Prestadoras de Servicios], y demás. Considero que la muerte de [Carlos] Galán, también influyó” [7:6].*

En estas circunstancias, el problema económico está de fondo y determinante. La entrevistada C1 destaca que a partir de la década de 1990 transcurre el “Neoliberalismo” [7:7]. Y, para C7, la razón para la adscripción del tema de la salud con la economía, está en el contexto de *“la división entre ricos y pobres”*; señala, *“es decir, entre régimen subsidiado y contributivo, entre los que tienen plata y acceden a buenos servicios y los que no poseen la misma oportunidad” [13:10]. Estas situaciones han llevado a que en la salud y en el sistema incorporado por la Ley 100 de 1993, se hable de corrupción. C7 manifiesta que se vive: “el contexto de la corrupción en cuanto al presupuesto de la salud” [13:9].*

Todavía más, en las circunstancias de la formación de las personas en la profesión de enfermería, *“acceder a la educación pública no era fácil y la educación privada requería de un esfuerzo económico importante; sin embargo, en ese entonces todavía había estabilidad laboral lo que permitía lograr una organización financiera familiar para pagar los semestres y las becas por buen desempeño académico aliviaban la responsabilidad económica.” [10:11]. Sin embargo, en el contexto de la universidad pública como la UPTC de Tunja para la década de 1990, podría también contarse con “subsidios para estudiantes en alimentación, alojamiento en la universidad pública costos bajos de matrículas, oportunidad para aspirantes de otras regiones” [9:10].*

### **7.1.3.2 Factores sociopolíticos y el respaldo legal de la profesión**

Los datos de las entrevistas en perspectiva de la discusión sobre los factores socioeconómicos que tienen injerencia en la historia de la enfermería en Colombia, permiten de manera emergente soportar la categoría “respaldo legal de la profesión”, como se ve en la Figura 15.



**Figura 15.** Factores sociopolíticos y el respaldo legal de la profesión.

Por una parte, por cuanto las informaciones de la entrevistada A4 nota en los cambios de la legislación, la influencia en el desempeño profesional de la enfermera y en general, de todos los profesionales de la salud dada las nuevas condiciones laborales. En sus palabras, esta transformación provocó que, *“la enfermera era una profesional institucionalizada, éramos empleadas de hospitales. Había una estabilidad laboral inmensa, y eso permitió que se diera la oportunidad de abrir asociaciones, sindicatos, cooperativas que nos unieron inmensamente y fortalecieron la oportunidad de que las enfermeras viajaran a otros países, se desarrollaron en la parte social, política, económica, etc. Con la modificación de la ley laboral, y la nueva Ley, que fue la Ley 50”* [4:10].

La mención de la Ley 50 del 28 de diciembre de 1990 destaca la modificación al Código Sustantivo del Trabajo que data de 1950. En el artículo primero se definen los elementos esenciales del contrato de trabajo, a saber: [a] "La actividad personal del trabajador, es decir, realizada por sí mismo; [b]. La continuada subordinación o dependencia del trabajador respecto del empleador (...) y [c.] Un salario como retribución del servicio". Ya en vigencia de la Constitución Política de Colombia de 1991 en la que se establecen, además de los derechos en relación con el trabajo (contenido en el "Preámbulo", como "principio fundamental" en el artículo 1, como "derecho fundamental" en el artículo 25, y, entre otros, los principios mínimos fundamentales que contendrá el "estatuto del trabajo" del artículo 53).

La entrevistada C4 recuerda que en la década de 1990, *"La reestructuración del Sistema Nacional de Salud con la Ley 100 de 1993 (...) en enero de 1996 se publicó la Ley 266 por la cual se reglamentaba la profesión de enfermería."* [10:10]. La Ley 266 del 25 de enero de 1996, reglamenta la "profesión de enfermería en Colombia". Esta reglamentación de la profesión de enfermería en Colombia, establece los principios de la práctica sustentada en la "integralidad", "individualidad", mencionando el "cuidado" que orienta el "proceso" y la situación del contexto en el cual se desempeña; igualmente la "dialogicidad" en el "proceso del cuidado de enfermería", la "calidad", y "continuidad" en el "trabajo de enfermería" (Artículo 2). Sobre el estatus profesional, se cita el artículo 4º: "El profesional de enfermería ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, aporta al trabajo sectorial e intersectorial sus conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria y actualizados mediante la experiencia, la investigación y la educación continua. El profesional de enfermería ejerce sus funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden la salud".

La Ley 911 del 5 de octubre de 2004 establece los "principios y valores éticos del acto de cuidado de enfermería, para el "respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos (artículo 1); amplía los principios enunciados en la Ley 266 de 1996 mencionando la Beneficencia, No- Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, que "orientarán la responsabilidad deontológica profesional de la enfermería en Colombia" (artículo 2).

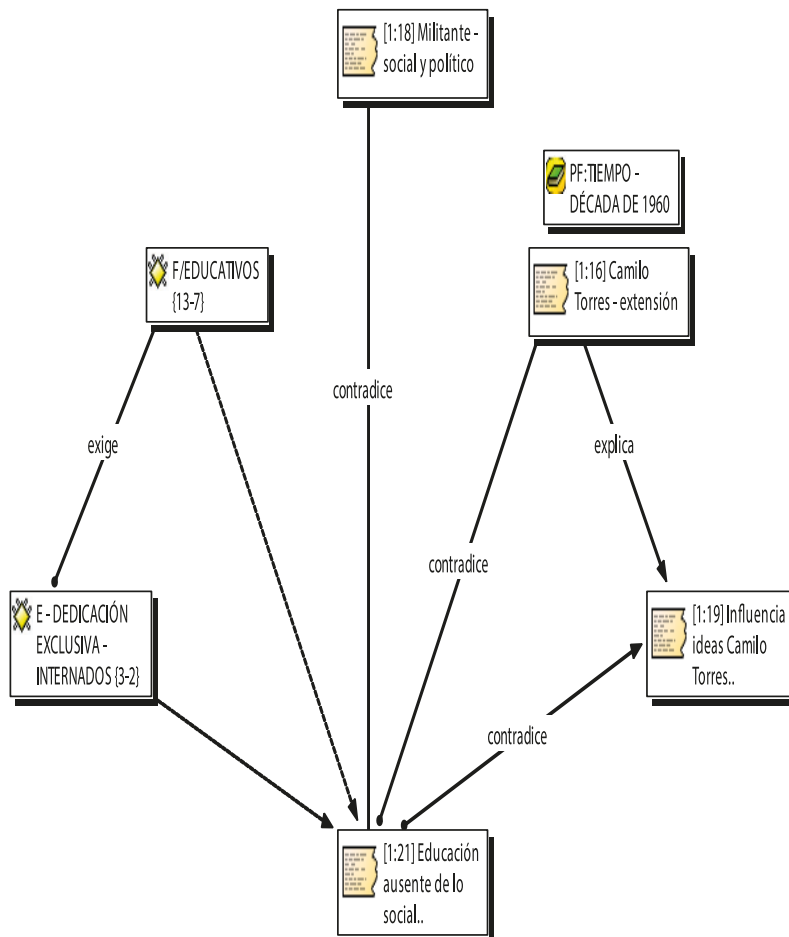
En el artículo 3 se define la razón de ser de la enfermería, a saber: "El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas". Durante la mención de las responsabilidades del profesional de enfermería en la práctica, se destaca que en la investigación y en la docencia se debe salvaguardar la dignidad, el conocimiento y aplicación de disposiciones éticas, y, entre otros, la propiedad intelectual.

Por otro lado, el respaldo legal de la enfermería se encuadra en las circunstancias transformadas en la década de 1990 con la Ley 100 de 1993. Las menciones a los factores que tienen influencia en la historia de la enfermería, son recurrentes en los

entrevistados en general, lo que contraponen un antes y un después: “La salud que se impartía era asistencialista. Pienso que la Ley 100 modificó el servicio de salud creando las EPS e IPS, cambiando las relaciones laborales y contractuales. Hay sobrecarga de trabajo tanto para el médico, como para la enfermera, y como gremio, la enfermería no es visible.” [6:15].

**7.1.3.3 La categoría emergente “dedicación exclusiva e internados” y la contradicción frente a los factores sociopolíticos en la década de 1960**

La impronta de trabajo comunitario como “extensión” del aprendizaje de enfermería hacia un enfoque “militante” de cara a un compromiso y proyección social de la profesión, con la existencia y participación de enfermeras en movimientos estudiantiles (“Movimiento Universitario por la Comunidad” [1:16]), se contradice al momento de evidenciar la “dedicación exclusiva” y el cursar estudios de enfermería en “internados”, factores de notable condicionamiento en el contexto educativo de la época por ausentar a algunas estudiantes de cualquier preocupación por temas sociopolíticos. Así lo reconoce, y trae a colación la entrevistada A1 al recordar: “se fue Nelly a estudiar y Ligia también se fueron a estudiar a Estados Unidos pero eran como escépticas a los problemas sociales, políticos y económicos eso no existía para nosotros, para nosotros existía una vida feliz, internas estudiando enfermería.” [1:21].



**Figura 16.** Factores sociopolíticos y el respaldo legal de la profesión.

---

---

## CONCLUSIONES FRENTE A LA PRIMERA PARTE:

### Aportes para la reconstrucción de la historia de la Enfermería en Colombia, a partir de las entrevistas y el cuestionario realizado

En ésta primera parte, donde se establecen relaciones entre las categorías iniciales herencias y factores se observa cómo las(os) participantes observaron y vivieron su proceso de formación. La categoría de herencias y factores no se presenta en la información suministrada como un listado diferenciado de cada uno de ellos; por el contrario, lo que se observa en las redes conceptuales que se establecen, es la interrelación que se presenta entre unas y otras. Si bien la herencia religiosa y de género enmarcan los procesos de formación, se observa cómo los factores socio-políticos y educativos también determinaron una reflexión sobre el ejercicio de la enfermería, específicamente, las enfermeras formadas en la década de 1960 en la Universidad Nacional desde el aporte sociológico que recibieron del Padre Camilo Torres.

Con relación a las redes que se establecen en cada una de las décadas se observa, cómo a medida que aumenta la década disminuye la influencia de la religión en los procesos de formación, para centrarse más, en la dirección administrativa de las escuelas de enfermería y dar paso a los médicos como responsables de los procesos de formación. Así mismo se amplía la mirada, para permitir desde el factor educativo en la década de 1970 y 1980 o 1990, en algunas Universidades, la entrada de los hombres a las facultades de Enfermería.

El aumento en los procesos de secularización, fue una causa importante para disminuir la influencia religiosa en los procesos de formación; ésta secularización, a su vez, favoreció a través del apoyo internacional, la llegada de enfermeras Norteamericanas a dirigir las primeras facultades de enfermería, quienes cursaban por un proceso reciente de separación de las Facultades de Medicina. (Las escuelas de enfermería inicialmente, funcionaron como escuelas anexas a las Facultades de Medicina; no eran independientes).

Esta dependencia profesional de los médicos, se daba no sólo en el espacio académico, sino en las actividades realizadas y en la vivencia relatada por los participantes, con relación a la diferencia que se establecía entre el saber médico y el saber de enfermería, que de hecho, otorgaba un estatus y una élite, a nivel profesional. Esta condición fue un factor determinante para pensar sobre la enfermería. No obstante, como se observa en los aportes de algunos participantes, no había una claridad, como lo menciona una de las participantes, del propósito de la enfermería, claridad que ella menciona sólo logró cuando realizó estudios de maestría.

Frente al perfil de la enfermera se encuentra cómo las seis primeras enfermeras resaltan que la enfermería era una vocación, un servicio de caridad que se daba a una persona; la salud, como manifiesta una de las participantes, no se veía como un negocio. Otro aspecto que evidencia la relación estrecha entre la influencia religiosa y el propósito de formación está dado, por las cualidades personales que debía tener el futuro profesional de la enfermería: "evaluaban la actitud de servicio, el compromiso, el respeto y la responsabilidad", actitudes que manifiesta una participante se deben rescatar en la formación actual. Es hacia la década de 1980, cuando adicional a estas cualidades se exige ser bachiller. Coincidente esta situación, con la libertad que tenían en esta época las mujeres en Colombia para acceder a planteles educativos.

Si bien se exigía un perfil para los estudiantes de enfermería en la década de 1960, también se observa cómo los docentes "en su mayoría médicos o profesionales de otras áreas" tenían un requisito específico que era, la experticia y el dominio del saber en el programa académico que lideraban.

Todos los datos aportados por los participantes son importantes, por cuanto en la historia del conocimiento científico, parecerían estar ausentes los temas y compromiso social, por connotar respuestas de coyuntura. Pero esta observación podría ser válida en otras circunstancias, no en la defensa que desde el abordaje histórico y como aporte del presente trabajo, se realiza en la revisión histórica con los datos indicados por participantes en este devenir histórico, que tienen que ver, no tanto, con el establecimiento del estatuto epistemológico de la enfermería, sino con el respaldo en la superación a las limitaciones con relación a: ciencia, género, religión y a la adquisición de una visión secular que impulsó, junto con el apoyo de las Fundaciones Kellogg y Rockefeller, el inicio de procesos investigativos, para consolidar la enfermería como profesión.

Es así como el análisis de esta primera parte, que surge de las redes establecidas con los aportes de los participantes, denota claramente, la ausencia durante ésta época de un estatuto epistemológico de la enfermería y de una claridad frente al proceso de formación. Se podría inferir que durante las décadas de 1960 a 1970 e incluso 1980 en Colombia, el propósito fue, la búsqueda de la identidad e independencia profesional.

## 7.2 Aportes para el establecimiento del Estatuto Epistemológico de la Enfermería

Los datos de las entrevistas y categorías interrelacionadas que se muestran en la *Figura 17*, vincula, en primer lugar, la enfermería con la ciencia y el objeto de estudio haciendo parte de ello, la relación encaminada hacia la definición de la enfermería. Allí la importancia del "cuidado", y los vínculos de la enfermería

---

---

con otras disciplinas que a juicio de las personas entrevistadas aportan al establecimiento del estatuto epistemológico. En segundo lugar, se anota la enunciación misma de la "ciencia" como parte del título académico obtenido en una institución universitaria. En tercer lugar, se tienen los contenidos curriculares y disciplinas estudiadas, que permiten emerger una categoría sobre los temas de enfermería que en el devenir de la historia, luego son especializados. En cuarto lugar, los aportes sobre la definición de la enfermería como arte y ética del cuidar, relacionadas con el concepto de "persona", de donde continúa, en quinto lugar, la vinculación con el "entorno", como exigencia de la interacción teoría-praxis propia de la enfermería, también asociada con los factores sociopolíticos, educativos y de investigación, que se trataron en la primera parte de este análisis. Como se contempla, las categorías iniciales sobre los conceptos de "salud" y "enfermedad", en el análisis no recibieron datos relevantes que se puedan vincular.

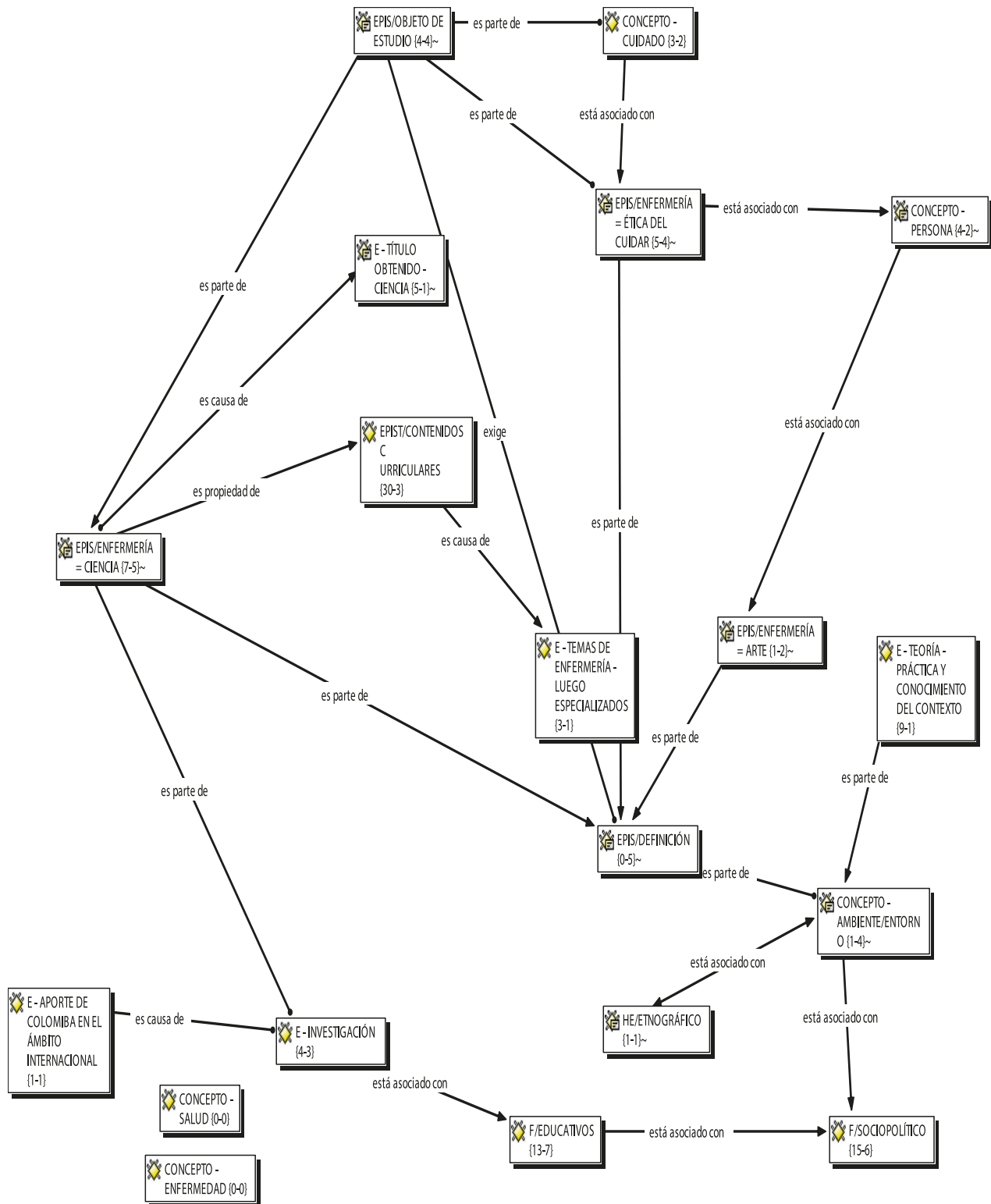


Figura 17. Categorías en relación con el aporte para el establecimiento del estatuto epistemológico.

## 7.2.1 La enfermería y la fundamentación científica del cuidado como su objeto

En la historia del conocimiento científico, ha habido virajes que cambian la perspectiva en las líneas de atribución del carácter y reconocimiento frente a distintos eventos con el apelativo "ciencia". Así sucede con la ruptura en la historia de la filosofía, que con los griegos hace tránsito del "mito" al "logos", esto es, de las explicaciones que acuden al mito, a las explicaciones que acuden a la razón (Morey, 1988, p. 10). Luego, del Medioevo, de paso por el Renacimiento, la aparición del "método científico" y los extremos que de manera excluyente traen la ciencia positiva como única forma válida de conocimiento y de ciencia, se debe a la exposición de A. Comte en su obra *Discurso sobre el espíritu positivo* (2007), al señalar los tres estados por los cuales trascurre la evolución intelectual de la humanidad, a saber, el paso y superación de los estados "teológico" y "metafísico", a la madurez del estadio "positivo".

La connotación de los límites del conocimiento científico, pesan entonces al momento del establecimiento del estatuto epistemológico de la enfermería. Por esta razón, y en la materia, los investigadores Fuerbringer, Villareal & Guerra, realizan una lectura para confirmar la científicidad de la enfermería con un aparato categórico-conceptual propio y un método específico, que afirman aún no se tiene (1995, p. 17), sin embargo, reconocen más adelante que en la interrelación de un proceso que conduce al saber, está la presencia de un objeto, frente a un sujeto cognoscente (Fuerbringer, Villareal & Guerra, 1985, p. 182). Por esta razón, el establecimiento del estatuto epistemológico de la enfermería con el cual se realiza el análisis, parte de la interrelación entre la ciencia y la existencia de un objeto que le es propio, a saber, el cuidado, a partir de las informaciones aportadas por las personas entrevistadas.

A la pregunta por el respaldo filosófico de la enfermería, las personas entrevistadas consideran aspectos muy clásicos de la ciencia en perspectiva positivista, por esto, como se ve en la Figura 18, se adhiere al conductismo [14:4] y al empirismo, *"ya que mediante la experiencia y la percepción sensorial se observaban las situaciones que ocurrían y los factores que incidían para que cierto caso mejorara o empeorara. De acuerdo con ello, se construía y se sustentaba el conocimiento, mediante las experiencias, el estudio de casos y actuaciones que demostraban resultados positivos o negativos, que dan lugar a los cuidados: razón de ser de la enfermera"* [8:11].

Pero, esto es contradicho por quienes "consideran que se posee respaldo en las 'ciencias sociales y humanas', dejando a un lado las ciencias básicas y biomédicas [de impronta positivista]" [11:8]. En este entendido, se apoya esta aseveración ampliando la categoría "humanismo" al "idealismo" (aunque no se aclara qué concepción, por parte de la entrevistada C7 se comprende por este último) [13:11] y aclarando que el sustento y fundamento en el "ser humano", en relación con la enfermería está en directa conexión con sus necesidades, y por lo tanto, existe apoyo de la corriente filosófica del "existencialismo" [9:12].

Aunado a las corrientes filosóficas que respaldan la enfermería, en la misma pregunta la entrevistada C1 responde en términos de metodología, demostrando el alcance de la profesión, por cuanto se vale de la multiplicidad de caminos en torno al conocimiento que se pueda provocar, con métodos que gozan del apelativo “científico”, tanto en contextos cualitativos como cuantitativos [7:10].

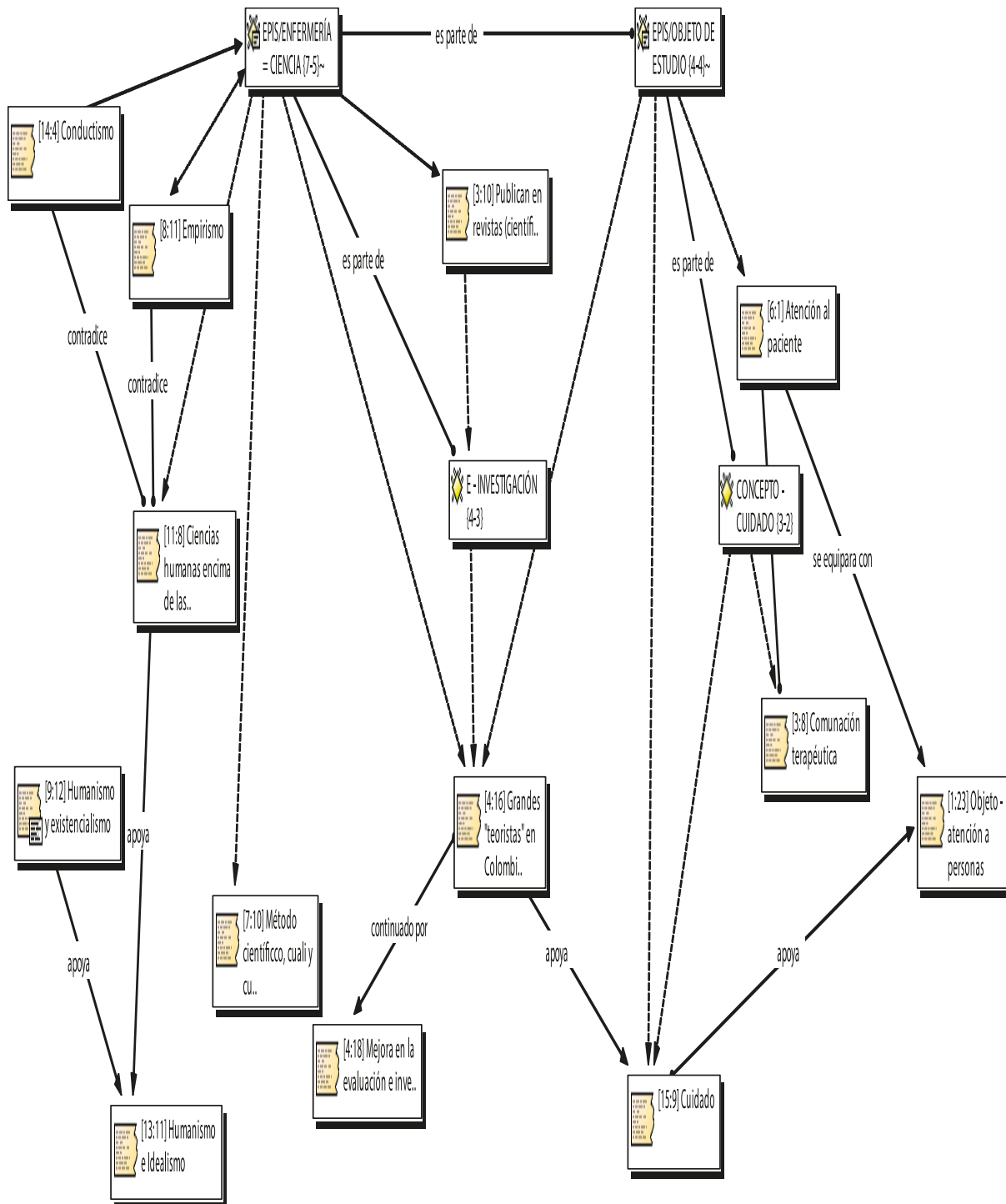


Figura 18. La enfermería y la fundamentación científica del cuidado como su objeto.

La enfermería en su definición como ciencia, también involucra la investigación, aportes realizados por las “teóricas de la enfermería” (enfermeras Norteamericanas y Canadienses, autoras de modelos los teóricos en enfermería). La entrevistada A4 recuerda en su relato: *“la investigación ha permitido que la enfermera se forme con un alto estándar, y en ese momento ingresaron las “teóricas” de enfermería, entonces fueron invitadas por Colombia. Llegaron las grandes “teóricas”. Tuvimos proyectos de investigación que duraron dos o tres años aquí en Colombia. Donde ellas venían, y otras enfermeras íbamos y eso permitió que todo el componente, el diseño disciplinar de la enfermería se modificara”* [4:16]. En específico, esto provoca que, aparezcan “teorías”, se den “discusiones”, en la formación se realice el “rediseño curricular”, se establezcan reflexiones sobre el “perfil profesional”, también se contemplen las “competencias” específicas de la enfermería. La misma entrevistada continúa en su enumeración, acotando que *“se fortaleció la evaluación del estudiante con técnicas muy avanzadas, muy serias, como todo un proceso de investigación porque ahora trabajamos alrededor de los procesos de investigación, no solamente la formación, sino, la evaluación del estudiante, la evaluación del egresado”* [4:18].

De otra parte, y como conexión entre la producción del conocimiento científico y la investigación, está la existencia de las “publicaciones”. A3 señala este fenómeno: *“eran muy reconocidas [las profesoras enfermeras de su época -década de 1970] y por ejemplo, en las revistas, hacían revistas donde estaban los estudiantes de medicina y los de enfermería.”* [3:10].

En este entendido, de un objeto propio, es posible hallar el sentido, la razón de ser de la enfermería, su estatuto epistemológico y sustento del aprendizaje para ejercer una profesión. C1 insiste en que: *“la enfermería reconozca en realidad que su sentido de existir es la atención de las personas, ahí volveremos a ser profesionales”* [1:23]. Y en el espacio de la formación, en el aprendizaje, el objeto de estudio de la enfermería, es fundamental en el momento de concebir y fundamentar la profesión. A6 elabora una disertación durante su entrevista, en la cual señala que: *“los profesores nos daban su luz, como parte de formación, tocaban algún aspecto del ser humano y cómo nosotras tenemos que proyectarnos hacia la atención del paciente”* [6:1].

Finalmente, el establecimiento del sentir, de la razón de ser sobre lo cual se soporta epistemológicamente la enfermería, hace que de una generación a otra haya un llamado de atención. C3, entrevistada perteneciente a una generación de la década de 1970, señala en la experiencia que compartió en la entrevista realizada: *“lo esencial de la carrera, profundizarlo, no dejarnos distraer de una cantidad de cosas que se van dando y, eso lleva a que, como que lo esencial se deje de lado. En la revisión que usted me pidió que hiciera yo miro que de pronto uno se distrae mucho en cosas administrativas y la esencia del trabajo directo con el enfermo se deja de lado, y entonces, cuando se es egresado se (falta) igual el enfermo y entonces, ¿dónde quedó lo que se nos dio cuando se nos formó? El enfermo era muy importante, muy importante escucharlo. La comunicación, que*

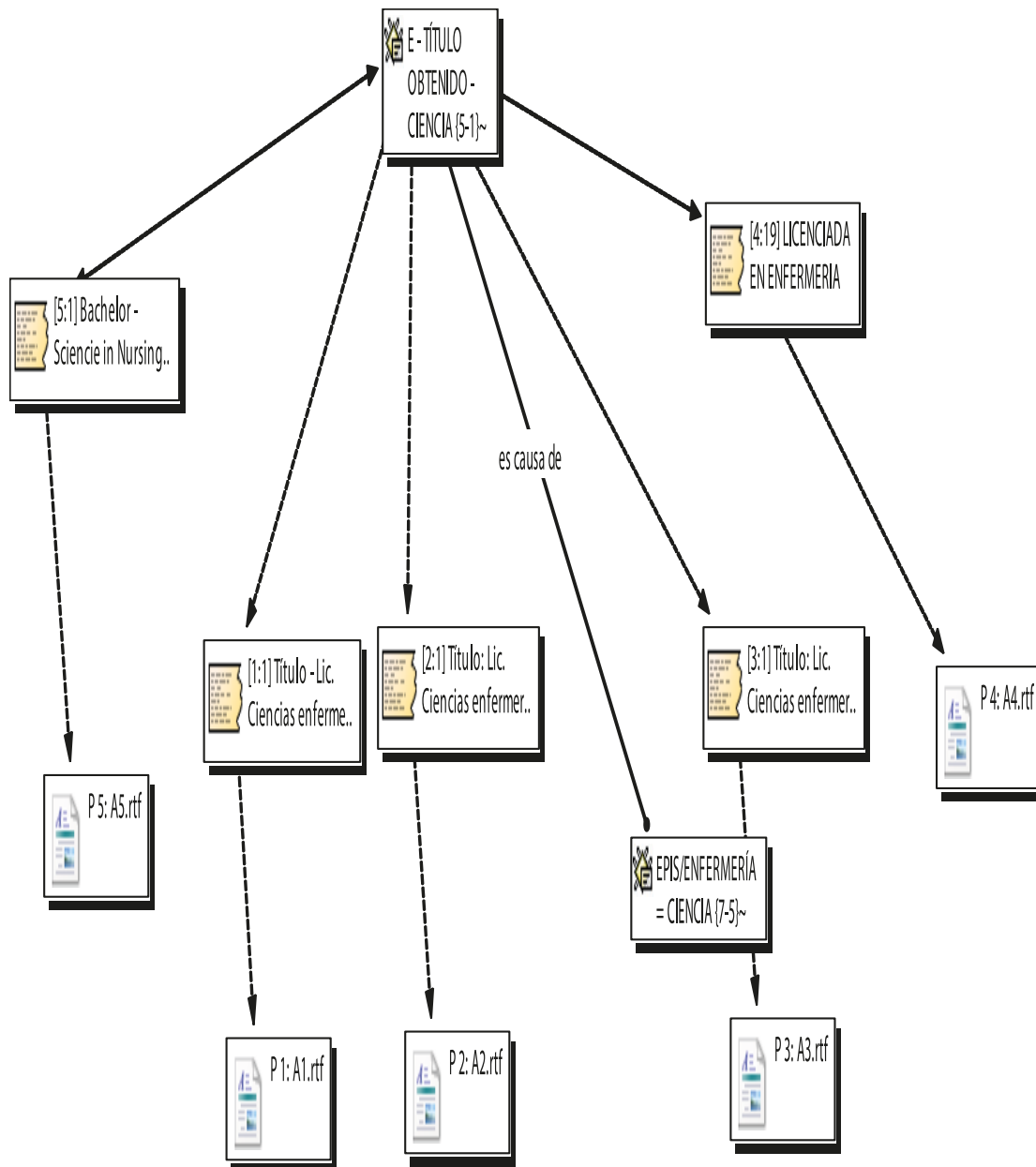
hoy la llamo yo, 'comunicación terapéutica', en ese momento era escucharlo y buscar como su compromiso en el tratamiento, como que él se sintiera hacedor de su cuidado, hoy tenemos la teoría, pero entonces en la esencia no lo tenemos tan profundo" [3:8].

## 7.2.2 La enunciación de la categoría "ciencia" en el título otorgado

Como se puede contemplar en la *Figura 19*, las entrevistadas hasta la década de 1970 una vez obtienen el título universitario, en él se halla determinada la expresión "ciencias de la enfermería". Esto sucede no solamente en el ámbito nacional, sino, obsérvese que en el caso de A5, quien inició en *Couchen College* en el Norte del Estado de New York, en 1958 sus estudios de enfermería, luego se traslada a Columbia y en 1961 se gradúa en la Universidad de Columbia con el título de '*Bachelor of Science in Nursing*' [Licenciada de Ciencias en enfermería] [5:1].

En el ámbito nacional, la entrevistada A1 inició en 1958 sus estudios en la "Escuela nacional de enfermeras" de la "Universidad Nacional" en Bogotá. Obtuvo su título de "Enfermera General - Licenciada en Ciencias de Enfermería" en 1967 [1:1], y en la misma escuela, la entrevistada A2 inició en 1964 sus estudios obteniendo su título de "Licenciada en Ciencias de la Enfermería" en 1967 [2:1]. Lo mismo sucede, pero ya en la siguiente década con la entrevistada A3 quien inició en 1973 sus estudios en la "Universidad Nacional" y obtuvo su título de "Licenciada en Ciencias de la Enfermería" en 1977 [3:1].

En la "Universidad del Rosario" en Bogotá, la entrevistada A4 Obtuvo su título de "Licenciada en Enfermería" en 1970, habiendo iniciado en 1967 sus estudios [4:19]. Frente al título obtenido se evidencia cómo la connotación de Licenciada en Ciencias de la enfermería durante ésta época quería resaltar cómo desde antes de la década de los 70 se buscaba una autonomía profesional y hacer explícita la necesidad de que la enfermería no solo se sustentaba en las ciencias biomédicas sino que requería de un conocimiento propio.



**Figura 19.** La enunciación de la categoría “ciencia” en el título otorgado.

De igual forma la connotación de Licenciatura se daba por el énfasis que desde el cuidado debía hacerse en el trabajo comunitario sobre la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad a todos los sujetos a los que se les brindaba cuidado, muy acorde, a las Políticas de Salud de esa década. Para tal fin, las enfermeras recibían conocimientos teóricos pedagógicos básicos que les permitían tener herramientas metodológicas para enseñar higiene, conocimientos básicos y cuidados de las enfermedades, desde la prevención de la salud y en diferentes grupos poblacionales.

### 7.2.3 Contenidos curriculares. Temas de enfermería luego especializados

La enfermería, para Fuerbringer, Villareal & Guerra (1995), requiere conformar un aparato categórico-conceptual propio, que aún no tiene, y un método específico, por lo cual “acude persistentemente a otras disciplinas del campo de las ciencias médicas y algo de las humanidades para que la apoyen en su estructuras conceptual-metodológicas. Al igual que otras disciplinas de predominio técnico tales como trabajo social, traductología, enseñanza de lenguas modernas y otras, necesita encausar esfuerzos para la elaboración teórica de la gran experiencia asimilada” (p. 17).

Los datos tomados de las entrevistas, permitieron asociar los contenidos curriculares con la calidad de los docentes por cuanto, las asignaturas de la especialidad, acompaña en la historia a los docentes que las detentan. En la cita a la entrevista de A6 se hace explícito que unas asignaturas se veían en medicina, mientras que *“el resto de materias, ya lo que fue todas las enfermería, algo de sociología y un poquito de antropología, se vio. Eso sí lo veíamos ahí por las enfermeras”* 6:4.

Para el análisis de las informaciones referidas sobre las disciplinas, se puede contemplar la *Figura 20*, que contiene los datos aportados por las personas entrevistadas, y para realizar una cronología de acuerdo con los programas académicos en las instituciones, por lo exhaustivo y repetitivo, las citas no se recrean en este análisis, sino que se dispuso la *Tabla 6* que, sin tratarse de un recuento exhaustivo, realiza la contabilidad y distribución de las asignaturas que se referían sobre lo que constituían los planes de estudios.

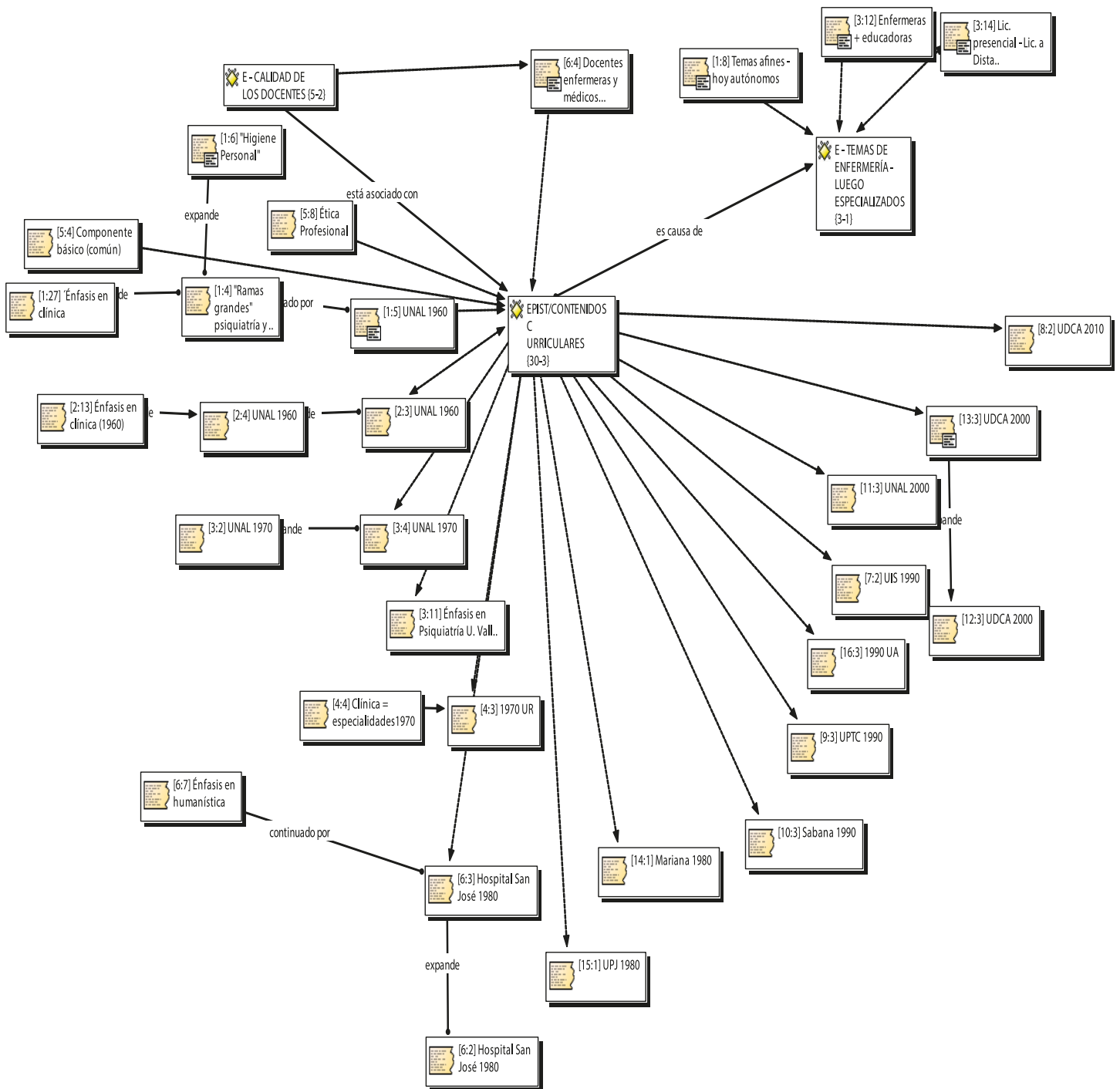


Figura 20. La enunciación de la categoría "ciencia" en el título otorgado.

De acuerdo con la *Tabla 6*, se reportaron cerca de ochenta y siete (87) asignaturas, en la cual se notan la Psicología, Antropología, Fisiología, Biología, Farmacología, Metodología de la Investigación, Bioquímica y Sociología, como las asignaturas de mayor mención.

Número	Asignaturas	TOTAL
1	<i>Psicología (General)</i>	11
2	<i>Antropología</i>	10
3	<i>Fisiología</i>	10
4	<i>Biología</i>	9
5	<i>Farmacología</i>	9
6	<i>Metodología de la Investigación</i>	9
7	<i>Bioquímica</i>	8
8	<i>Sociología</i>	8
9	<i>Microbiología</i>	7
10	<i>Química</i>	7
11	<i>Administración</i>	6
12	<i>Anatomía</i>	6
13	<i>Educación</i>	6
14	<i>Ética</i>	6
15	<i>Idiomas</i>	6
16	<i>Pediatría</i>	6
17	<i>Estadística</i>	5
18	<i>Psiquiatría</i>	5
19	<i>Cuidados de Enfermería</i>	4
20	<i>Medicina Interna</i>	4
21	<i>Médico Quirúrgica</i>	4
22	<i>Morfofisiología</i>	4
23	<i>Salud Pública</i>	4
24	<i>Cuidado Básico</i>	3
25	<i>Cuidado por Ciclo Vital Humano</i>	3
26	<i>Enfermería General (introducción)</i>	3
27	<i>Epidemiología</i>	3
28	<i>Ginecobstetricia</i>	3
29	<i>Materno Infantil</i>	3
30	<i>Patología</i>	3
31	<i>Psicología Evolutiva</i>	3
32	<i>Salud Mental</i>	3
33	<i>Bioestadística</i>	2
34	<i>Ética de Enfermería (Profesional)</i>	2
35	<i>Filosofía</i>	2
36	<i>Laboratorios</i>	2
37	<i>Matemáticas</i>	2
38	<i>Salud Comunitaria</i>	2
39	<i>Salud Ocupacional</i>	2
40	<i>Programas Sociales</i>	2
41	<i>Bioética</i>	1
42	<i>Clínica Avanzada</i>	1

43	<i>Comunicación con el Paciente</i>	1
44	<i>Cristología</i>	1
45	<i>Cuidado Crítico</i>	1
46	<i>Cuidado Espiritual</i>	1
47	<i>Cultura General</i>	1
48	<i>Diseño y Programación de Modalidades de Atención</i>	1
49	<i>Electivas</i>	1
50	<i>Enfermería Comunitaria</i>	1
51	<i>Enfermería de Familia</i>	1
52	<i>Enfermería del Adulto</i>	1
53	<i>Enfermería I</i>	1
54	<i>Enfermería II</i>	1
55	<i>Enfermería III</i>	1
56	<i>Epistemología</i>	1
57	<i>Fisiopatología</i>	1
58	<i>Fundamentos de Investigación Epidemiológica</i>	1
59	<i>Higiene Personal</i>	1
60	<i>Historia Contemporánea</i>	1
61	<i>Humanística</i>	1
62	<i>Informes Técnicos</i>	1
63	<i>Instrumentación</i>	1
64	<i>Introducción al Conocimiento Científico</i>	1
65	<i>Neurología</i>	1
66	<i>Obstetricia</i>	1
67	<i>Pensamiento Social Contemporáneo</i>	1
68	<i>Perioperatorio</i>	1
69	<i>Práctica de Enfermería General</i>	1
70	<i>Práctica de Enfermería Médico Quirúrgica</i>	1
71	<i>Principios Básicos de Enfermería</i>	1
72	<i>Problemas Sociales</i>	1
73	<i>Promoción y Prevención</i>	1
74	<i>Psicobiología</i>	1
75	<i>Psicología del Aprendizaje</i>	1
76	<i>Psicología Dinámica</i>	1
77	<i>Relación Terapéutica</i>	1
78	<i>Relaciones Humanas</i>	1
79	<i>Semiología</i>	1
80	<i>Sistemas de Computación</i>	1
81	<i>Teología</i>	1
82	<i>Universitología</i>	1
83	<i>Urgencias</i>	1
84	<i>Técnicas de la Comunicación</i>	1
85	<i>Legislación Laboral</i>	1
86	<i>Programas Especiales</i>	1
87	<i>Legislación</i>	1

**Tabla 6 .** Total de contenidos curriculares referidos por las personas entrevistadas.

Por su parte, las Tablas 7, 8, 9, 10 y 11, realizan los conteos para cada una de las décadas sobre las cuales se retomó información, y en las cuales se pueden observar las asignaturas de mayor mención y recurrencia:

<b>Asignaturas</b>	<b>Balance década de 1960</b>
<i>Psicología (General)</i>	2
<i>Fisiología</i>	2
<i>Sociología</i>	2
<i>Ética</i>	2
<i>Pediatría</i>	2
<i>Psiquiatría</i>	2
<i>Salud Pública</i>	2
<i>Antropología</i>	1
<i>Biología</i>	1
<i>Farmacología</i>	1
<i>Bioquímica</i>	1
<i>Química</i>	1
<i>Administración</i>	1
<i>Anatomía</i>	1
<i>Educación</i>	1
<i>Idiomas</i>	1
<i>Medicina Interna</i>	1
<i>Médico Quirúrgica</i>	1
<i>Cuidado Básico</i>	1
<i>Psicología Evolutiva</i>	1
<i>Ética de Enfermería (Profesional)</i>	1
<i>Laboratorios</i>	1
<i>Cultura General</i>	1
<i>Higiene Personal</i>	1
<i>Obstetricia</i>	1

**Tabla 7 .** Balance asignaturas década de 1960.

<b>Asignaturas</b>	<b>Balance década de 1970</b>
<i>Psicología (General)</i>	2
<i>Sociología</i>	2
<i>Antropología</i>	2
<i>Ética</i>	1
<i>Pediatría</i>	1
<i>Psiquiatría</i>	1
<i>Biología</i>	1
<i>Farmacología</i>	1
<i>Bioquímica</i>	1
<i>Química</i>	1
<i>Administración</i>	1

<i>Educación</i>	1
<i>Medicina Interna</i>	1
<i>Psicología Evolutiva</i>	1
<i>Laboratorios</i>	1
<i>Metodología de la Investigación</i>	1
<i>Microbiología</i>	1
<i>Estadística</i>	1
<i>Morfofisiología</i>	1
<i>Enfermería General (introducción)</i>	1
<i>Epidemiología</i>	1
<i>Clínica Avanzada</i>	1
<i>Neurología</i>	1
<i>Práctica de Enfermería General</i>	1
<i>Práctica de Enfermería Médico Quirúrgica</i>	1
<i>Principios Básicos de Enfermería</i>	1
<i>Psicología del Aprendizaje</i>	1
<i>Psicología Dinámica</i>	1

**Tabla 8.** Balance asignaturas década de 1970.

<b>Asignaturas</b>	<b>Balance década de 1980</b>
<i>Fisiología</i>	3
<i>Cuidados de Enfermería</i>	3
<i>Psicología (General)</i>	2
<i>Antropología</i>	2
<i>Pediatría</i>	2
<i>Química</i>	2
<i>Medicina Interna</i>	2
<i>Estadística</i>	2
<i>Epidemiología</i>	2
<i>Anatomía</i>	2
<i>Ginecología</i>	2
<i>Patología</i>	2
<i>Sociología</i>	1
<i>Biología</i>	1
<i>Farmacología</i>	1
<i>Educación</i>	1
<i>Metodología de la Investigación</i>	1
<i>Salud Pública</i>	1
<i>Idiomas</i>	1
<i>Médico Quirúrgica</i>	1
<i>Cuidado Básico</i>	1
<i>Matemáticas</i>	1
<i>Comunicación con el Paciente</i>	1
<i>Cristología</i>	1
<i>Cuidado Espiritual</i>	1
<i>Electivas</i>	1

<i>Enfermería I</i>	1
<i>Enfermería II</i>	1
<i>Enfermería III</i>	1
<i>Humanística</i>	1
<i>Instrumentación</i>	1
<i>Relación Terapéutica</i>	1
<i>Relaciones Humanas</i>	1
<i>Universitología</i>	1

**Tabla 9 .** Balance asignaturas década de 1980.

<b>Asignaturas</b>	<b>Balance década de 1990</b>
<i>Metodología de la Investigación</i>	4
<i>Bioquímica</i>	4
<i>Microbiología</i>	4
<i>Antropología</i>	3
<i>Química</i>	3
<i>Biología</i>	3
<i>Farmacología</i>	3
<i>Administración</i>	3
<i>Morfofisiología</i>	3
<i>Fisiología</i>	2
<i>Psicología (General)</i>	2
<i>Sociología</i>	2
<i>Educación</i>	2
<i>Idiomas</i>	2
<i>Médico Quirúrgica</i>	2
<i>Ética</i>	2
<i>Enfermería General (introducción)</i>	2
<i>Bioestadística</i>	2
<i>Filosofía</i>	2
<i>Salud Comunitaria</i>	2
<i>Pediatría</i>	1
<i>Anatomía</i>	1
<i>Ginecología</i>	1
<i>Salud Pública</i>	1
<i>Matemáticas</i>	1
<i>Psiquiatría</i>	1
<i>Psicología Evolutiva</i>	1
<i>Ética de Enfermería (Profesional)</i>	1
<i>Materno Infantil</i>	1
<i>Salud Ocupacional</i>	1
<i>Bioética</i>	1
<i>Diseño y Programación de Modalidades de Atención</i>	1
<i>Enfermería Comunitaria</i>	1
<i>Enfermería de Familia</i>	1
<i>Enfermería del Adulto</i>	1

<i>Epistemología</i>	1
<i>Fisiopatología</i>	1
<i>Fundamentos de Investigación Epidemiológica</i>	1
<i>Historia Contemporánea</i>	1
<i>Informes Técnicos</i>	1
<i>Introducción al Conocimiento Científico</i>	1
<i>Pensamiento Social Contemporáneo</i>	1
<i>Problemas Sociales</i>	1
<i>Promoción y Prevención</i>	1
<i>Psicobiología</i>	1
<i>Semiología</i>	1
<i>Sistemas de Computación</i>	1
<i>Teología</i>	1
<i>Urgencias</i>	1

**Tabla 10.** Balance asignaturas década de 1990.

<b>Asignaturas</b>	<b>Balance década de 2000</b>
<i>Farmacología</i>	3
<i>Fisiología</i>	3
<i>Cuidado por Ciclo Vital Humano</i>	3
<i>Salud Mental</i>	3
<i>Metodología de la Investigación</i>	2
<i>Bioquímica</i>	2
<i>Microbiología</i>	2
<i>Antropología</i>	2
<i>Biología</i>	2
<i>Psicología (General)</i>	2
<i>Anatomía</i>	2
<i>Materno Infantil</i>	2
<i>Programas Sociales</i>	2
<i>Administración</i>	1
<i>Sociología</i>	1
<i>Educación</i>	1
<i>Idiomas</i>	1
<i>Ética</i>	1
<i>Psiquiatría</i>	1
<i>Salud Ocupacional</i>	1
<i>Cuidados de Enfermería</i>	1
<i>Estadística</i>	1
<i>Patología</i>	1
<i>Cuidado Básico</i>	1
<i>Cuidado Crítico</i>	1
<i>Perioperatorio</i>	1
<i>Técnicas de la Comunicación</i>	1
<i>Legislación Laboral</i>	1
<i>Programas Especiales</i>	1

**Tabla 11.** Balance asignaturas década de 2000.

Es importante destacar datos cualitativos manifiestos en algunas informaciones que se presentan a continuación:

En primer lugar, en la década de 1960 se resalta la mención de la “higiene personal” como asignatura, por parte de la entrevistada A1: *“Higiene Personal. Señoritas, tienen que bañarse [y todo un semestre les daban higiene personal (...)] entonces la llevaban a uno que eso es importantísimo y a uno le parece ridículo llegaba María Luisa la tengo tan presente a María Luisa, ‘señoritas vamos hacer uso del sanitario’. Y eso sí que le haría mucha falta. Y llegaba: ‘el sanitario se usa así y las toallas higiénicas se envuelven así y se ponen así, y se hace así’, todo todo lo enseñaban (...) porque es que la gente ahorita no sabe (...) enseñarlos a lavar los dientes, a peinar el cabello como se debería uno bañar yo de ella le aprendí cómo era el de echarse el jabón, cómo era de lo más limpio, de lejos a lo más cerca, todas esas cosas son ridículas ahora, pero a uno se lo enseñaban. El uso de los cubiertos, la mesa, es decir era “Higiene Personal” se llamaba eso”* [1:6]. En la cita se hace notar cómo la entrevistada recuerda lo esencial de esta asignatura en cuyo trasfondo se contiene el “cuidado” como aspecto fundamental en la formación y la importancia del proceso de aprender a enseñar.

En segundo lugar, se resalta la calidad de la información aportada por A3 sobre los nombres y distribución de las asignaturas durante su formación en la Universidad Nacional en la década de 1970: *“Documento Escrito. En primer semestre asignaturas básicas: Biología y Laboratorio de Biología, Química y Laboratorio de Química, Morfofisiología, Psicología General, Segundo semestre: Microbiología y Laboratorio de Microbiología, Bioquímica y Laboratorio de Bioquímica, Morfofisiología, Psicología Evolutiva, Sociología, Principios Básicos de Enfermería, Laboratorio de Principios de Enfermería. Tercer semestre: Antropología, Psicología Dinámica, Enfermería General, Práctica de Enfermería General, Estadística, Metodología de la Investigación. Cuarto semestre: Farmacología, Laboratorio de Farmacología, Psicología del Aprendizaje, Práctica de Enfermería Médico Quirúrgica: incluye salas de cirugía, pre y post operatorio, salas de hospitalización en Médico Quirúrgica, consultorios. También en el Instituto Nacional de Cancerología. Quinto semestre: Materno Infantil y Pediatría: incluye rotación por salas de parto, puerperio, neonatos, sépticas a nivel hospitalario y en Centros de Salud Control prenatal y visita familiar. A nivel de pediatría: en el área hospitalaria, Lactantes, Medicina Interna, Urgencias y en el área ambulatoria, hogares de bienestar familiar. Sexto Semestre: Neurología y Psiquiatría. La teoría de cada área se daba por separado al iniciar la rotación. Ambas con abordaje intrahospitalario. Séptimo Semestre: Clínica avanzada y Epidemiología. Con práctica hospitalaria y ambulatoria de alta complejidad. Las rotaciones eran por cuidados intensivos, quemados. Educación en Enfermería la práctica se llevaba a cabo con estudiantes de enfermería del SENA y del Hospital San Juan de Dios. Octavo Semestre: Administración tanto hospitalaria como comunitaria, incluía educación al personal auxiliar de enfermería y a la familia y dos meses de ruralito coordinando la dirección un servicio o de un Hospital”* [3:4].

En tercer lugar, las informaciones que se jerarquizan de acuerdo con las áreas. La entrevistada C9 señala la distribución de grandes áreas en la formación de enfermería en la Universidad Javeriana en la década de 1980 en Bogotá: “Cuidados de Enfermería por áreas (Cuidado Básico, Pediatría, Ginecobstetricia, Medicina Interna, Quirúrgicas) de cada una se veía Comunitario y Clínico. Ciencias básicas integradas (Biología, Química, Matemática), Fisiología, Patología, Farmacología. Obligatorias: Inglés (4 niveles) y Cristología (2 niveles creo). Electivas. Recuerdo que nos daban otras materias relacionadas como Salud Pública, Estadística o Epidemiología, varios temas relacionados con el cuidado (teorías, relación terapéutica, comunicación con el paciente, entre otros)” [15:1].

En igual sentido, pero con la denominación de “campos”, la entrevistada C4 señala la distribución durante la década de 1990 en la Universidad de La Sabana en Bogotá: “campo de formación social humanístico: Socioantropología, Pensamiento Social Contemporáneo, Filosofía, Psicología, Ética y Bioética, Historia Contemporánea, Teología, Español e Informes Técnicos, Inglés, electivas. Campo de formación profesional específico: Enfermería Comunitaria, Enfermería de Familia, Enfermería del Adulto, Diseño y Programación de Modalidades de Atención. Campo científico investigativo: Morfofisiología, Biología, Bioquímica, Microbiología, Farmacología, Introducción al Conocimiento Científico, Bioestadística, Fundamentos de Investigación Epidemiológica, Sistemas de Computación, Seminarios de Monografía” [10:3].

También se presenta una categorización de las áreas en la entrevista de C1 sobre la distribución de las asignaturas en la Universidad Industrial de Santander en la década de 1990: “una primera parte que estaba conformada por las básicas (Biología, Química, Anatomía, Bioquímica, Fisiopatología, Fundamentos de Microbiología, Fisiopatología y Farmacología), seguida de unas complementarias (Problemas Sociales, Salud Comunitaria, Sociología, Psicobiología, Educación para la Salud, Administración en Salud y los Seminarios de Investigación) y las enfermería que iban de la primera a la séptima, y los dos últimos semestre teníamos una práctica docente asistencial” [7:2].

En la Universidad Nacional durante la década de 2000 en Bogotá, se distribuyen por “núcleos”: “el núcleo básico (Psicología, Farmacología, Microbiología, Fisiología, Antropología, Bioquímica). Núcleo profesional (Cuidados por ciclo vital humano y profundización en Cuidado Crítico, Salud Mental, Perioperatorio). Núcleo flexible (Electivas ofrecidas por la facultad y otras facultades de la Universidad)” [11:3].

En cuarto lugar, se destaca que para el asunto de las disciplinas, en la UDCA según la información de los entrevistados C5 y C6, se antepone en muchas el concepto “cuidado en”. Así lo refiere C5: “Cuidado de enfermería: Fundamentos, Cuidado Básico de Enfermería, Cuidado Materno infantil, Cuidado al niño y al adolescente, Cuidado al adulto y al anciano, Cuidado en Proyectos Sociales, Cuidado en Salud Ocupacional, Cuidado en Salud Mental y Psiquiatría,

*Cuidado en Programas Especiales, Microbiología, Biología, Patología, Fisiología, Farmacología, Investigación, Administración, Educación para la salud, Inglés, Anatomía, Psicología” [13:3].*

De otra parte, los datos sobre las disciplinas muestran cómo ciertas disciplinas a lo largo de la historia y al constituirse sus objetos propios, se van “especializando”; esto es, lo que permite afirmar que adquieren por su parte sus respectivos estatutos epistemológicos. Así se entrevé en las informaciones que señala A1 en su experiencia: *“Otra cosa que nos enseñaron muy bonita y había una casa muy bonita era nutrición y dietética. Yo también la vi. Yo aprendí con Elvirita Medina. Había una cocina, había estufas, como 10 estufas, una hilera de estufas y a cada una nos ponían en una estufa. Allá aprendí a hacer el omelette y la crema de curuba, de limón y naranja con leche. (...) Hortensia de Cifuentes fue mi profesora, y entonces dieta sin sal y entonces bueno cómo hago una dieta sin sal, pues hagamos la dieta sin sal [pero era que en los hospitales les tocaba supervisar la dieta]. Es que nosotros teníamos que estar pendientes de la dieta de los pacientes no era que la nutricionista la terapeuta respiratoria, la terapeuta, no eso lo hacíamos todo nosotros porque esas carreras nacieron después. Esas carreras son más recientes [y entonces ustedes tenían que controlar en los hospitales las dietas]. Éramos responsables, entonces decían dieta blanda, teníamos que saber cuál era la dieta blanda. La cocinaban en el hospital. Bueno, tienen que saberla hacer; entonces nos enseñaban cómo se sustituía la sal, la dieta sin sal, cómo se hace el cálculo de las calorías para los diabéticos. Era sofisticadísimo y lo hacíamos nosotros ahí” [1:8].* En una definición sobre los componentes para el aprendizaje, existe en esta perspectiva una concepción “integral” de conocimientos para el desempeño del “cuidado”, elementos luego disgregados en especializaciones para su tratamiento.

También hay disgregaciones sobre elementos de las prácticas. Véase lo manifestado por A3: *“empezamos hacer cosas así como negociar en los colegios, recíbanos muchachos que tenemos acá, y atiéndanoslos en la parte educativa y nosotras damos educación sobre qué está pasando para que haya enfermos mentales, y entonces íbamos a los colegios a dar educación en ese sentido” [3:12].* Estas prácticas luego se especializan para realizarse de manera interdisciplinaria de acuerdo con el interés de educación más adelante señalado por la entrevistada.

Y, finalmente, al analizar el apartado de la entrevista de A3 cuando señala: *“al empezar la parte de la licenciatura presencial, nos dimos cuenta que era necesario trabajar la licenciatura a distancia, porque muchas de las egresadas que no tenían licenciatura, eran necesarias en sus sitios de trabajo. Ya se habían casado, también algunas entonces ya no podían desplazarse a tomar la licenciatura” [3:14].* Esto permite concebir el paso de la educación presencial a la necesidad de la extensión de los programas a distancia. Nótese la influencia de las categorías de género, por cuanto se obliga por la condición de mujeres que se habían casado, y también, el fenómeno de las distancias.

Los resultados muestran cómo los diferentes planes curriculares han buscado dar respuesta a las condiciones de salud de la época, a las necesidades sociales que han determinado unos propósitos de formación y a la evolución de la profesión de enfermería. En los programas académicos aportados por los participantes durante las diferentes décadas, se evidencia, cómo el área de las ciencias básicas, tenía un gran peso en los planes de estudio, en mayor grado, durante el inicio de los procesos de formación en enfermería, coincidente con: el enfoque biomédico de la década, el desarrollo de contenidos a cargo de los médicos y el énfasis inicial en programas académicos y prácticos relacionados con la Salud Pública (enfoque proveniente de los EEUU que promulgaba la incursión del modelo higienista en los países de América Latina).

La década del 70 muestra programas académicos relacionados con la educación y la administración y un mayor número de programas relacionados con el área socio-humanística, los planes curriculares de los años 80, incluyen cursos que brindan bases conceptuales para el desarrollo del enfoque investigativo de los profesionales en formación y desde 1990 a la fecha, se observa el aumento de programas académicos que se relacionan con el área profesional específica, es decir los diferentes cuidados de enfermería y todos aquellos que contribuyen directamente con la disciplina profesional. No obstante, sigue evidenciándose la ausencia de un fuerte componente socio-humanístico y filosófico, eje que debe orientar el desarrollo de los programas académicos de las otras áreas (básica, profesional, profesional específica, cursos de complementación y profundización).

Lo expuesto anteriormente es coincidente con la clasificación del desarrollo evolutivo de la enfermería, propuesto por María Mercedes Durán de Villalobos (2001), la autora propone las siguientes etapas: una etapa práctica que va desde el siglo XIX hasta 1938, la etapa de la educación y la administración de 1938-1950, la etapa del desarrollo investigativo de 1950- 1965/1970 y la etapa del desarrollo teórico que se da en la misma época del anterior 1965/1970. A partir de los años 80 se considera el periodo de incursión de las teorías en enfermería propuestas por enfermeras norteamericanas.

Si se comparan estas etapas de desarrollo con las propuestas curriculares aportadas por los participantes se observa concordancia entre los programas académicos de formación planteados en cada uno de los planes y la década en que se desarrolla.

#### 7.2.4 Enfermería como arte y ética del cuidar

Llama la atención, tal como se nota en la *Figura 21*, que las informaciones recibidas y, los datos que enriquecen las categorías fueron aportados por entrevistadas que fueron formadas entre 1960 y 1980.

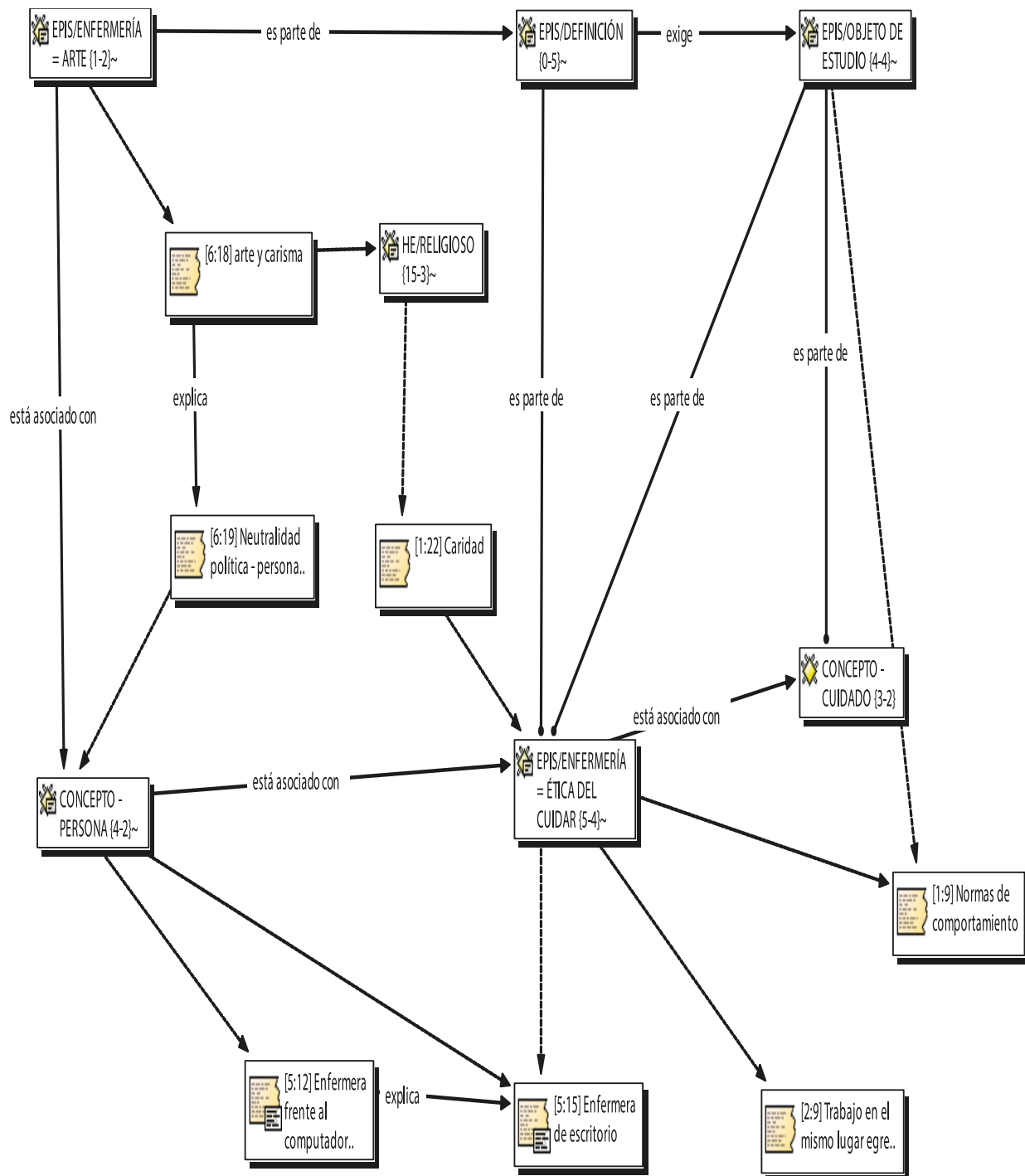


Figura 21. Enfermería como arte y ética del cuidar.

En cuanto a la conceptualización de la Enfermería como arte y ética del cuidar, la entrevistada A6 realiza una crítica a la aproximación del concepto de enfermería como arte. En su entrevista manifiesta: *“aunque digan que la enfermería es un arte, yo si considero que para ser enfermera debe haber como ese carisma, esa vocación, ese deseo de ver al ser humano”* [6:18]. Hay en ello una adhesión a la

herencia “religiosa” de la historia de la enfermería unida a la “vocación”, como se hizo notar en el apartado que versó sobre esta categoría, y la “caridad” como virtud. Ahora bien, la explicación de A6 tiene que ver con la “neutralidad” del ejercicio de la profesión: *“yo me acuerdo que nos decían muchísimo, y yo lo apliqué bastante en el ejercicio de mi profesión, que en salud no hay color político, ni sexo, ni religión, sino, eran las personas y con eso se trabajó la estrategia de atención primaria y muchísimas cosas. Y hoy no, hoy uno ve que están más por tener un título, ganar un poco más, pero falta muchísimo en calidad humana, en crecimiento personal, y eso es muy peligroso porque la enfermería es muy sacrificada. Y si la persona que se prepara a esto, no está con todos estos valores, puede afectarse en el futuro y afectar el desarrollo de las actividades, el desarrollo mismo de su profesión”* [6:19].

Nótese cómo la herencia religiosa, contradiría la “neutralidad”, si existiese en la determinación en la profesión, una adhesión por una u otra religión. Pero, el origen del tema religioso, trae el componente del “personalismo” que sustenta la enfermería. Por ello, en la red conceptual se observan las asociaciones de la “categoría persona” con la enfermería definida como arte y ética del cuidar, lo que lleva a pugnar con la percepción del ejercicio profesional actual, en el cual, a juicio de A5, *“todo es en el computador, la orden está allí, mi nota de enfermería está allí, todo está en el computador. El paciente llama por el sistema de parlante, y la enfermera está acá y le responde de acá con el micrófono, y se comunica: “¿Qué le pasa?” Pero ya esa parte directa se ha perdido mucho”* [5:12].

Esta observación insiste en la crítica que desde el personalismo se realiza al individualismo propio de una perspectiva liberal, en el que vale la pregunta por la interpretación de los avances en la “técnica” desviados en “despersonalización”. A5 frente a esto expone: *“esa parte de la enfermera frente al escritorio a mí me parece terrible, esa parte que ordenando el pedido, que no, eso, el contar las sábanas, dar cuenta de papelería, de toda esa cuestión, eso no debe ser la enfermería, eso no era parte de lo nuestro, nosotros no teníamos nada que ver con eso”* [5:15].

Desde la definición de la enfermería como “ética del cuidar”, se involucra la actividad de quien ejerce la enfermería. Para A5: *“esa identificación de las personas con su carrera, con su profesión, ahora están tan dispersas. Yo me acuerdo... nos reuníamos estudiantes, profesoras, y hacíamos un tiempo de jolgorio. Era un momento diferente a lo que es ahora. Mucho más individualismo, esa es mi percepción, no, y me dedico ahora con un grupo de enfermeras... quisiéramos muchísimo, a ver si usted nos puede ayudar también, llegar a ellas. No hacer de ellas monjas ni convertirlas de una religión a otra religión, sino, valorar el contenido espiritual de las personas y poder brindar cuidado espiritual sea católico, musulmán, protestante, nada, poder reconocer esa parte que es tan importante para la recuperación de la salud de la persona integral.”* [5:16]. En aquel contexto de compromiso con la profesión, *“uno se entregaba, era la vida de uno y más que cuando nos graduamos seguíamos trabajando en el mismo sitio*

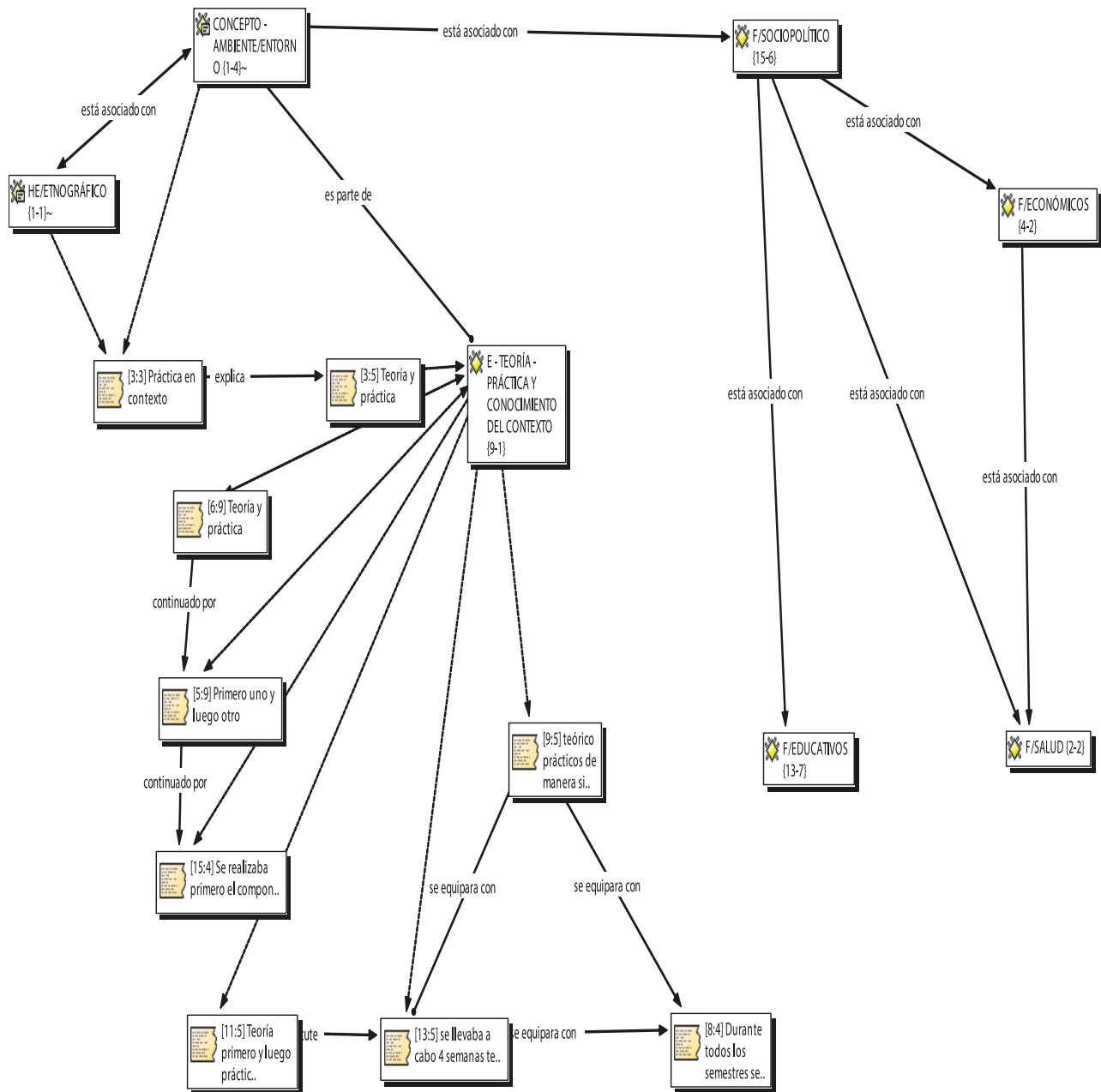
donde nos habíamos formado, entonces era un compromiso y era algo que nos pertenecía.” [2:9].

De otra parte, la relación de la ética del cuidar, con el objeto de estudio, permite la asociación con las resultantes “normas de comportamiento”. Nótese el señalamiento de A1 que permite realizar tal asociación: *“la gente ahorita no sabe (...) enseñarlos a lavar los dientes, a peinar el cabello como se debería uno bañar yo de ella le aprendí cómo era el de echarse el jabón, cómo era de lo más limpio, de lejos a lo más cerca, todas esas cosas son ridículas ahora, pero a uno se lo enseñaban”* [1:9].

En éste apartado, se puede concluir que adicional a los programas académicos propuestos en los planes curriculares que se planteen para la formación de los futuros profesionales de la enfermería, la formación ética determina la calidad del cuidado, el reconocimiento del yo como cuidador y el reconocimiento de la persona como sujeto de atención. Vázquez (2009) en el desarrollo de su Tesis doctoral sobre La educación y la ética del cuidado en el pensamiento de Nel Noddings plantea que: “su propuesta educativa es, sobre todo, una apuesta firme por universalizar la ética del cuidado a través de un currículum escolar construido desde una concepción ajena a los pactos patriarcales que situaron a lo femenino fuera de la ciudadanía” (p. 24).

### 7.2.5 Interacción teoría- praxis

Aunque la aplicación práctica de la enfermería se vale de otras disciplinas que le soporten teórica y conceptualmente, su quehacer y respaldo en la práctica no se subsume en ellas, sino, contiene un objeto de estudio que trasciende la división entre la teoría y la práctica que, sin distanciar una de otra, de acuerdo con los aportes realizados por los entrevistados establecen una necesaria interacción. La teoría y la práctica hacen parte del concepto ambiente/entorno, por ello la asociación con el “contexto”, para el ejercicio de la profesión de enfermería que, desde luego se circunscribe a circunstancias políticas que asocian factores económicos, de salud y educativos. La *Figura 22* señala estas interacciones:



**Figura 22.** Interacción teoría - praxis.

En la disposición de los datos sobre la interacción entre la teoría y la práctica en la formación en enfermería, están las posiciones que disponen, primero el tiempo para la teoría, y luego la aplicación en la práctica. Recuerda A3 lo que sucedía en la Universidad Nacional para la década de 1970: *“la teoría de cada área se daba al inicio del semestre y algún contenido específico propio de cada sitio de rotación se desarrollaba en la práctica. Se daba cuidado directo y educación al paciente y en algunas áreas se trabajaba con la familia. Por ejemplo, al brindar cuidado al paciente con tuberculosis (Enfermedades Prevalentes) se daba el cuidado directo y se trabajaban sesiones educativas todos los días*

*para fomentar la adherencia al tratamiento y para favorecer, dar respuesta a inquietudes o dificultades básicas, buscando conjuntamente alternativas de solución" [3:5].*

En esta perspectiva, el reflexionar primero con la teoría, pareciera privilegiarse. La misma entrevistada A3 señala la necesidad de poner en contexto los aprendizajes. En este momento se muestra el valor del saber y conocimiento tradicional, con detención en la herencia del componente "etnográfico" en la historia de la enfermería, resaltada por la presencia de la práctica. Obsérvese lo argumentado sobre el proceso de formación y de aplicación en un contexto de saberes tradicionales: *"lo que se buscaba desde esas miradas de la antropología, por ejemplo, nos ponían a hacer un estudio, un ejercicio fue hacer un estudio de una persona en un contexto social, en un contexto cultural, qué valores, creencias, principios, tenían esas personas. Me acuerdo que fue una asignatura donde le dimos y le dábamos, y lo trabajaba cada compañera, cada estudiante, lo hacíamos y decíamos cómo lo hizo.' Mire, yo lo hice así'. Tocaba estarlo cuestionando con otras compañeras. Yo lo hice escuchando a mi madre la historia de los campesinos de una región, mirando la historia del campesino, la parte de los valores y recuerdo que mi madre decía: 'es que si hacía frío la gente se enfermaba, o si llegaba la gente sudando a la casa y no se cuidaba, era la forma como se generaban las gripas'. Entonces, como que tenían en cuenta las costumbres, las creencias y eso me lo mostraba ella al escucharle para hacer la narrativa" [3:3].*

En el caso de A5 también está la disposición del conocimiento teórico primero, para luego pasar a la práctica: *"nuestra preparación clínica no era como ahora. Nosotros estudiamos y luego hacíamos turnos de 8 horas: hacíamos mañana, tarde y noche, en determinado momento estábamos, por ejemplo, en psiquiatría, en las áreas no, enfermería básica, fundamentos de enfermería, luego pediatría, maternidad, cuidado del adulto, quirúrgica, como estaba antes dispuesta la profesión, salud pública también. Pero quizás fue como una formación equilibrada. Salíamos a la comunidad y estábamos en cada una de las áreas mucho la práctica, mucho más intensiva en esos tres años, de lo que ahora se ofrece a las estudiantes" [5:9].*

En continuidad con la anteposición de la teoría frente a la práctica en la formación, también es señalado por A6: *"El primer año era teórico. [¿Solo teórico?]. Solo teórico. En el segundo año, la semana era como distribuida (sic). Veíamos teoría, por decir el lunes y martes, y luego íbamos a práctica jueves y viernes, a practicar esa teoría, de acuerdo con la teoría, la enfermería que estuviéramos viendo. Entonces, de acuerdo con eso íbamos a la práctica" [6:9].* De igual forma, el entrevistado C5 señala: *"primero se hacía de manera extensiva la parte teórica por un mes y luego se ingresaba a la práctica" [11:5].* Y entrado el nuevo milenio, también para C9: *"se realizaba primero el componente teórico y luego el práctico. Tenían el mismo valor no había prioridad uno del otro" [15:4].*

En segundo lugar, se discute contra la aplicación y privilegio de la teoría por el valor atribuido a la práctica; sin embargo, continúa en tiempo siendo primero la teoría, según lo señala C7: *“se llevaba a cabo 4 semanas teóricas y 14 semanas prácticas, y se daba prioridad a la práctica. Era como 80 % práctica y 20 % teórica.”* [13:5].

También está la aplicación y valor simultáneo para lo que se considera la interacción entre teoría y práctica de la enfermería puesta en un contexto. La entrevistada C3 señala que recibía asignaturas y prácticas *“de manera simultánea”* [9:5]. Igual para C2, porque *“durante todos los semestres se desarrolló de forma paralela tanto la fase teórica como práctica, pero al inicio de cada periodo académico, se tenía como prioridad un mes netamente teórico, para que, las demás semanas de estudio tuvieran sustento con base en ello. Se complementaba esa fase teórica con un día a la semana para aclarar conceptos y situaciones específicas, paralelamente a las prácticas”* [8:4].

La relación teórica- práctica es un punto álgido en los procesos de formación, por cuanto requiere de una claridad teórica frente al propósito de desarrollo de cada uno de los contenidos, de tal forma que el estudiante logre identificar de manera implícita, su objeto de estudio y la base teórica y ética que lo respalda, para aplicarlas en su ejercicio profesional.

La concepción de enfermería que se ha perpetuado a través del tiempo, es que la enfermería es una profesión práctica, noción que se refuerza socialmente en el imaginario colectivo, por el rol ejercido por los profesionales de enfermería, centrado en múltiples actividades administrativas y en el uso de recursos tecnológicos que mejoran el diagnóstico clínico pero que alejan al profesional de enfermería de su objeto, que es el cuidado directo. Frente a esto, Scheffler (1970) manifiesta que existe una concepción errada de la Enfermería centrada en la práctica *“cuando se la asimila al modelo de ejercitación o al estudio reiterado de casos típicos: es necesario hacer lugar a las oportunidades de entrenamiento, que proveerán el genuino ejercicio del juicio, lo mismo que la reflexión crítica sobre los resultados”* (p. 138).

## CONCLUSIONES FRENTE A LA SEGUNDA PARTE:

### Aportes para el establecimiento del Estatuto Epistemológico de la Enfermería

Con relación al respaldo filosófico de la profesión algunos participantes, específicamente las enfermeras formadas en las primeras escuelas de enfermería, consideran que éste se da desde el positivismo, por cuanto la experiencia es fundamental. Sin embargo otros participantes formados en décadas más recientes, manifiestan que se sustenta en el humanismo, el existencialismo y en el idealismo y que metodológicamente desde los procesos investigativos, se deben considerar los enfoques cualitativos y cuantitativos. Lo que se concluye en éste apartado, es que los participantes saben las respuestas, pero no tienen la claridad para sustentarlas. Una explicación podría estar relacionada con los contenidos curriculares y otra con la forma en que están estructurados los procesos de formación.

Desde la perspectiva de la enfermería como ciencia se encuentra una relación directa entre la investigación, el aporte que mencionan los participantes realizados por las teóricas de la enfermería, el intercambio de experiencias desde el ámbito internacional y las publicaciones realizadas, como elementos que impulsaron el desarrollo de la enfermería en Colombia. De igual forma, estos datos son importantes por cuanto ratifican el cuidado como el objeto de estudio de la profesión y se reitera la necesidad de reconocer al sujeto de cuidado como el eje en el que debe girar, el ejercicio profesional. No obstante, no hay una claridad de la participante cuando se refiere a las "teóricas", por cuanto, en esa época se gestaba el inicio de las primeras postulaciones en enfermería. Se puede inferir que las "teóricas" eran las enfermeras Norteamericanas quienes tenían un mayor bagaje frente a las postulaciones que se realizaban en EEUU.

En cuanto al título otorgado se observan, las diferentes connotaciones que ha tenido a través del tiempo. En éste ítem se evidencia, cómo las diferentes etapas en el proceso de consolidación de la enfermería, el propósito de formación y la búsqueda de autonomía profesional, llevan una nominación específica que corresponde al título. Es el caso, del título "Licenciada en Ciencias de la Enfermería" donde es importante anotar, que fue otorgado en las primeras Facultades de Enfermería que funcionaron de manera autónoma, de las Facultades de Medicina, dirigidas por las enfermeras Norteamericanas y cuyo propósito de formación a nivel curricular tenía un gran componente educativo y pedagógico.

Los resultados obtenidos frente a los programas académicos contemplados en el plan de estudios de en cada una de las épocas, hace evidente que, si bien las ciencias humanísticas se han incorporado en las diferentes décadas de formación, su desarrollo no se ha dado de una manera transversal en el mismo, ni desde una fundamentación en las estructuras curriculares. Lo que se observa, es que cada uno de los programas académicos ha brindado unas bases conceptuales para

---

---

fundamentar el estatuto epistemológico pero no como una organización articulada, sino como una variedad de contenidos aislados que no permiten crear una estructura de pensamiento en el profesional de enfermería donde la fundamentación filosófica, antropológica de la persona como sujeto de intervención en el quehacer de enfermería se instaure como una premisa inherente al cuidado y al profesional de enfermería que ejerce el cuidado.

La asociación que se presenta entre: la enfermería: ética del cuidar, con el cuidado, las normas de comportamiento, el concepto de persona y la caridad, con: la enfermería: arte, su relación con la herencia religiosa y de igual forma con la caridad, permite observar, cómo las participantes que se formaron en las primeras escuelas enfermería, evocan la época en que se brindaba cuidado directo a los sujetos y en que la persona y su bienestar era lo más importante, a pesar de que esta época tenía un énfasis biomédico. De este resultado se puede inferir, que al estar las estudiantes en proceso de formación supervisadas en sus actitudes, comportamientos, valores y normas de conducta por religiosas, las estudiantes veían el cuidado como una obra de amor a Dios y al prójimo y como un deber moral, acciones importantes en su crecimiento espiritual y personal. También puede asociarse a la condición de género, por cuanto desde el rol materno, la mujer posee una mayor disposición para brindar cuidado y tiene mayor facilidad para generar vínculos afectivos con las personas que se encuentran enfermas.

En la relación teoría- práctica la discusión se centra en la forma en que se desarrollan los programas académicos, los tiempos que se otorgan a cada uno de ellos. Pero se encuentra un acercamiento muy discreto por parte de los participantes frente a la pertinencia de los mismos, es decir de los contenidos teóricos propuestos y su aplicación en la práctica y el sustento que brindan para el ejercicio de la enfermería.

Esta trayectoria permite observar la necesidad de establecer un estatuto epistemológico de la enfermería que favorezca el crecimiento y consolidación de la misma como una disciplina profesional, con propósitos específicos en sus procesos de formación, en el abordaje del sujeto de cuidado para la planeación de sus intervenciones y que a su vez, motive a los profesionales de la enfermería a superar las dificultades presentadas en su rol, en épocas antiguas centradas en la orden médica y en la obediencia y en la actualidad focalizadas en roles administrativos y en las imposiciones del mercado de la salud.

# CAPÍTULO VIII

## 8. Conclusiones

- Frente a las herencias recibidas: religiosa, militar, de género y etnográfica, se observa que el género y la religión jugaron un papel importante en el proceso histórico de la enfermería, en un inicio, determinaron un quehacer ligado a la moral de la mujer y a la obediencia, que ligado a la práctica instrumental de los primeros programas de formación en enfermería se constituyeron en limitantes para el establecimiento de un Estatuto epistemológico en Enfermería, pero brindaron claridad frente al objeto de estudio de la profesión -que es el cuidado- dando sentido al ejercicio de la profesión.

- Los factores sociales, políticos, económicos, educativos y de salud presentes en el proceso evolutivo de la enfermería en Colombia, incidieron en la planeación de las políticas de Salud, las que a su vez observaron la necesidad de formar enfermeras con un mayor conocimiento científico frente a su desempeño profesional. Punto que se constituye en el origen para la búsqueda de la autonomía profesional y para el desarrollo teórico e investigativo. Por otra parte, los procesos de secularización y los acuerdos de apoyo internacional en el ámbito educativo, a través de la Fundación Rockefeller permitieron el inicio y la consolidación, primero las Escuelas y luego las Facultades de Enfermería.

- El Metaparadigma de la enfermería, formado por los cuatro conceptos: persona, salud, ambiente/entorno y enfermería, son un referente teórico importante para el estatuto epistemológico de la profesión. En las asociaciones que se establecen surgen como categorías de conceptos pero en el discurso de los participantes no son explícitas, como se observa cuando se indaga por la fundamentación científica de la enfermería. De igual forma sucede con las perspectivas que definen la enfermería: como ciencia, como ética del cuidado y como arte y las corrientes filosóficas que respaldan el cuidado de enfermería. Esto se confirma, en la asociación que se encuentra en un ítem posterior cuando se indaga por la relación teoría-práctica que como se evidencia, se sustenta en los tiempos de desarrollo y en la forma en que se realiza, pero no, en la pertinencia de los contenidos con: la práctica, con el sustento del cuidado y con el ejercicio profesional. Se puede concluir que existe en la actualidad entre los profesionales de la enfermería, un discurso frente a la fundamentación científica de la enfermería, pero no es evidente ni en los procesos de formación ni se ve su aplicabilidad en el ejercicio profesional, se queda en el discurso.

- La enfermería en la actualidad se define como una disciplina profesional por los desarrollos teóricos y científicos que ha tenido desde su paso de vocación a profesión, nominación que se le ha dado por la postulación de diferentes teorías

en enfermería (Norteamericanas y Canadienses), pero si bien éstas teorías han permitido sustentar las intervenciones en enfermería para brindar el cuidado, no son aceptadas por la comunidad académica a nivel mundial, por cuanto limitan la experiencia de cuidado a contenidos específicos propuestos en la teoría, lo que no las hace aplicables a todos los grupos poblacionales ni a las condiciones de salud de todos los países. Por tanto, se circunscriben a situaciones específicas de salud. De igual forma, cada una de ellas maneja un concepto diferente del Metaparadigma, lo que implica realizar un abordaje distinto al momento de brindar cuidado, por cuanto, el propósito de intervención en enfermería está determinado por el objetivo o meta de intervención de la teoría utilizada. Sin embargo, como lo manifiestan algunas de las enfermeras participantes, se constituyeron en el motor de impulso para el desarrollo teórico e investigativo de la profesión.

- La definición de la Enfermería como Ciencia tiene su origen inicialmente en la construcción del conocimiento que se gestó a partir de investigaciones que utilizaron métodos cuantitativos y que fueron sustentadas en el paradigma positivista, como lo manifiesta una de las participantes; no obstante, en su proceso de evolución se observa, que durante ésta última década se ha incrementado el uso de métodos cualitativos; pero aún falta desde ambos enfoques, propuestas que tengan que ver con el sustento científico y teórico de la profesión, por cuanto, desde el uso del enfoque cuantitativo se mejora la técnica y el procedimiento y desde el enfoque cualitativo se construye conocimiento que afianza teórica y científicamente la profesión y su objeto de estudio, es decir, - el cuidado-

- Un conclusión que se resalta y que se obtiene de la información que aporta una de las participantes formadas en las primeras escuelas de enfermería, es con relación la ética del cuidado, de la que se puede inferir que: cuando el ejercicio profesional fue práctico y estuvo liderado por religiosas y médicos, a pesar de que los currículos giraban en torno a una concepción biomédica, el ejercicio fue más humano; en la actualidad se forma bajo un saber más independiente con mayores recursos para la prestación del cuidado, con alta tecnología, pero el ejercicio ha perdido su norte, por cuanto la globalización, los cambios en el sistema de seguridad social en salud y lo que se ofrece en los procesos de formación, desfiguran el ejercicio profesional en múltiples actividades administrativas y alejan al profesional de que su actividad debe tener como eje el cuidado humanizado.

- A través del tiempo se ha hecho evidente cómo la ética ha sido inherente al cuidado. La ética da la posibilidad que los actos de cuidado surjan en un proceso de conciencia, de voluntad, de elección y remiten a la reflexión continua frente al actuar profesional. La ética del cuidado debe girar en torno a la libertad de cada persona para elegir frente a su proyecto de vida, tanto para el cuidador como para el sujeto de cuidado. Por tal motivo, la formación universitaria también debe despertar la motivación no solo para la adquisición de conocimientos, sino que debe potenciar el desarrollo de sujetos autónomos con capacidades comunicativas y de toma de decisiones en el marco del respeto, de la preservación de los derechos humanos y de la dignidad de los sujetos de cuidado.

• La información aportada por los participantes en esta investigación, permite concluir que los profesionales de enfermería, son conocedores del proceso de constitución de la enfermería como profesión. No obstante, existe un desarrollo teórico que aún no es claro y que presenta vacíos conceptuales que se refleja en los procesos de formación y en el ejercicio profesional. Es por esto, que se requiere de un estatuto epistemológico explícito que permita consolidar y sustentar la profesión desde unas bases sólidas científicas, filosóficas y humanísticas.

---

---

# CAPÍTULO IX

## *Propuesta*

### 9. El estatuto epistemológico de la enfermería

#### INTRODUCCIÓN

Iniciar el capítulo del estatuto epistemológico de la enfermería, requiere de un contexto histórico que permita evidenciar lo que ha pasado con la enfermería, las dificultades en su evolución y en su ejercicio profesional, con el propósito de lograr una mayor comprensión de la propuesta que se realiza.

La evolución histórica de la enfermería permite dilucidar que su proceso de consolidación como profesión fue lento si se compara con otras profesiones de las Ciencias de la Salud, como es el caso de la Medicina. Como se observa a lo largo del documento los factores políticos, económicos y sociales y las influencias recibidas por sus herencias fundamentalmente, desde la condición de mujer y la religión, se constituyeron durante mucho tiempo en los estandartes que orientaron el ejercicio profesional.

Es así, como el ejercicio de la enfermería ha transitado por diferentes niveles, que si bien hacen parte de su desarrollo evolutivo, no se observa como un proceso escalonado y continuo que consolida una estructura, sino como un proceso fragmentado que aporta elementos, que se pierden en el ejercicio profesional, por falta de claridad y fundamentación científica y filosófica en los procesos de formación.

La enfermería se inicia como una vocación, por identificarse, como un componente natural de la mujer, pero no de todas las mujeres, solo las virtuosas, adineradas y religiosas, (idea respaldada por el catolicismo), de tal manera que las religiosas eran las más aptas para este servicio. Cuando surge el protestantismo en Inglaterra, la enfermería se convierte en un ejercicio asistencial realizado por los infractores de la ley, como era el caso, de las prostitutas, los ladrones y los borrachos hasta que años más tarde, se instaura nuevamente como un servicio organizado por comunidades religiosas y laicas. En América Latina, los países que instituyeron la religión católica como la religión oficial, determinaron un ejercicio instrumental de la enfermería, dirigido administrativamente por religiosas pero liderado por los médicos en su parte asistencial; mientras que los países donde la iglesia no ejercía poder político, desarrollaron rápidamente escuelas y facultades de enfermería dirigidas por laicos, lo que permitió un mayor desarrollo de la enfermería como profesión.

Con Florence Nightingale se inicia un proceso de reflexión, de lo que es la enfermería, que trasciende por casi todos los países de Europa, Norteamérica y muy pocos de América Latina. Por tanto, se observa a nivel mundial, un desequilibrio en su paso de vocación a profesión. En algunos países el ejercicio de la enfermería se enmarca en un componente netamente práctico y en otros países se inicia un proceso que transita entre lo teórico y lo práctico.

La necesidad apremiante evidenciada por los profesionales de constituirse en una profesión autónoma y de tener claridad frente a su objeto de estudio -el cuidado-, es lo que impulsa la apertura de las primeras facultades de enfermería, en algunos países a cargo de religiosas y en otros bajo la dirección de los laicos, pero siempre bajo la concepción curricular de modelos biomédicos.

En la década de 1950 y 1960, surgen los primeros modelos teóricos de las enfermeras Norteamericanas y se establece el Metaparadigma de la enfermería; Metaparadigma que denota una gran dificultad en su uso, por cuanto cada teoría es diferente y la definición de los conceptos: salud, ambiente/entorno, enfermería y persona, varían de una teoría a otra. Si bien, con el surgimiento de las teorías se avanza en la construcción de conocimiento científico, su aplicabilidad es limitada a nivel mundial.

No obstante, frente a los modelos teóricos existe un convencimiento por parte de los profesionales de enfermería, de que éstas se constituyen en el sustento filosófico de la profesión, pero no hay claridad en su aplicabilidad en los procesos de formación y en el ejercicio profesional. Por tanto, dada la pluralidad de los modelos teóricos, su uso se realiza indistintamente de acuerdo con la "interpretación" que cada profesional o Universidad realiza de la misma.

Los modelos teóricos son muy abstractos en su fundamentación teórica, lo que los hace poco comprensibles al colectivo de profesionales de enfermería, que carece de una sólida formación filosófica y científica. De igual forma, es importante mencionar que los modelos teóricos, no son aplicables a todos los contextos, las características socio-económicas, las condiciones de vida de la población, la forma en que se estructura y se presta la atención en las Instituciones de Salud, de cada país es diferente.

Específicamente, en la década de 1980 (año en que surgen la mayoría de los modelos teóricos en EEUU) a 1995 en Colombia, desde el ámbito de la Salud se gestan e inician una serie de cambios en la reglamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, (promulgación de Ley 100 de 1993). Esta Ley afecta la prestación del servicio de salud y cambia el desempeño laboral de los profesionales en salud, para los (as)enfermeros(as), el ejercicio profesional se centra en labores administrativas, que no son de su competencia, que en el marco de un mundo globalizado, aleja aún más al profesional de enfermería de ejercer un cuidado directo y humanizado. Situación que aún no ha podido ser superada en los procesos de formación.

Este recorrido, evidencia la situación actual del ejercicio de la profesión, recorrido que no hubiera sido posible realizar, sin la lectura y la revisión de la literatura existente y el aporte de las(os) enfermeras(os) participantes de ésta investigación. Las dificultades que se observan en los procesos de formación, evidencia que la ausencia de un estatuto epistemológico en enfermería, es un problema estructural originado en la falta de claridad y de un significado preciso de lo que es: **a.-** ser un profesional de enfermería, **b.-** de comprender el sentido del cuidado como su objeto de estudio, **c.-** de ubicar la persona como su sujeto de atención y **d.-** de establecer y ampliar los conceptos metaparadigmáticos como eje de construcción de conocimiento.

Esta falta de claridad a su vez se refleja, en la estructura de los programas de formación, en la disociación teoría-práctica y en la ausencia de literatura relacionada con el tema objeto de esta investigación. Situación que conlleva a un ejercicio profesional, centrado en múltiples actividades administrativas y asistenciales.

Esta propuesta del estatuto epistemológico de la enfermería, pretende hacer explícitos los conocimientos y el Metaparadigma que debe orientar la construcción de conocimiento en enfermería, la base teórica que sustenta los procesos de formación, el eje articulador entre la teoría, práctica y el ejercicio profesional, para evitar las rupturas teóricas dada la cantidad de contenidos aislados y desarticulados, la disgregación teoría/práctica y la ausencia de sentido en el ejercicio profesional. Esta propuesta, no desconoce el camino recorrido ni los avances logrados, por el contrario, rescata su validez y amplía su perspectiva.

El desarrollo de ésta propuesta se estructura así: Se inicia con la definición de lo que es el estatuto epistemológico, continúa con los principios y las áreas establecidas por la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN), como referentes importantes en los procesos de formación, lo que permite evidenciar la necesidad de integrar las perspectivas desde las que se define la enfermería: como ética del cuidado, como arte/estética y como ciencia; para posteriormente establecer el Metaparadigma de enfermería con las siguientes categorías : Enfermería, Proceso Salud-Enfermedad, Persona, Ambiente/Entorno, Vida, Ser y Existencia. Este capítulo finaliza con el aporte de esta propuesta, a la Línea de Organización y Gestión Educativa.

## 9.1 Propuesta el Estatuto Epistemológico de la Enfermería

Esta propuesta inicia con una definición de lo que significa epistemología y estatuto epistemológico. Para Tamayo (2009) la epistemología se da en dos planos , uno de ellos en la interacción del individuo con su entorno de donde emerge un

tipo de conocimiento y otro en la construcción crítica del conocimiento adquirido que implica la organización y sistematización del mismo, que se constituye en conocimiento científico (p. 26).

El estatuto epistemológico se constituye en la estructura que fundamenta desde los diferentes saberes, el quehacer de las profesiones. La epistemología permite observar la naturaleza del conocimiento, e identificar los componentes ideológicos que le dan sustentación a la misma. "La epistemología debe entenderse como una reflexión crítica, desde el horizonte propio de la filosofía, se orienta al estudio de la naturaleza de lo científico, de la relación con la realidad y de otros aspectos" (Santander, 1998, p. 21).

### 9.1.1 Principios y áreas de formación establecidos por la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN

La Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) (1997), como órgano rector de los procesos de formación en enfermería en Colombia ha establecido unos principios orientadores a nivel curricular para la formación de profesionales, a continuación se citan algunos de ellos de manera textual:

- Integral, que propicie integración ética, humanística y cultural necesaria en un profesional que tendrá un rol centrado en el cuidado de la salud y una actuación ciudadana acorde con el desarrollo del país.
- Que propicie el conocimiento histórico de salud enfermedad y su interrelación con los fenómenos económico-sociales, políticos, culturales y ecológicos y las relaciones intersectoriales e interdisciplinarias en la definición de estrategias de mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población Colombiana.
- Que integre las tareas de fundamentación científica y social humanística con el área profesional- disciplinar para lograr un agente transformador de la salud, con capacidad de gestión y con la fundamentación propia de su perfil de cuidador de la vida y de la salud
- Que permita el desarrollo de la ciencia y la tecnología en el área de la salud y en particular de la profesión para lograr, la aplicación, transformación, y adaptación de tecnologías apropiadas para el cuidado de la salud, de la vida y el desarrollo del conocimiento de enfermería
- Que garantice el desarrollo articulado de la teoría y de la práctica para lograr la aplicación del cuidado de enfermería en y con las comunidades, grupos familiares e individuos en su medio natural o institucionalizado (pp. 170,171, 172).

Estos principios a su vez deben enmarcarse en unas áreas de formación que son comunes a todas las universidades: *Área de Formación Institucional*: contempla aquellos programas académicos que tienen el sello distintivo de la Universidad y que son obligatorios para todos los estudiantes de esa Institución, por cuanto desarrollan los valores y los principios institucionales; *Área Básica* compuesta por programas como anatomía, fisiología, microbiología, farmacología, biología y patología entre otros, que sustentan los procesos de salud y enfermedad desde la biología y la fisiopatología de las enfermedades. Algunas universidades incluyen el *Área Socio-humanística* dentro de éste componente Básico (otras Universidades lo dejan aparte) en ésta área se encuentran programas académicos como antropología, sociología y psicología, que permiten un acercamiento al sujeto de cuidado desde la parte humana y el *Área de Formación Profesional Específica* que se relaciona con saberes propios del área disciplinar como son los diversos cuidados de enfermería por ciclo vital humano y la ética.

Estos principios orientadores a nivel curricular y las áreas de formación establecidas permiten establecer unos mínimos en la formación, sin embargo, cada Universidad otorga un número de programas académicos por área, de acuerdo con sus propósitos de formación. (El porcentaje que se atribuye a cada área, estaría dado por el número total de programas académicos dentro del plan de estudios que se establecen en esa área).

Si se relacionan los principios propuestos por ACOFAEN mencionados anteriormente, con los programas académicos que mencionaron los participantes en su entrevista, se observa, la ausencia de un estatuto epistemológico que oriente las estructuras curriculares de formación de profesionales. Situación que se puede equiparar a lo que expone Bautista (2002) citando a Mounier, cuando habla de la idea de acción personalista “las fronteras entre el pensamiento y la acción, entre la pureza de la interiorización y la diaphanidad de la exteriorización (...) y la profundización del otro sobre el uno, requieren una sensibilidad difícil de obtener que permita definir la situación” (p. 87).

### 9.1.2 Fundamentación de la propuesta desde la integración de las diferentes perspectivas de la enfermería

La enfermería debe procurar la formación de profesionales con una visión filosófica y científica, que sustente la vida, el ser y la existencia de la persona, por cuanto la persona es la receptora del cuidado. Reconocer la naturaleza humana del sujeto y entender que tanto el profesional de enfermería como cuidador y el sujeto de cuidado, se desarrollan en ambientes/entornos específicos donde se dan múltiples realidades, permite tomar una postura objetiva frente a la intervención de cuidado. Por ello para esta propuesta, se considera fundamental el estudio de fuentes filosóficas y científicas que sustenten el cuidado de enfermería, que a su vez,

se hagan visibles a través del currículo. Las fuentes filosóficas que se proponen son: ética, estética, existencialismo, fenomenología, metafísica, ontología, humanismo, antropología filosófica y el personalismo y desde las científicas, se busca la construcción de conocimiento a partir de la generación de propuestas investigativas que contemplen el enfoque hermenéutico-interpretativo y el enfoque socio-crítico, sin desconocer la contribución que realiza el uso de enfoques cuantitativos desde el paradigma positivista.

Es así como esta propuesta implica, estructuras curriculares sustentadas en la ciencia, la filosofía y la ética principalmente, que se hagan explícitas en el plan de estudios, a través de programas académicos, del área socio-humanística, que a su vez, se complementen con el componente investigativo. De tal forma que desde cada una de estas áreas, los estudiantes comprendan, el Metaparadigma de la enfermería, ubiquen el cuidado como su objeto de estudio y desarrollen habilidades investigativas desde enfoques cualitativos y cuantitativos que los motive a construir conocimiento en enfermería.

La construcción de conocimiento en Enfermería llevo a establecer tres perspectivas fundamentales: la enfermería como ética del cuidado, la enfermería como arte y la enfermería como ciencia. Como se aclaró en el capítulo cinco, estas perspectivas no deben verse como concepciones aisladas, sino que cada una de ellas es una arista que sustenta la enfermería como profesión, pero además como una disciplina de orden científico.

Ética y antropología filosófica se integran en el cuidado, se cuida desde la realidad y condición de los seres humanos, desde su interioridad el profesional de enfermería -como ser humano que es-, reconoce que el cuidado es un acto humano, "el ser humano puede ser moral o inmoral, pero jamás amoral, porque de un modo inevitable enjuicia la realidad exterior y, aunque sea de una manera precaria e inconsistente, elabora una cosmovisión ética de la realidad" (Torrallba i Roselló, 1998, p. 43).

La enfermería es ética puesto que no hay posibilidad de concepción y práctica de la enfermería sin la asunción del cuidado como valor estructurante de la entrega, la solidaridad y la responsabilidad social. (...) las enfermeras no solamente desarrollan para sí, sistemas de valores y comportamientos profesionales que regulan éticamente el acto de enfermería. La ética del cuidado no reúne sólo los valores humanos que se definen por norma para este acto, sino, el modo singular de existir, de vivir y de ser cuidado. (Malvarez, 2007, p. 10)

La ética del cuidado contempla la naturaleza humana, las personas tienen necesidades de afecto, de protección de sentirse reconocidas y éstas emergen del interior del sujeto durante la enfermedad, por tanto, el cuidado también contempla ser sensible para identificar las necesidades de las personas para generar respuestas humanas acordes a las expresiones verbales y no verbales del sujeto de cuidado. El

cuidado humaniza y dignifica al profesional que cuida y a la persona cuidada. Pero cuidar a otro ser humano implica, iniciar por el cuidado de sí mismo.

El cuidado de otro ser humano constituye el núcleo de la ética del cuidado, pero este cuidado debe considerarse mutuamente implicado con el cuidado de sí. El cuidado de sí es fundamental para poder desarrollarse en el mundo, es básico para poder mantenerse en el ser y subsistir en él de un modo saludable. El cuidado de sí es la preocupación por uno mismo, por todas y cada una de las dimensiones que constituyen la complejidad del universo personal. (Torralba i Roselló, 2002, p. 150)

Desde esta perspectiva, se puede afirmar que para el profesional de enfermería el cuidar se relaciona con la moral porque se constituye en una acción que todo ser humano debe realizar, pero no debería quedarse como una simple regla social, sino que debe incluir la reflexión del actuar, es decir, la ética. La ética da la posibilidad que los actos de cuidado surjan en un proceso de conciencia, de voluntad, de elección y remiten a la reflexión continua frente al actuar profesional. La ética del cuidado debe girar en torno a la libertad de cada persona para elegir frente a su proyecto de vida, tanto para el cuidador como para el sujeto de cuidado. La ética para los estudiantes debe llevar a despojarse de cualquier perjuicio frente a los sujetos de cuidado, es decir, a un obrar bien de manera consciente y sentida.

El sujeto constructor y ordenador del mundo fenoménico, es también legislador de sí mismo. Para obrar moralmente el sujeto debe dejar de lado sus impulsos sensibles y su egoísmo. El ejercicio de la libertad humana radica en obrar bien de acuerdo con una norma o ley moral universal, como principio racional de acción, que se expresa en el imperativo categórico: actúa de modo tal que la máxima de tu querer pueda valer siempre como principio de una legislación universal. (Kant, 1981a, citado por García, 2005, p. 162)

La inclusión de la ética en los procesos de formación, no debe verse como un programa académico aislado, sino que debe estar inmerso en el desarrollo de cada uno de los programas académicos de Cuidado de Enfermería por ciclo vital humano, de tal forma que el estudiante aprenda a enfrentar dilemas éticos pero que a su vez, en su proceso de formación integral desarrolle conductas éticas durante las prácticas que realiza como estudiante, para que cuando sea un profesional esta conducta cultivada sea parte inherente de su ser, para el ejercicio profesional.

Los procesos educativos en enfermería deben favorecer la formación de sujetos integrales, es decir, sujetos con conocimientos teóricos y éticos. Éticos desde aquella capacidad para reflexionar que los actos de cuidado deben estar libres de prejuicios y enmarcados en el reconocimiento de la persona humana y en la aceptación de la misma como es. La formación ética en los profesionales de enfermería debe permitirles el desarrollo de habilidades, por eso es esencial que los estudiantes no perciban que la ética es la aplicación de los principios de la bioética: beneficencia, justicia, no maleficencia y autonomía y del código deontológico de la enfermería.

La formación universitaria debe despertar en los estudiantes, la motivación para asumir posturas éticas, que permita su desarrollo como sujetos autónomos con capacidades comunicativas y de toma de decisiones en el marco del respeto, de la preservación de los derechos humanos y de la dignidad de los sujetos de cuidado.

Para tal fin, se requiere de una articulación entre los propósitos de formación y las estrategias pedagógicas, de tal forma, que éstas favorezcan en los estudiantes, el desarrollo de una disposición a la escucha y de toma de conciencia frente a cada uno de sus actos. De tal manera, que el estudiante ubique en sus intervenciones de enfermería las actitudes, valores y cualidades que fortalecen su interacción con el sujeto de cuidado, de tal forma que sus actos de cuidado se convierten en un espacio que trasciende las actividades de cuidado procedimental. Esta afirmación se encuentra en directa relación con algunas ideas expuestas a continuación:

El sentido de la pedagogía tiene, entonces, dos dimensiones fundamentales: la discursiva y la práctica. El discurso pedagógico es una elaboración filosófica sobre el sentido; mientras la práctica pedagógica es un proceso de intervención sobre la humanidad, en aras de su humanización, de la consolidación de su sentido de libertad en todas las esferas de la experiencia, tanto personal como colectiva, (Vargas, 2003, p. 13), sobre el discurso pedagógico se realiza la práctica pedagógica. (García, 2005, p. 62)

La articulación de los procesos pedagógicos para la enseñanza de la ética, denota otro ángulo fundamental que es la noción de *la enfermería como arte/estética* (desde esta propuesta epistemológica, se plantea que la perspectiva de la enfermería como arte que se trabaja en la actualidad y que sólo tiene la connotación de arte, se complementa a la enfermería como arte/estética), por cuanto, la estética es una rama de filosofía que abarca la reflexión sobre el arte, sobre lo bello, lo feo, sobre la percepción que se tiene de las cosas, sobre las formas de la naturaleza, pero también contempla las sensaciones que capta el sujeto a través de sus sentidos sobre los objetos, es así como las percepciones, las sensaciones y los ambientes generan experiencias positivas o negativas en el ser humano. La estética requiere la representación de la realidad de forma mental y física y actuar interpretando esta realidad de acuerdo con la percepción de su significado.

Esta perspectiva, de la enfermería como arte/estética, enmarca la parte humana de las acciones de cuidado; en el primer contacto con el sujeto de cuidado entran en juego, la sensibilidad y los sentidos a través del tacto. "El tacto es fundamental desde el punto de vista simbólico. No solo porque patentiza la proximidad (...) sino porque manifiesta vulnerabilidad y respeto por la subjetividad del otro" (Torralla i Roselló, 2002, p. 100). Es así como el acto de cuidado implica la ética en su sentido, pero en su forma de ejecución, en la naturaleza de la acción, lleva inherente lo que se constituye en el arte/estética de la enfermería.

El acto de cuidado se constituye en una relación estética, la forma en que se realiza el acercamiento al sujeto de cuidado, la percepción que se tiene del

mismo, la reflexión que realiza el profesional de enfermería sobre las acciones de cuidado, todos estos aspectos permiten a la persona enferma la expresión de sus necesidades. La enfermería desde el arte/estética rescata lo bello del cuidado, del acto de cuidado.

El cuidado de enfermería se realiza a través de actos, frente a las acciones; Mounier (citado por Bautista, 2002) expone que no todas las acciones que realiza la persona son actos y afirma "que si la acción es el espesor del pensamiento, Mounier quiere que los juicios existentes sobre su pensamiento se establezcan en torno a sus actos: pedimos –afirma Mounier (MSP. 1936: 556)-en última instancia, «seamos juzgados por nuestros actos»" (p. 87).

En las acciones de las personas intervienen sus pensamientos, sus valores y el contexto histórico en el que se dan, estos elementos son los que le dan el verdadero sentido a la acción "lo que verdaderamente le importa a Mounier es el pronunciamiento de aquello que constituye la trascendencia de la acción, es decir, en la certeza de que no toda acción es un acto" lo que hace realmente que las acciones sean válidas y trascendentes son el compromiso con los valores y la permanencia de los mismos en las acciones personales (Mounier, citado por Bautista, 2002, pp. 88 y 89).

La enfermería como ética del cuidado y como arte/ estética deben integrarse con la perspectiva de la enfermería como ciencia. La integración de estas perspectivas, permite claridad con lo que significa -el cuidado- como objeto de estudio de la profesión, favorece la construcción de conocimiento propio, (que ratifica la enfermería como disciplina profesional). Por tanto, privilegiar una de estas perspectivas, sería fragmentar la enfermería como se ha hecho en la actualidad. Si la enfermería se queda solo con el ejercicio procedimental práctico, que implica acciones concretas, el conocimiento científico rezaga la parte humana; por tanto su connotación ética y de arte/ estética se perdería posiblemente, hasta llegar al punto de la deshumanización. Por el contrario si el ejercicio de la enfermería se queda solo en la parte humana, pero sin un conocimiento científico, filosófico, investigativo y ético que lo respalde, queda como un servicio o como una acción humanitaria, lo que la retornaría a su condición de vocación.

Desde el sustento científico si bien los modelos y teorías propuestos por las enfermeras Norteamericanas, han permitido el desarrollo disciplinar y han dado sustento a las intervenciones en enfermería para brindar el cuidado, las teorías en enfermería, no son aceptadas por la comunidad académica a nivel mundial, por cuanto marginan el significado de la experiencia de cuidado y demarcan desde unas postulaciones teóricas la relación cuidador y sujeto de cuidado. Por tanto, esta propuesta coincide con la importancia de mantener los conceptos metaparadigmáticos articulados desde una propuesta Socio- humanística, filosófica y científica.

En los procesos de formación, el componente teórico no puede desligarse del componente práctico y del ejercicio profesional. El uso de conocimiento científico desde enfoques cualitativos y cuantitativos es lo que permite la claridad frente al

ejercicio de la enfermería y lo que favorece su consolidación como disciplina. “La enfermería no puede prescindir del conocimiento científico, sus fundamentos para la administración de los cuidados se nutren tanto de los propios conocimientos desarrollados a través de la investigación de su quehacer, como del aporte brindado por diversas disciplinas científicas” (Zamuner, s.f., p. 2).

La construcción de conocimiento en enfermería debe partir del enfoque cualitativo principalmente, por cuanto, al tener una claridad conceptual frente al concepto de persona y a su objeto de estudio el cuidado, sus diferentes métodos permiten conocer de manera más profunda, al sujeto de cuidado y cómo este vive, siente, percibe y experimenta su estado de salud e identifica sus fortalezas para afrontar la enfermedad, en una realidad concreta en la que se desenvuelve el sujeto. Por otra parte, la utilización de métodos cuantitativos, permite la racionalidad y la objetividad “la elaboración de conceptos, juicios y raciocinios (...). La objetividad del conocimiento científico se refiere a que busca alcanzar la verdad fáctica y verifica la adaptación de las ideas a los hechos, recurriendo a la observación y la experimentación” (Zamuner, s.f., p.2). Es así como en la actualidad se observa la utilización de ambos enfoques, que de acuerdo con la intencionalidad complementan el objeto de la investigación.

Por tanto, construir conocimiento en enfermería debe partir de una claridad que es: *qué es el cuidado, quién cuida y quien es el sujeto cuidado*. Premisa fundamental por cuanto el cuidado se inicia con el establecimiento de una relación establecida entre dos sujetos, constituidos en su Ser por diferentes circunstancias. Esta propuesta epistemológica reitera por tanto, que la construcción de conocimiento debe girar en torno a la integración de las perspectivas de la enfermería (ética del cuidado, arte/estética y ciencia), al Metaparadigma de la enfermería conformado por categorías y no por conceptos (como se organiza en la actualidad), todo sustentado en unas bases filosóficas, humanísticas, científicas y éticas.

Específicamente, con relación al Metaparadigma de la enfermería, que en la actualidad se encuentra formado por cuatro conceptos (Enfermería, salud, ambiente/entorno y persona), esta investigación plantea, que el Metaparadigma se estructure en categorías y no en conceptos (esta propuesta se origina en el aporte realizado por los participantes de la investigación y en la literatura revisada específicamente, con relación a la persona). Así mismo, se propone, una ampliación de las categorías metaparadigmáticas, de tal forma que se incluyan: la existencia, el ser, la vida y que la categoría de salud; se trabaje de manera integrada a la enfermedad como proceso salud-enfermedad. De esta forma el Metaparadigma de la enfermería quedaría estructurado así:

- a. *Enfermería*
- b. *Proceso Salud-Enfermedad*
- c. *Persona*
- d. *Ambiente/Entorno*
- e. *Vida*

- f. *Ser*
- g. *Existencia*

### 9.1.3 Metaparadigma de la enfermería

Esta propuesta, como se mencionó anteriormente, contempla que el Metaparadigma de la enfermería esté constituido por siete categorías. Al examinar la categoría de *persona* y su relevancia para la *enfermería*, se observa que existe una relación directa entre la persona, vista desde la perspectiva del **ser** y de la *existencia*, que no tendrían sentido si la persona no tiene *vida*, y la vida a su vez depende, de qué tan sana (o) o tan enferma(o) se encuentra o se percibe la persona (*proceso salud-enfermedad*), que vive y se desarrolla en *ambientes/entornos* específicos. Es así, como se establece una interrelación entre éstas categorías, que se constituyen en uno de los sustentos filosóficos para el cuidado de enfermería.

#### 9.1.3.1 Enfermería

La enfermería es una disciplina profesional, que se encarga del cuidado de la persona. Watson (citada por Marriner y Alligood, 2011) manifiesta que la enfermería "consiste en conocimiento, pensamiento valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión". (p.98). Esta definición de Watson incluye todos los elementos constitutivos de la enfermería y cobra vigencia en la propuesta que se realiza del estatuto epistemológico de la enfermería.

Para ésta tesis, ser enfermera(o) es comprender la vulnerabilidad del ser humano para cuidar la salud y la enfermedad como proceso dinámico. Esto implica un reconocimiento de la persona en su totalidad (incluyendo su ser, su existencia, su vida y su ambiente/ entorno).

La pérdida de sentido de la vida del hombre, su forma de interpretar el mundo y de ver la realidad, hace que el hombre centre su felicidad en la satisfacción de las necesidades materiales (establecidas socialmente) y producen en el hombre una abstracción de su existencia y de preguntarse por el sentido de la misma. Es así, como al transitar por un proceso salud- enfermedad el hombre se enfrenta a su condición humana y se sensibiliza.

El cuidado de enfermería debe permitir que el sujeto se encuentre consigo mismo, para que en medio de su realidad y de su situación y en un ejercicio consciente encuentre el sentido de su existencia, de su vida. "Cuidar a un ser humano no consiste en sustituirle, en anularle o en ocupar su lugar. Cada cual tiene su espacio natural (...) y el ejercicio de cuidar no puede significar jamás la reducción del otro a la nada" (Torralba i Roselló, 2002, p.123).

El concepto de enfermería y de cuidado fue ampliamente abordado en el marco teórico, por tanto es importante resaltar que la enfermería es una disciplina profesional, que tiene como propósito el cuidado de la persona en todas sus dimensiones y desde un ámbito más amplio, de la familia y la comunidad. Y que por tanto requiere de un sustento ético, filosófico y científico que le permita responder a las necesidades de los sujetos de cuidado, en el entendimiento de que como seres humanos tienen una realidad social e histórica que los determina.

### 9.1.3.2 Ambiente/Entorno

Son diversas las aproximaciones que se realizan con relación al ambiente desde otros saberes. Es el caso de la psicología, que contempla una perspectiva del medio social como estructura psicosocial de la persona. Bronfenbrenner (citado por Pérez Fernández, 2004), expone que existen diversas estructuras de ambiente que son: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema, los cuales definió así:

- *Microsistema*: Complejo de relaciones que se dan entre las personas de un entorno, relaciones e interconexiones que influyen indirectamente sobre el sujeto que actúa dentro del mismo (existe un principio de interconexión dentro de los entornos).
- *Mesosistema*: Complejo de interconexiones entre los diferentes entornos en los que la persona en participa realmente.
- *Exosistema*: Complejo de interconexiones que se dan entre los ambientes en los que la persona no entra ni está presente, pero en los que se producen hechos o se toman decisiones que afectan directamente a esa persona.
- *Macrosistema*: Complejo de sistemas seriados e interconectados de una determinada cultura o subcultura. (p, 9).

Desde otra perspectiva, Rapaport citado por (Luis Vitale, 2004) manifiesta que el ambiente no puede verse desligado del hombre, por cuanto, hombre- naturaleza, se interrelacionan y se afectan de manera bidireccional. Es así como lo expone, Vitale, citando a Rapaport:

La relación hombre-naturaleza ha sido analizada con un criterio dicotómico, bajo la concepción del dualismo estructural, como si el hombre estuviera fuera del ambiente. Rapaport manifiesta: "el ambiente no es algo 'de ahí afuera' actuando sobre el hombre, sino que él y el hombre forman un sistema complejo interactuante, involucrando la percepción de aquel ambiente por el hombre. Se está haciendo crecientemente claro que la relación del hombre y su ambiente físico es compleja, multifacéticas y multiestratificada; que el vínculo de variables o estímulos aislados con respuestas específicas difícilmente resultarán... El resultado es que no podemos considerar la relación hombre- ambiente como un simple modo de respuesta a estímulos, dado que el hombre persiste en atribuir significación simbólica al medio ambiente... La relación entre estímulo y respuesta está mediada por la representación organizada del ambiente mediante símbolos y esquemas". (p. 10)

Por su parte, la ecología toma el ambiente como el medio y lo define "como la materia que rodea al ser vivo y con la cuál este realiza sus muy diversas relaciones". (Ecología y medio ambiente, s.f., p. 8). Este medio a su vez está compuesto por factores abióticos o inanimados y factores bióticos integrados por seres vivos.

Daniel Vidart (1986), expone que el ambiente es: "un conjunto de condiciones que afectan, la existencia, desarrollo y bienestar de los seres vivos. No se trata de un lugar en el espacio solamente sino de todas las condiciones físicas, químicas y biológicas que favorecen o no el desarrollo" (p. 45).

Estas aproximaciones que se realizan con relación al ambiente, permiten ver cómo este concepto se constituye en un factor importante para el cuidado de la salud; desde ésta tesis, el ambiente/entorno son todos los espacios físicos, culturales, sociales, biológicos, ecológicos y geográficos entre otros, en los que se mueve la persona, compuestos por objetos, y sujetos con los que la persona interactúa que de alguna forma inciden en su proceso de salud-enfermedad, por tanto el ambiente/entorno determina unas condiciones de vida y posibilidades de desarrollo específicas para cada sujeto de cuidado.

### **9.1.3.3 Persona**

Ampliar el conocimiento de lo que significa el concepto de persona durante el proceso de formación, permitirá al estudiante ubicarse continuamente en su objeto de estudio –el cuidado-, en su manera de abordar al sujeto de cuidado, en la priorización de las actividades en su quehacer profesional, concretamente dará sentido a su proceso de formación teórico-práctico y a su ejercicio profesional.

Para Dilthey (citado por Cortés, 2013) la concepción de hombre que plantea la modernidad es una concepción mutilada como lo expresa el mismo autor y lo explica en el siguiente párrafo así:

Pero que la vida sea la realidad fundamental no significa que la vida sea algo irracional ¡ni mucho menos! Lo que reclama Dilthey es al hombre entero, al hombre real, que se caracteriza porque representa, quiere y siente. En la psique humana se dan esos procesos simultáneamente y todo ello de manera unitaria, como totalidad. Sin embargo, "esta nuestra unidad de vida nunca se nos da por sí misma sino, siempre en la relación del cuerpo con otros objetos"<sup>9</sup>. Con esto Dilthey quiere dejar claro que el mundo externo no es un producto intelectual sino que es un elemento real de la vida (p. 4).

Edgar Morín (1980) en su libro *el Método- La vida de la vida*, expone el concepto biológico del sujeto. Un concepto multidimensional que define así:

La noción de sujeto tiene su "esqueleto" lógico-organizacional y su "carne" ontológico-existencial. Debemos reconocer sus caracteres multidimensionales:

1. El sujeto es un concepto lógico por su carácter auto-referente, distribuidor

de valores (...) el sujeto es un concepto ontológico en el sentido de que su afirmación individual egocéntrica es inherente y necesaria para la definición de ser viviente. El sujeto es un concepto existencial porque (...) cada uno de sus rasgos constitutivos comporta una dimensión existencial (pp. 231-232).

El cuidado y la persona son los elementos que le dan sentido al ejercicio profesional. Es así, como la concepción de persona que tenga el profesional de enfermería será el eje que determinará su quehacer profesional. La ausencia de una concepción unificada de lo que es la persona, es la ruptura que se ha dado a través del tiempo en el proceso evolutivo de la enfermería.

Portanto, se plantea una concepción de persona desde el personalismo de Emmanuel Mounier quien rescata el concepto de persona en una sociedad capitalista que defiende la propiedad privada y que aboga por el individualismo. La persona se constituye en un sujeto autónomo, social, con libertad y capacidad para pensar y decidir. El cuidado debe preservar y rescatar la dignidad humana de los sujetos de atención. Para Torralba i Roselló (1998) la dignidad humana es:

Un atributo común a todos los hombres, sin cuyo reconocimiento no se puede ejercer la libertad y menos aún la justicia. Se trata de una característica específica que coloca al ser humano en un nivel superior de la existencia según el cual debe ser respetado por todos los existentes. (...) Existen distintas formas de comprender la idea de dignidad: la dignidad ontológica que se refiere al ser, la dignidad ética que se refiere al obrar y la dignidad teológica que se refiere a Dios. (p. 101)

#### **9.1.3.4 Proceso salud-enfermedad**

La propuesta de abordar como Metaparadigma no solo como la categoría salud, sino como la categoría: proceso salud-enfermedad, surge de la relación tan estrecha que se presenta entre estas. Una persona nunca vive la salud y la enfermedad en su totalidad, es decir nunca se tiene el 100% de la salud ni el 100% de la enfermedad, la salud y la enfermedad son dos categorías que se complementan y se mueven de manera bidireccional en las personas.

Es así, como en la actualidad no se puede conceptualizar la salud sin integrarla con la enfermedad como un proceso. Ambas categorías se complementan y ofrecen una claridad conceptual, que permite analizar las condiciones de salud de las personas. Específicamente para los profesionales de enfermería, analizar el proceso salud-enfermedad desde el enfoque de los determinantes sociales en salud, favorece la planeación de intervenciones oportunas y únicas, en cada uno de los sujetos de cuidado.

El enfoque de los determinantes sociales en salud, permite trascender el enfoque de riesgo que plantea la epidemiología clínica al análisis de las condiciones sociales desde una epidemiología crítica, que aboga por el reconocimiento de condiciones

sociales históricas que han llevado a diferentes grupos poblacionales a una exposición continua de inequidades, de exclusión y de violación de sus derechos humanos.

Son diversos los autores que abordan el proceso salud-enfermedad desde los determinantes sociales a continuación se presentan: el Modelo de Dahlgren y Whitehead denominado: producción de las inequidades en salud, el Modelo de Diderichsen: estratificación social y producción de enfermedades y como síntesis el Modelo propuesto por el equipo de equidad de la OMS.

El modelo de Dahlgren y Whitehead (citado por Vega, Solar & Irwin, 2005) de las inequidades en salud, explica "cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades" (p. 3). Para éstos autores el primer nivel se inicia, con las características como edad, sexo y factores hereditarios, otro nivel lo constituye el estilo de vida, seguido por las redes sociales y comunitarias y las condiciones de vida y laborales que en un nivel más elevado están determinadas por condiciones generales, socioeconómicas, culturales y medioambientales.

Por su parte, el Modelo de Diderichsen: estratificación social y producción de enfermedades (citado por vega, Solar & Irwin), "recalca que la manera en que las sociedades se organizan crea una gradiente de estratificación social y asigna a las personas distintas posiciones sociales. La posición social de las personas determina sus oportunidades de salud" (p. 4).

El Modelo propuesto por el equipo de equidad de la OMS, es un Modelo de síntesis por cuanto integra los factores propuestos en otros modelos, pero a su vez, vincula un componente importante que es el Sistema Sanitario como elemento que influye y se interrelaciona con los otros factores. Este enfoque de los determinantes sociales permite un análisis del proceso salud- enfermedad desde las exposiciones sociales de la persona. No obstante, también las categorías salud y enfermedad son abordadas desde las concepciones objetivas y subjetivas que realizan las personas de ellas.

La salud y la enfermedad son conceptos históricos y sociales, producto de la construcción cultural de los pueblos y del significado otorgado a cada uno de ellos, que surge de una valoración objetiva y subjetiva de la realidad social. Esta concepción subjetiva-objetiva se refuerza o se transforma en las personas y colectivos de manera directa, por la realidad social que se presenta como algo natural para toda la población y desde la forma en que cada persona vive y percibe su salud ". La enfermedad y la muerte pueden entenderse y vivirse como representaciones de otra manera de vivir, en la cual el mundo interior, califica la propia vida en términos de salud o enfermedad" (Boixareu, 2008, p. 159).

La salud se relaciona directamente con la lógica del ser y no con la lógica del tener. (...)El ser sano se relaciona con un modo de vivir pleno, en íntimo equilibrio con el entorno, se relaciona con una total transparencia entre

exterioridad e interioridad, en el marco de la intersubjetividad alegre y abierta serenamente a la cuestión del sentido último. (Torrallba i Roselló, 1998, p. 261)

Cuando se habla de la categoría de salud, se interrelacionan una serie de factores que intervienen en los procesos vitales del hombre, en sus relaciones y en el ejercicio de su libertad. Salud es vida, la salud se relaciona con la existencia misma del hombre, "vivir es la conciencia de tener vida y ocuparse de ella" (Boixareu, 2008, p. 162).

"Sentirse sano", o "sentirse mal", tiene mucho que ver con encontrar sentido, o no, a la existencia. Significado es lo que dice algo, sentido es la relación que lo que se dice tiene con el entorno. Se puede encontrar significado a la vida, pero no el sentido, cuando la vida ciertamente dice alguna cosa que tiene relación con la propia vida. (Boixareu, 2008, p. 166)

La salud de las personas se ubica en diferentes espacios y en ellos se generan posibilidades de vida, es así como la salud para las personas también se inscribe en una condición deseable, que permite su realización como ser y desde lo relacional favorece los procesos de comunicación, de interrelación y de expresión de su corporeidad. De esta forma, la persona percibe su salud no solo desde lo que para ella significa estar sana- en su yo interior-, sino desde la expresión que pueda realizar de esa percepción - de su ser- , a través de su cuerpo.

Para Torralba i Roselló (1998) desde la antropología filosófica, para el sujeto de cuidado la enfermedad no solo connota una alteración en el funcionamiento fisiológico de los sistemas, sino que produce una serie de alteraciones emocionales que lesionan la integridad de las personas, sus relaciones y su libertad. La corporeidad del sujeto durante la enfermedad se hace más visible para él, por cuanto desde ella se percibe la fragilidad de la misma. Mientras que desde la interioridad del sujeto la enfermedad lo expone con su vulnerabilidad como ser humano, como lo indica el siguiente párrafo:

En el plano de la interioridad personal, la experiencia de la enfermedad conlleva, por lo general, una desestructuración global del sentido habitual. Durante su vida normal, el ser humano confiere su sentido a su existencia, a sus actividades y a sus distintos esfuerzos (...) En estas coordenadas, la persona enferma debe crear de nuevo el sentido de su vida, tratar de dar sentido a su experiencia, sacar parte positiva de este episodio biográfico y ello sólo es posible en el marco de la relación interpersonal adecuada y consciente del trastorno que sufre dicha persona. (pp., 262 y 263)

Desde el plano relacional, la persona enferma establece unas relaciones de dependencia (que en cierta medida afectan su libertad y su autonomía) con aquellas personas que identifica como sus cuidadores ya que ellas se constituyen en el medio para el restablecimiento de su salud.

De igual forma, existe una reducción de su espacio vital ya que éste se circunscribe a un entorno específico y la percepción del tiempo se alarga por cuanto su

cotidianidad se suspende durante el periodo de la enfermedad. "En la enfermedad hay una cierta pérdida del 'yo' íntimo, un cambio en la identidad personal que resulta difícil evaluar en la inmediatez". (Boixareu, 2008, p. 216)

Por tanto para la autora de esta investigación, la salud y la enfermedad no pueden observarse en las personas como categorías aisladas, sino como un proceso que vive cada persona a lo largo de su vida, que desencadena reacciones positivas o negativas desde su interioridad, que desestabilizan su cotidianidad, pero que a su vez se convierten en un semáforo que da alertas de parada, de precaución o de cambio en la vida de los seres humanos, inmersos en una realidad específica que a su vez, determina una condición y calidad de vida específica.

### **9.1.3.5 Ser**

A través del desarrollo del concepto de persona que se realizó en el marco teórico se realizó una aproximación al concepto de ser desde diferentes autores, por tanto éste apartado mencionará, solo algunos aspectos.

Santo Tomás de Aquino inspirado en Aristóteles afirma que: "el hombre es un ser situado en las fronteras de lo material y de lo espiritual porque es un ser en el que dos sustancias incompletas cuerpo y alma, se funden para formar una naturaleza completa". Santo Tomás de Aquino (citado por Valverde 2002, p. 54) también define la esencia y la existencia; la esencia "es aquello por lo que una cosa es y la existencia es aquello por lo que una cosa existe (...) En el ser necesario, esencia y existencia coinciden plenamente, pues si bien el ser necesario no puede dejar de ser tampoco, puede no existir" (Hernández y Salgado, 2010-2011, pp. 13 y 14).

De la misma forma, Santo Tomás (citado por Valverde 2002), expone que solo el hombre como sujeto cognoscente y a su vez como objeto conocido, puede "volver sobre sus propios actos y así estar presente a sí mismo, como un yo objeto de reflexión" (p. 29). Por su parte, para M. Scheler (citado por Álvarez 1997) el ser como persona espiritual está constituido por una esencia y una existencia como lo expresa en el siguiente párrafo:

La *esencia* de la persona es el conjunto estructurado de actos: "El centro del espíritu, la persona, no es un ser objetivo o material sino una estructura ordenada de actos que continuamente se autorealiza (esencialmente determinada)". La existencia es esa misma autorealización que se hace efectiva, realidad, en el decurso de la historia. (...) El modo lo explica Scheler con las siguientes palabras: "tomando parte a través de la *co-realización* en un orden esencial en cuanto espíritu cognoscente, en un orden objetivo de valores en cuanto espíritu que ama, en un orden final del proceso mundano en cuanto espíritu que quiere" (p. 13).

Entender el ser y la esencia del hombre desde la ontología, implica reconocer que el cuidado de enfermería se da entre dos sujetos y esto a su vez remite, a la pregunta

que se plantea la antropología filosófica ¿puede ser el hombre el sujeto y objeto de una ciencia? y ¿al hacer de él un objeto de ciencia no se deformaría su esencia como hombre? ( Valverde, 2002, p. 28). A lo que Gabriel Marcel (citado por Valverde 2002) indica, que el hombre no puede ubicarse por fuera de la filosofía del hombre por tener su misma naturaleza.

La autora de esta investigación coincide en el que el ser se constituye en la esencia del hombre, en todo aquello que lo constituye como persona y le hace entender el sentido de su existencia. El cuidado de enfermería, también implica el cuidado de ser, es desde el ser donde el hombre se siente y se percibe humano y por tanto, reconoce que tiene debilidades y fortalezas indispensables para llevar a cabo su proyecto de vida y para enfrentar los procesos de salud- enfermedad.

### **9.1.3.6 Existencia**

El existencialismo y la antropología filosófica brindan aportes importantes frente al concepto de la existencia. Para los existencialistas el hombre se encuentra en crisis, vive angustiado, el hombre existe y luego encuentra su esencia. La aparición de la enfermedad unida a la condición de vulnerabilidad enfrenta a la persona, a su condición humana de finitud como lo expresaba Heidegger y Sartre. Sin embargo, la noción de finitud de hombre va en contra del cuidado de enfermería, no solo porque el cuidado contempla el cuidado del hombre en todas sus dimensiones, sino porque entra en contradicción con la esperanza del ser humano, desde el plano espiritual.

Kierkegaard (citado por Jolivet, 1950), afirma que "la elección es la señal propia del existencia. Existir es elegir. (...) La existencia precede a la esencia: yo soy en cierto modo, el artífice de mi propia esencia y existo en la medida misma en que completo es esencia". Desde el existencialismo contemporáneo Heidegger y Sartre (citados por Jolivet, 1950) establecen su filosofía existencialista en el "ser de la existencia humana" (...) "mientras que para Heidegger la vida auténtica está en la desesperación, para Sartre está más allá de la desesperación" (p. 75).

Karl Jaspers, a diferencia de Heidegger establece una diferencia entre la existencia y el Dasein, como se expresa en el siguiente párrafo:

No tenemos medio alguno para establecer demostrativamente el ser de la existencia. Es necesario dar un salto por encima de las fronteras de lo objetivamente cognoscible, y es por este salto por donde empieza la filosofía. (...) *La existencia no es el fin, sino el principio o el origen de la filosofía.* Este origen mismo no es un comienzo que se pueda intentar rebasar hacia algo anterior, ni una decisión arbitraria que me deje en la duda y la desesperación, ni un puro dato impuesto por la negativa a una regresión hasta el infinito en la búsqueda de las razones y de los fundamentos. El origen no es otra cosa que el *ser de la libertad*, hacia el cual trasciendo cuando, filosofando en el no-saber, vuelvo a mí mismo. (Jolivet, 1950, p. 228)

Gabriel Marcel, por su parte (citado por Jolivet, 1950), parte de que la experiencia fundamental es la de existir. Y la de existir en un cuerpo que pertenece al mundo “ser en el mundo”. “la existencia del mundo de que aquí se trata no es la de un conjunto de objetos o cosas yuxtapuestas (...) es una a modo de presencia maciza y activa que nos eleva a nosotros mismos a la existencia” (p. 298).

De igual forma, Gabriel Marcel (citado por Jolivet, 1950) expone que: la existencia “es el reducto central de la metafísica” El mundo está “arraigado en el ser” (...) de esto nos advierte la experiencia más inmediata y más clara imponiéndonos la evidencia de *mi existir* y su primacía sobre todos los conceptos. El ser (esto es, *mi ser*), que es lo inmediato interiormente vivido, que es realidad existencial, y no lógica, debe prevalecer sobre el *cogito*. Si la existencia no se halla en el principio, no estará en parte alguna, porque todo intento de pasar a la existencia no es más que ilusión y engaño.

El existencialismo como corriente filosófica permite encontrar el sentido de la existencia, sentido que en el mundo actual se diluye en un mundo tecnificado, que centra su atención en los objetos materiales, lo que resta importancia a la existencia misma. Situación que muy bien contempla, Cañas Fernández (2010), en su artículo de la deshumanización a la rehumanización donde plantea que el fenómeno de la deshumanización en el siglo XX es producto de dos factores: el primero: la violencia consecuencia de las guerras mundiales y las adicciones causa de su esclavitud existencial. (p. 67). Desde cualquiera de estas dos situaciones, el hombre pierde el sentido de su existencia. Si a ésta realidad se suma la fragilidad que percibe la persona enferma, su existencia se ve más afectada.

Para la autora de ésta investigación, *la existencia y el ser*, son categorías fundamentales dentro del metaparadigma, por cuanto, la existencia, el reconocimiento de la misma por parte del sujeto de cuidado y el descubrimiento del ser, de la esencia del sujeto de cuidado, son componentes constitutivos de la persona, que no pueden dejarse a la deriva sino que deben contemplarse al momento de brindar cuidado y en la planeación de las intervenciones de enfermería. Como lo expresa Torralba i Roselló 2002, “El cuidado es el ser del hombre. (...) Se trata de una estructura formal, ontológico-existencial del ser humano: El análisis del cuidado revela la estructura total del ser humano” (p. 114).

### **9.1.3.7 Vida**

La discusión de la vida para los biólogos se da desde las teorías que explican el origen de los seres vivos. Y los seres vivos son “toda la diversidad de organismos que descienden de un ancestro común unicelular que surgió hace 4.000 millones de años” y que se definen por unas características específicas como son “contienen información genética, tienen una o más células y pueden tomar energía del ambiente” (Sadava, Heller, Orians, Purves & Hillis, 2009, p. 3), entre otras.

Para Edgar Morín “la vida es la existencia vivida y éste término de vivido expresa la experiencia singular, egocéntrica, exclusiva de un individuo-sujeto. Vivir es el

modo de existencia propio del individuo-sujeto" (1980, p, 228). Sin embargo, este mismo autor manifiesta que la noción de vida es versátil, por cuanto "es discontinua (nacimientos/existencias/muertes), y es continuidad (ciclos, bucles, procesos). Es reproducción y es intercambio. (...) Es conservación y es evolución. Es repetición y es innovación (...) produce finalidades, pero no procede de ninguna finalidad y la finalidad de sus finalidades es incierta" (p. 405).

Una corriente filosófica que se debe tener en cuenta para el sustento de la categoría "Vida", surge del vitalismo, donde se encuentran pensadores como Dilthey, Nietzsche y Ortega y Gasset entre otros. Para los vitalistas la vida es el concepto fundamental a partir del cual surge su filosofía, a Ortega no se le considera un vitalista puro sino un raciovitalista ya que reconoce la vida como concepto central pero no desconoce la importancia de la razón, es lo que Ortega denomina la razón vital. Para Ortega y Gasset la vida es un concepto metafísico, la realidad radical donde nos encontramos tanto al sujeto con sus circunstancias, la auténtica realidad donde se dan tanto el sujeto (el yo) como las cosas, el hombre y su mundo. Para Nietzsche la vida se encuentra enfrentada a la misma razón, la vida reacciona contra la misma razón que pretende dominar la realidad, y por tanto, la vida es irracionalidad, curso ciego y sin sentido; una realidad indeterminada. (...) Ortega afirma que para el ser humano la razón no es algo opuesto a la vida sino algo de lo que se sirve la vida para diseñar, realizar y justificar el proyecto que cada cual queremos ser. Nuestra razón no es una razón teórica (contemplativa) sino que es razón vital (...) pero encaminada a realizar un proyecto vital, y no nuestros instintos como pensaba Nietzsche. El ser humano actúa para Ortega y Gasset por motivos racionales y no meramente por instintos, como sostenía Nietzsche. (Aplicaciones educativas, s.f., p. 1)

Dilthey (citado por Gómez-Heras, s.f.) establece una diferencia entre las Ciencias naturales y las Ciencias del espíritu. Las ciencias del espíritu "emergen de la vida misma del hombre en cuanto que ésta se esfuerza por constituirse asimismo, en estado de ciencia" (p. 9) pero es a través de la vivencia del sujeto donde el hombre adquiere la comprensión, "en la vivencia se manifiesta la unidad de la vida y el sentido que en la misma busca la comprensión" (p. 13).

Para Dilthey (Citado por Cortés, 2013), la vida es la realidad fundamental significa que todo emana de ella y, por tanto, todo tiene una conexión con ella. En la modernidad se pensó que la realidad fundamental era la conciencia y que el modo de conocimiento era la representación 7. Dilthey está rompiendo una lanza en contra de dicha tesis 8. La realidad fundamental es la vida, y esto implica una dualidad indisoluble, unitaria, que no se reduce a la conciencia o a la actividad intelectual, sino que yo y mundo son las dos caras de la misma moneda. (p. 4)

Es indudable que la vida es un concepto epistemológico, que se asume como un problema filosófico. Para la autora de esta tesis, la vida es la presencia de un

organismo vivo en un espacio determinado, es el impulso, la energía vital de la persona humana. Por tanto, la vida tiene que ver con su ser, con su existencia, con su ambiente/entorno y con los procesos salud- enfermedad.

# 10. Referencias generales

- Abel, C. (1996). *Ensayos de Historia de la salud en Colombia 1920-1990*. Bogotá: CEREC. Instituto de Estudio Políticos y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Colombia.
- Álvarez, M. L. (1997). Persona y sustancia en la filosofía de Max Scheler. *Anuario Filosófico*, 10 (1), 9-26. Recuperado en: <http://dspace.unav.es/dspace/bitstream/10171/1912/1/01.%20LUIS%20ALVAREZ%20MUN%20Y%20PERSONA%20Y%20SUSTANCIA%20EN%20LA%20FILOSOFIA%20DE%20MAX%20SCHELER.pdf>
- Aplicaciones educativas. (s.f.). Recuperado en: [https://www.google.com.co/search?q=COMPARACION+ENTRE+LA+FILOSOFIA+DE+ORTEGA+Y+GASSET+Y+LA+FILOSOFIA+DE+NIETZS+CHE.&ie=utf-8&oe=utf-8&rls=org.mozilla:es-MX:official&client=firefox-a&channel=np&source=hp&gws\\_rd=cr&ei=YrfnUvyHNYjPsASHpIGICg](https://www.google.com.co/search?q=COMPARACION+ENTRE+LA+FILOSOFIA+DE+ORTEGA+Y+GASSET+Y+LA+FILOSOFIA+DE+NIETZS+CHE.&ie=utf-8&oe=utf-8&rls=org.mozilla:es-MX:official&client=firefox-a&channel=np&source=hp&gws_rd=cr&ei=YrfnUvyHNYjPsASHpIGICg),
- Arce, F. G. (2005). Anticlericalismo, secularización y violencia: algunas pautas de historia comparada entre España y Colombia (1930-1948). En: *Globalización y Diversidad Religiosa en Colombia*. Recuperado en: [books.google.com.co/books?isbn=9587014979](https://books.google.com.co/books?isbn=9587014979).
- Arias, T. R. (2009). La iglesia Católica Colombiana durante el siglo XXI. Recuperado en: [www.istor.cide.edu/archivos/num\\_37/dossier4.pdf](http://www.istor.cide.edu/archivos/num_37/dossier4.pdf)
- Arratia, A. (2005). Investigación y documentación histórica en Enfermería. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Out-Dez*; 14(4), 567-74. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a1v14n4.pdf>
- Bautista, V. J.M. (2002). Sobre la idea de acción en el personalismo Mouneriano: Ser antes que hacer. *Revista de Ciencias Sociales*, Vol. 95, 87-96. Recuperado en: [https://bases.javeriana.edu.co/f5-w-87474703a2f2f7765622e656273636f686f73742e636f6d\\$\\$/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=a461816fd8ab-412c-ad31-4b3500b9663e%40sessionmgr13&hid=1](https://bases.javeriana.edu.co/f5-w-87474703a2f2f7765622e656273636f686f73742e636f6d$$/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=a461816fd8ab-412c-ad31-4b3500b9663e%40sessionmgr13&hid=1)
- Benavent, G. A., Ferrer, F. E. & Francisco del Rey C. (2003). *Fundamentos de Enfermería*. (Ed). Madrid: Enfermería Siglo 21. Berryman, P. (2003). Teología de la liberación. México: (Ed) Siglo XXI.
- Boixareu, R. M. (2008). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona: Herder.
- Boletín Latinoamericano (2005). Ética y Enfermería. N. 11.
- Bonilla-Castro, E. y Rodríguez-Shek, P. (1995). *La investigación en Ciencias Sociales. Más allá del dilema de los métodos*. Bogotá: Norma.
- Cañas-Fernández, J. L. (2010). De la deshumanización a la rehumanización. (El reto de volver a ser persona). *Revista pensamiento y cultura*. Vol. 13 N°-1 Recuperado en: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=70115498006](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70115498006)
- Castrillón, M.C. (1997). *La dimensión social de la práctica de enfermería*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- CIE (s,f). Consejo Internacional de Enfermeras. Recuperado en: [www.icn.ch/es/about.../icn-definition-of-nursing](http://www.icn.ch/es/about.../icn-definition-of-nursing)
- Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoría*. Vol. 14 (1) p. 61-71.
- Colley, S.(2003). Nursing theory: Its importance to practice. *Nursing Standard*; 17, 46; Recuperado de Base de datos de ProQuest.
- Colliere, F. Marie. (1993). *Promover la Vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los Cuidados de Enfermería*. Madrid: McGraw-Hill.
- Cole, M. (2003). Psicología Cultural: una disciplina del pasado y del futuro. Madrid: Morata.
- Comte, A. (2007). *Discurso sobre el espíritu positivo*. Madrid: Alianza.

- Congreso de la República (1996, enero 25). Ley 266, "Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones". Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996
- Congreso de la República (1990, agosto 28). Ley 50 "Por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones.". Diario Oficial No. 39.618, del 1 de enero de 1991.
- Congreso de la República (2004, octubre 5). Ley 911, "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones". Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004
- Cortés, F. (2013). Ensayos sobre la idea de vida en Dilthey. Versión electrónica. *Revista Internacional de Filosofía. Scientia Helmantica*. Número 1, marzo de 2013. Recuperado en: [http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevistascientiahelmantica.usa.es%2Fdocs%2Fvol.01%2F03.-Ensayo-sobre-la-idea-de-vida-en-Dilthey.pdf&ei=7LbmUqzXE6S\\_sQTHwYG4DA&usg=AFQjCNHWekEetJUcG9UeJ8JDFaUjh6taA&bv=bv.59930103,d.eW0](http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevistascientiahelmantica.usa.es%2Fdocs%2Fvol.01%2F03.-Ensayo-sobre-la-idea-de-vida-en-Dilthey.pdf&ei=7LbmUqzXE6S_sQTHwYG4DA&usg=AFQjCNHWekEetJUcG9UeJ8JDFaUjh6taA&bv=bv.59930103,d.eW0)
- Daza de Caballero, R. (2004). Las prácticas de cuidado en el desarrollo histórico del hombre. *Revista investigación en enfermería: imagen y desarrollo*. Vol. 6 N° 1 y 2. Recuperado de: [revistas.javeriana.edu.co/.../imagen\\_y\\_desarrollo/...986](http://revistas.javeriana.edu.co/.../imagen_y_desarrollo/...986)
- Daza de Caballero, R. (2004). Genealogía de la investigación sobre el cuidado de enfermería. *Revista investigación en enfermería: imagen y desarrollo*. Vol. 6 N° 1 y 2. Recuperado de: [revistainvestigacionenfermeria.javeriana.edu.co/.../60](http://revistainvestigacionenfermeria.javeriana.edu.co/.../60)
- Durán de Villalobos, M. M. (2001). *Enfermería Desarrollo Teórico e Investigativo*. Bogotá: Unibiblos, Universidad Nacional de Colombia.
- Durán de Villalobos, M. M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Revista Aquichan*. [Revista electrónica] *Revista Aquichan*. Año 2 N° 2. Recuperado en: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2107428.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2107428.pdf)
- Durán de Villalobos, M. M. (2007). Teoría en Enfermería ¿un camino de herradura? [Revista electrónica] *Revista Aquichan*. Año 7 N° 2, Bogotá, Colombia. Recuperado de: Redalyc. Org: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74107207>
- Duran E. (2007). M. La condición humana en el cuidado. Un enfoque para la educación enfermera. *Revista Rol de Enfermería*. Vol. 30 N 4, 43-48.
- Egenes, K. (s.f). History of Nursing. Chapter 1. Recuperado en: [http://www.jblearning.com/samples/0763752258/52258\\_ch01\\_roux.pdf](http://www.jblearning.com/samples/0763752258/52258_ch01_roux.pdf)
- Francisco del Rey, C. (2008). De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá.
- Forero, E. (2012). *Roles de enfermería en los programas de trasplante en Colombia*. Tesis. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia / Facultad de Enfermería.
- Fraile G, O. P. (1976). *Historia de la Filosofía I. Grecia y Roma*. Madrid: Católica S.A.
- Fraile D, C.G. (2002). Ciencia, ética y enfermería. *Revista Ciencia y Enfermería* 8 (1): 9-14, Recuperado en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v8n1/art02.pdf>. Consultado el 15 de Junio 2012.
- Fuerbringer, M., Villareal, M., & Guerra, J. (1995). *Enfermería, disciplina científica. (Una aproximación epistemológica)*. Potosí: Universidad Autónoma de Potosí / Escuela de Enfermería
- Gachamá M. J.F. (2010). La ética Kantiana y los postulados de la razón como inconsistencia de la filosofía crítica. *Bajo Palabra: Revista de Filosofía. II Época*, N°5(2010):171-192. Recuperado en: [https://bases.javeriana.edu.co/f5-w-687474703a2f2f64696769746f6f6c2d75616d2e677265656e646174612e65733a3830\\$\\$/R/4KPDYID2LA1XP32Y8NJX74G27XVKKQSN4E7NAEHU5KGYE5DT9-00108?func=dbin-jump-full&object\\_id=37319&pds\\_handle=GUEST](https://bases.javeriana.edu.co/f5-w-687474703a2f2f64696769746f6f6c2d75616d2e677265656e646174612e65733a3830$$/R/4KPDYID2LA1XP32Y8NJX74G27XVKKQSN4E7NAEHU5KGYE5DT9-00108?func=dbin-jump-full&object_id=37319&pds_handle=GUEST)
- García, F.J. (2005). Kant y su lectura de la educación como tema de la filosofía. *Revista. Filosofía Univ. Costa Rica, XLIII* (108), 159-166, Enero-Abril 2005. Recuperado en: <http://www.latindex.ucr.ac.cr/filosofia-108/filosofia-108-14.pdf>

- Gómez, C. Gómez, H. (1997). *Modernización y modernidad de los programas de pregrado de Enfermería*. Bogotá: Acofaen/Icfes.
- Gómez- Heras, J. (s f) *La hermenéutica de la vida en Dilthey y la fundamentación de una crítica de "la razón histórica"* Recuperado de: [https://www.google.com.co/search?q=la+hermeneutica+en+la+vida+de+Dilthey&ie=utf-8&oe=utf-8&rls=org.mozilla:es-MX:official&client=firefox-a&channel=np&source=hp&gws\\_rd=cr&ei=b9fmUtb0KMngsAT\\_9YDwAw](https://www.google.com.co/search?q=la+hermeneutica+en+la+vida+de+Dilthey&ie=utf-8&oe=utf-8&rls=org.mozilla:es-MX:official&client=firefox-a&channel=np&source=hp&gws_rd=cr&ei=b9fmUtb0KMngsAT_9YDwAw)
- Gómez, S. C; Munar, O. C; Parrado, L.Y; Urbano, F. G; Rodríguez, Q. M; Vargas, R.E & Velandia, M.A. (2011). *Tres escuelas una historia. Formación de enfermeras en la Universidad Nacional de Colombia 1920-1957*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.
- Grupo de Cuidado. (1998). *Dimensiones del cuidado*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Unibiblos. Facultad de Enfermería.
- Habegger, N. (1967). *Camilo Torres. El cura guerrillero*. Buenos Aires: A. Peña Lilo Editor.
- Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.
- Hernández, G. F.J Y Salgado, G. S. (2010-2011) *Filosofía Medieval en el Cristianismo: Agustín de Hipona y Tomás de Aquino. Duederías. Cuadernos de Filosofía- Serie Historia de la Filosofía 6*. Recuperado en: [guindo.pntic.mec.es/~ssag0007/filosofica/filosofiamedievalyaquino.pdf](http://guindo.pntic.mec.es/~ssag0007/filosofica/filosofiamedievalyaquino.pdf)
- Ivanovic-Zuvic, F. (2000). El legado de Karl Jaspers. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*. V38. N° 3. Santiago. Julio. Recuperado en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272000000300004>
- Jamieson, E., Sewall, M. & Suhrie, E.(1968). *Historia de la Enfermería*. México: Interamericana S.A.
- Jolivet. R. (1950). *Las doctrinas existencialistas desde Kierkegaard a J.P. Sartre*. Traducción española de Arcenio Pacios. Madrid: Editorial Gredos.
- Kalmanovitz, S y López E. (s.f.). *Instituciones y desarrollo agrícola en Colombia a principios del siglo XX*. Recuperado en: [www.banrep.gov.co/documentos/presentaciones.../pdf/agrario1.pdf](http://www.banrep.gov.co/documentos/presentaciones.../pdf/agrario1.pdf)
- MC Cormack, L. (2007). *Breve Historia de la Enfermería. Trabajo de recopilación. Escuela superior de salud y ambiente. Universidad Nacional del Comahue*. Recuperado en: <http://faciasweb.uncoma.edu.ar/academica/materias/morfo/Historiadelaenfermeria.pdf>
- Malagón, M. (s, f). La regeneración, la constitución de 1886 y el papel de la iglesia católica. *Revista electrónica de difusión científica – Universidad Sergio Arboleda Bogotá – Colombia*. Recuperado en: <http://www.usergioarboleda.edu.co/civilizar> Reservados todos los derechos de autor No. 11
- Malvarez, S. (2007). El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, Jul-Set; 16(3): 520-30.
- Manual de Enfermería Cto. (2007). Mc Graw Hill-Interamericana. Tomo. I.
- Marriner A. & Alligood, M. (2007). *Modelos y Teorías en Enfermería* (5ta ed.). Barcelona: Mosby.
- Marriner A. & Alligood, M. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería* (7ª ed.).Barcelona: Mosby.
- Mompart, M. P. (2004). La problemática del conocimiento enfermero. Recuperado en: [http://www.enfermeria21.com/pfw\\_files/cma/revistas/Educare21/2004/11/11023.pdf](http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2004/11/11023.pdf)
- Morey, M. (1988). *Los presocráticos. Del mitos al logos*. 4ª ed. Barcelona: Montesinos editor.
- Morín, E. (1980). *El Método. La vida de la vida*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Muhr, T. And Friese, S. (2005). *Atlas.ti. The Knowledge workbench. User's guide and Reference. Visual Qualitative Data Analysis & Knowledge Management in Education, Business, Administration & Research*. [software]. V. 5.0. Long Island. Recuperado de: <http://www.atlasti.com/downloads/atlman.pdf>
- Nightingale. F. (2005). *Notas sobre la Enfermería. Qué es y qué no es*. Versión Española de la obra original Norteamericana *Notes on Nursing: What is and What it is not* of Florence Nightingale. New York: Dover Publications.

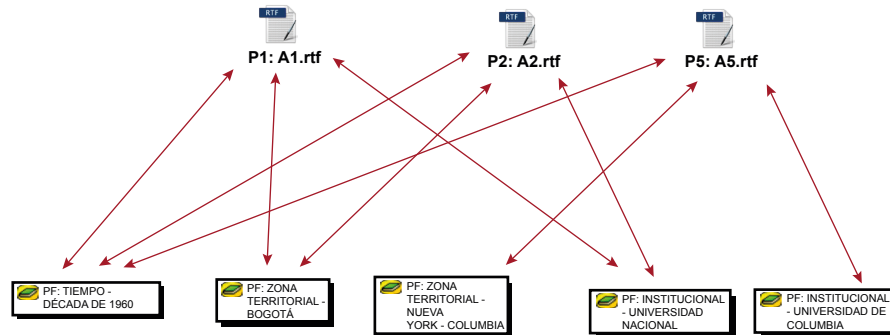
- Oguisso, T y Fernández, G. (2007). Historia de la enfermería: Reflexiones sobre la enseñanza e investigación en cursos de pregrado. Recuperado en: [www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es\\_v15n1a26.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es_v15n1a26.pdf)
- OPS (2002). *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano: Cien años de historia 1902-2002*. Recuperado en: [new.paho.org/col/index.php?gid=61&option=com\\_docman](http://new.paho.org/col/index.php?gid=61&option=com_docman)
- Osses, P., Valenzuela, S. & Sanhueza A. (2010). Hombres en la Enfermería Profesional. *Enfermería Global. Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería. Enfermería Global*. N° 18. pp. 1-7 Recuperado en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/reflexión1.pdf>
- Palacios, M y Safford, F. (2002). *Colombia país fragmentado, sociedad dividida. Su historia*. Bogotá: Grupo editorial Norma.
- Paredes, H. N. (2003). *Derecho a la salud. Su situación en Colombia*. Bogotá: Cinep.
- Parra, L. (2008). Breve recuento histórico de las mujeres colombianas en la ciencia y la ingeniería. *Revista antropol.sociol.* No. 10, Enero - Diciembre 2008, pp. 155 – 166.
- Pérez, F, F. El medio social como estructura psicológica. Reflexiones a partir del modelo ecológico de Bronfenbrenner. *Revista electrónica: eduPsykhé*, 2004, Vol. 3, No. 2, 161- 177 Recuperado de: [dialnet.unirioja.es](http://dialnet.unirioja.es)
- Potter, P & Perry, A. (s, f). *Fundamentos de Enfermería*. Vol. 1. Barcelona: Harcourt/Océano.
- Pinto, N. (2010). El programa de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en sus primeros 90 años. En: *av. enferm.*, XXVIII número especial, 90 años. pp. 11-15.
- Ramió, J. A. (2005). *Valores y actitudes profesionales-estudio de la práctica profesional de la Enfermera en Catalunya*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona, España.
- Sadava D, Heller H, Orians H, Purves W & Hillis D. *Vida la Ciencia de la Biología*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Scheffler, I. (1970). *Bases y condiciones del conocimiento*. Buenos Aires: Paidós.
- Sampieri, R, Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D. F: Editora El Comercio S.A.
- San Miguel de Pablos, J, L. ¿Qué es la vida? La pregunta de Schrödinger. Recuperado en: JLSM de Pablos - In memoriam: José María Mardones (1943- ..., 2006 - [sp.upcomillas.es](http://sp.upcomillas.es)
- Santander P. F. (1998). *Filosofía de la ciencia y epistemología de la investigación*. En: *Epistemología y filosofía de la ciencia. Selección de Ensayos universitarios*. Barranquilla: Fondo de publicaciones Universidad del Atlántico.
- Seguel-Palma, F., Valenzuela-Suazo, S., & Alvarado, O. (2012). Corriente epistemológica positivista y su influencia en la generación del conocimiento en enfermería. *Revista Aquichan* 12(2), 160-168. Recuperado en: Base de datos EBSCO.
- Siles, G, J. (2010) Historia cultural de enfermería: Reflexión epistemológica y metodológica. *Revista Avances de enfermería. [Revista electrónica] XXVIII*, Número especial 90 años. pp. 120-128. Recuperado en: [http://enfermería.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii\\_11.pdf](http://enfermería.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii_11.pdf)
- Skidmore, T. E & Smith, P.H. (1996). Historia Contemporánea de América Latina. *América Latina en el siglo XX*. La transformación de América Latina Contemporánea. Madrid: Ed. Grijalbo. Recuperado en: [www.hechohistórico.com.ar/.../lecvmx003.html](http://www.hechohistórico.com.ar/.../lecvmx003.html)
- Souza, A. (2003). La formación de Enfermería y el desarrollo socioeconómico en América Latina 1850-1950. *Rev. Adm. Sanit.* 1 (4): 555-573. Recuperado en: [www.elsevier.es/sites/default/files/.../261v1n4a13055235pdf001.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/.../261v1n4a13055235pdf001.pdf)
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia/Facultad de Enfermería.
- Tamayo. T. M. (2009). *El proceso de la investigación científica*. Quinta Edición. México: Editorial Limusa.

- Torralba I Roselló, F. (1998). *Antropología del Cuidar*. Barcelona: Institut Borja de Bioética. Fundación Mapfre Medicina.
- Torralba I Roselló, F. (2002). *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Barcelona: Institut Borja de Bioética. Fundación Mapfre Medicina.
- Urdanoz, T. O. P. (1978). *Historia de la Filosofía. VI Siglo XX: De Bergson al final del existencialismo*. Madrid: Católica S.A.
- Valls, M, R. (1993). *Diseño de programas para la formación ética de los profesionales de Enfermería*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona. España
- Valverde, C. (2002). *Antropología Filosófica*. Madrid: Edicep.
- Vázquez, V. V. (2009). L. La educación y la ética del cuidado en el pensamiento de Nel Noddings. Tesis Doctoral. Universitat de Valencia- España.
- Vega, J, Solar, O, & Irwin A. (2005). Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. Recuperado en: [https://docs.google.com/document/d/1YEw1H5GJ\\_bKry15\\_LbtLuq-oqcf1jD19Ywm3eMdvjXE/edit?pli=1](https://docs.google.com/document/d/1YEw1H5GJ_bKry15_LbtLuq-oqcf1jD19Ywm3eMdvjXE/edit?pli=1)
- Velandia, A. L. (1995). *Historia de la Enfermería en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Verderese, O. (1979). Análisis de la enfermería en la América Latina. *Educación Médica Salud, Vol. 13, No. 4* Recuperado en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/3156.pdf>
- Vidart, D. (1986). *Filosofía Ambiental, epistemología, praxiología, didáctica*. Bogotá: Ed. Nueva América.
- Vitale, L. (1983). *Hacia una historia del ambiente en América latina. De las culturas aborígenes a la crisis ecológica actual*. Recuperado de [http://L.Vitale - Nueva Sociedad. Nueva Imagen, México, 1983 - estudiosecologistas.org](http://L.Vitale-NuevaSociedad.NuevaImagen,México,1983-estudiosecologistas.org)
- Wall, M.L, Y Carraro, T. E. (2009). La Teoría Revolucionaria de kuhn y su influencia en la construcción del Conocimiento de la Enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 17 (3), 417-422*. Recuperado en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000300021&lng=en&tlng=es.10.1590/S0104-11692009000300021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300021&lng=en&tlng=es.10.1590/S0104-11692009000300021)
- Zamuner, M. (s, f). La enfermería ciencia y arte del cuidado. *Revista temas de enfermería actualizada TEA N° 27*. (Ed) Puben Recuperado en: [http://familia.org.ar/media/W1siZiIsImZhbWlsaWEvcG9uZW5jaWFzLzExNC9kb2N1bWVudG9zL0VuZmVybWVyaWFzLzEwMjYyYV9lbnZlcm1lcm1hLF9jaWVvY2lhX3lfYXJ0ZV9kZWxfY3VpZGFkby5wZGYiXV0/Enfermeria\\_-\\_01\\_La\\_enfermeria\\_ciencia\\_y\\_arte\\_del\\_cuidado.pdf](http://familia.org.ar/media/W1siZiIsImZhbWlsaWEvcG9uZW5jaWFzLzExNC9kb2N1bWVudG9zL0VuZmVybWVyaWFzLzEwMjYyYV9lbnZlcm1lcm1hLF9jaWVvY2lhX3lfYXJ0ZV9kZWxfY3VpZGFkby5wZGYiXV0/Enfermeria_-_01_La_enfermeria_ciencia_y_arte_del_cuidado.pdf)

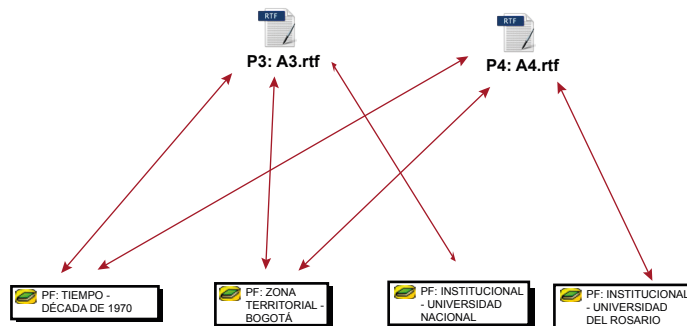
# ANEXOS

## ANEXO 1. Caracterización de los entrevistados

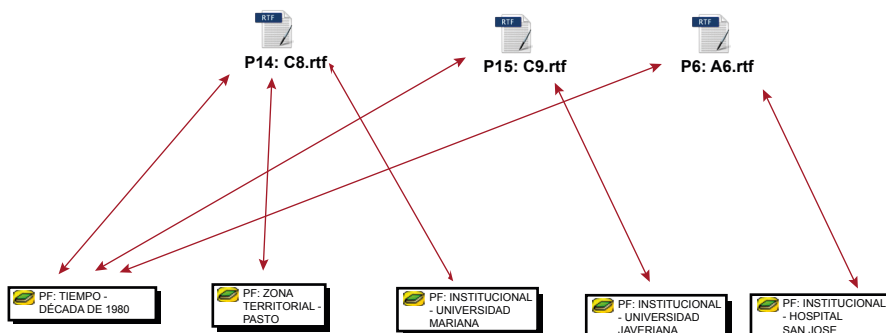
### DÉCADA DE 1960



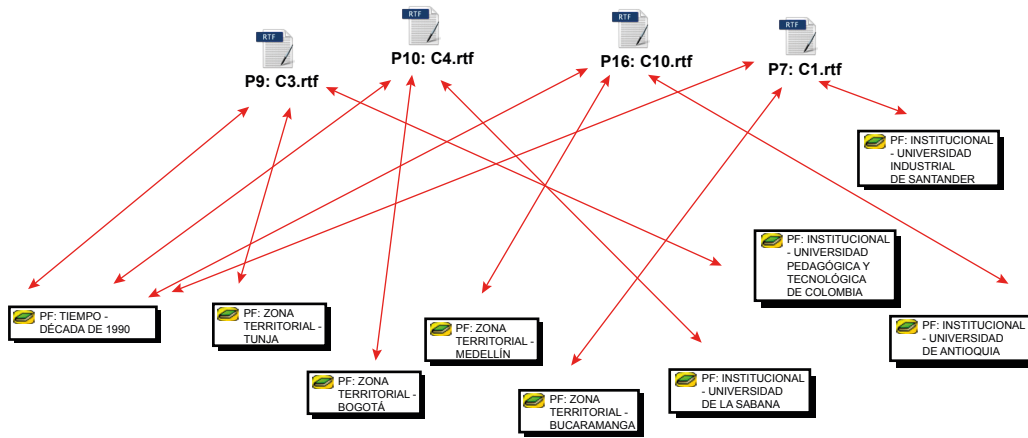
### DÉCADA DE 1970



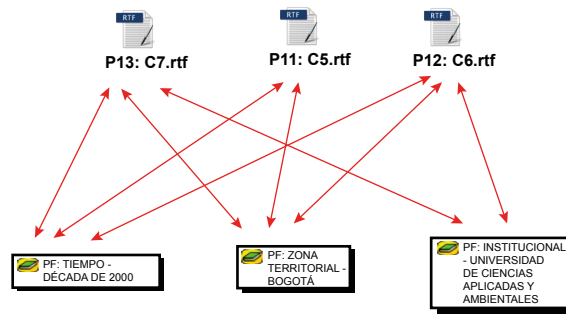
### DÉCADA DE 1980



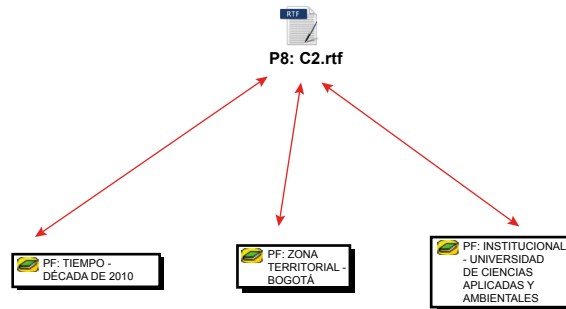
DÉCADA DE 1990



DÉCADA DE 2000



DÉCADA DE 2010



Georreferenciación



### **Selected Quotations (5). (Extended version)**

---

HU: Estatuto epistemológico - Enfermería

File: [C:\Users\ \Desktop\0HU - LORENA\Estatuto epistemológico - Enfermería.hpró]

Edited by: Super

Date/Time: 25/07/13 09:53:14 a.m.

---

#### **P18: MAPA.jpg - 18:1 [MAPA.jpg] (1670:1814) (Super)**

No codes

No memos

Comment:

BUCARAMANGA

C1 en 1980 - 1984 - "Universidad Industrial de Santander"

#### **P18: MAPA.jpg - 18:2 [MAPA.jpg] (1782:1918) (Super)**

No codes

No memos

Comment:

MEDELLÍN

C10 en 1989 - 1993 - "Universidad de Antioquia"

#### **P18: MAPA.jpg - 18:3 [MAPA.jpg] (1886:1972) (Super)**

No codes

No memos

Comment:

TUNJA

C3 - en 1987 - 1993 - "Universidad Pedagógica y Tecnológica"

#### **P18: MAPA.jpg - 18:4 [MAPA.jpg] (1970:2072) (Super)**

No codes

No memos

Comment:

BOGOTÁ

A1 en 1957 - 1967 - "Universidad Nacional" "Escuela nacional de enfermeras"  
A2 en 1964 - 1967 - "Universidad Nacional"  
A3 en 1973 - 1977 - "Universidad Nacional"  
A4 en 1967 - 1970 - "Universidad del Rosario"  
A6 en 1980 - 1984 - "Hospital San José"

C2 - en 2009 - 2013 - "Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A"  
C4 - en 1992 - 1996 - "Universidad de La Sabana"  
C5 en 2001 - 2006 - "Universidad Nacional"  
C6 - en 2002 - 2006 - "Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A"  
C7 - en 2007 - 2011 - "Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A"  
C9 - en 1985 - 1990 - "Universidad Javeriana"

**P18: MAPA.jpg - 18:5 [MAPA.jpg] (2362:2464) (Super)**

No codes  
No memos  
Comment:  
PASTO

C8 - en 1982 - 1986 - "Universidad Mariana"

**PD-Filter: All**

---

HU: Estatuto epistemológico - Enfermería  
File: [C:\Users\ \Desktop\0HU - LORENA\Estatuto epistemológico - Enfermería.hpr6]  
Edited by: Super

---

**P 1: A1.rtf {12}~ [C:\Users\ \Desktop\0HU - LORENA\PRIMARY DOCS\A1.rtf] text/rtf**

Families:  
INSTITUCIONAL - ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS  
TIEMPO - DÉCADA DE 1960  
ZONA TERRITORIAL - BOGOTÁ  
Comment:

**A1 - CECILIA CAMPAÑA DÍAZ DE PAREDES**

Inició en 1958 sus estudios en la "Escuela nacional de enfermeras" en Bogotá. Obtuvo su título de "Enfermera General - Licenciada en Ciencias de Enfermería" en 1967.

**P 2: A2.rtf {1}~ [C:\Users\ \Desktop\0HU - LORENA\PRIMARY DOCS\A2.rtf] text/rtf**

Families:

INSTITUCIONAL - UNIVERSIDAD NACIONAL

TIEMPO - DÉCADA DE 1960

ZONA TERRITORIAL - BOGOTÁ

Comment:

**A2 - MARINA ARIAS BUITRAGO DE RAMIREZ**

Inició en 1964 sus estudios en la “Universidad Nacional” en Bogotá. Obtuvo su título de “Licenciada en Ciencias de la Enfermería” en 1967.

**P 3: A3.rtf {1}~ [C:\Users\ \Desktop\0HU - LORENA\PRIMARY DOCS\A3.rtf] text/rtf**

Families:

INSTITUCIONAL - UNIVERSIDAD NACIONAL

TIEMPO - DÉCADA DE 1970

ZONA TERRITORIAL - BOGOTÁ

Comment:

**A3 - BERTHA REBECA ANTOLINEZ CÁCERES**

Inició en 1973 sus estudios en la “Universidad Nacional” en Bogotá. Obtuvo su título de “Licenciada en Ciencias de la Enfermería” en 1977.

**P 4: A4.rtf {0}~ [C:\Users\ \Desktop\0HU - LORENA\PRIMARY DOCS\A4.rtf] text/rtf**

Families:

INSTITUCIONAL - UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

TIEMPO - DÉCADA DE 1970

ZONA TERRITORIAL - BOGOTÁ

Comment:

**A4 - JACKELINE MOLINA PACERA**

Inició en 1967 sus estudios en la “Universidad del Rosario” en Bogotá. Obtuvo su título de “Licenciada en Enfermería” en 1970.

**P 5: A5.rtf {1}~ [C:\Users\ \Desktop\0HU - LORENA\PRIMARY DOCS\A5.rtf] text/rtf**

Families:

INSTITUCIONAL - UNIVERSIDAD DE COLUMBIA

TIEMPO - DÉCADA DE 1960  
ZONA TERRITORIAL - NUEVA YORK+COLUMBIA

Comment:

#### **A5 - GRACE MORGAN DE MORILLO**

Inició en Couchen College en el Norte del Estado de New York en 1958 durante dos años; se traslada a Columbia y en 1961 se gradúa en la Universidad de Columbia con el título de "Bachelor of Science in nursing"

#### **P 6: A6.rtf {0}~ [C:\Users\ \Desktop\OHU - LORENA\PRIMARY DOCS\A6.rtf] text/rtf**

Families:

INSTITUCIONAL - HOSPITAL SAN JOSÉ  
TIEMPO - DÉCADA DE 1980  
ZONA TERRITORIAL - BOGOTÁ

Comment:

#### **A6 - CECILIA VÁSQUEZ**

Inició en 1980 sus estudios en la "Facultad de Ciencias de la Salud" en la "Sociedad de Cirugía de Bogotá" del "Hospital San José". Obtuvo su título de "Enfermera" en 1984.

#### **P 7: C1.rtf {0}~ [C:\Users\ \Desktop\OHU - LORENA\PRIMARY DOCS\C1.rtf] text/rtf**

Families:

INSTITUCIONAL - UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
TIEMPO - DÉCADA DE 1990  
ZONA TERRITORIAL - BUCARAMANGA

Comment:

#### **C1 - CLAUDIA BLANCO VARGAS**

Inició en 1990 sus estudios en la "Universidad Industrial de Santander" en Bucaramanga. Obtuvo su título de "Enfermera" en 1995.

#### **P 8: C2.rtf {0}~ [C:\Users\ \Desktop\OHU - LORENA\PRIMARY DOCS\C2.rtf] text/rtf**

Families:

INSTITUCIONAL - UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES  
TIEMPO - DÉCADA DE 2010

ZONA TERRITORIAL - BOGOTÁ  
Comment:

### **C2 - VANESSA RODRÍGUEZ VILLAR**

Inició en 2009 sus estudios en la "Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A" en Bogotá. Obtuvo su título de "Enfermera" en 2013.

**P 9: C3.rtf {0}~ [C:\Users\ \Desktop\OHU - LORENA\PRIMARY DOCS\C3.rtf] text/rft**

Families:  
INSTITUCIONAL - UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA  
TIEMPO - DÉCADA DE 1990  
ZONA TERRITORIAL - TUNJA  
Comment:

### **C3 - BLANCA NIEVES PIRATOBA HERNÁNDEZ**

Inició en 1987 sus estudios en la "Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia" en Tunja. Obtuvo su título de "Enfermera" en 1993.

**P10: C4.rtf {0}~ [C:\Users\ \Desktop\OHU - LORENA\PRIMARY DOCS\C4.rtf] text/rft**

Families:  
INSTITUCIONAL - UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
TIEMPO - DÉCADA DE 1990  
ZONA TERRITORIAL - BOGOTÁ  
Comment:

### **C4 - FRANCIA CÉSPEDES SOLER**

Inició en 1992 sus estudios en la "Universidad de la Sabana" en Bogotá. Obtuvo su título de "Enfermera" en 1996.

**P11: C5.rtf {0}~ [C:\Users\ \Desktop\OHU - LORENA\PRIMARY DOCS\C5.rtf] text/rft**

Families:  
INSTITUCIONAL - UNIVERSIDAD NACIONAL  
TIEMPO - DÉCADA DE 2000  
ZONA TERRITORIAL - BOGOTÁ  
Comment:

### **C5 - ANDRÉS CAMARGO SÁNCHEZ**

Inició en 2001 sus estudios en la "Universidad Nacional de Colombia" en Bogotá. Obtuvo su título de "Enfermero" en 2006.

**P12: C6.rtf {0}~ [C:\Users\ \Desktop\0HU - LORENA\PRIMARY DOCS\C6.rtf] text/rtf**

Families:

INSTITUCIONAL - UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES

TIEMPO - DÉCADA DE 2000

ZONA TERRITORIAL - BOGOTÁ

Comment:

**C6 - NELSON ROLANDO CAMPOS GUZMÁN**

Inició en 2002 sus estudios en la "Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A" en Bogotá. Obtuvo su título de "Enfermero" en 2006.

**P13: C7.rtf {0}~ [C:\Users\ \Desktop\0HU - LORENA\PRIMARY DOCS\C7.rtf] text/rtf**

Families:

INSTITUCIONAL - UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES

TIEMPO - DÉCADA DE 2000

ZONA TERRITORIAL - BOGOTÁ

Comment:

**C7 - LADY ROCÍO QUIMBAYO FANDIÑO**

Inició en 2007 sus estudios en la "Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A" en Bogotá. Obtuvo su título de "Enfermera" en 2011.

**P14: C8.rtf {0}~ [C:\Users\ \Desktop\0HU - LORENA\PRIMARY DOCS\C8.rtf] text/rtf**

Families:

INSTITUCIONAL - UNIVERSIDAD MARIANA

TIEMPO - DÉCADA DE 1980

ZONA TERRITORIAL - PASTO

Comment:

**C8 - ROSA CORAL IBARRA**

Inició en 1982 sus estudios en la "Universidad Mariana" en Pasto. Obtuvo su título de "Enfermera" en 1986.

**P15: C9.rtf {0}~ [C:\Users\ \Desktop\0HU - LORENA\PRIMARY DOCS\C9.rtf] text/rtf**

Families:

INSTITUCIONAL - UNIVERSIDAD JAVERIANA

TIEMPO - DÉCADA DE 1980

ZONA TERRITORIAL - BOGOTÁ

Comment:

**C9 - DORA STELLA MELO HURTADO**

Inició en 1985 sus estudios en la “Universidad Javeriana” en Bogotá. Obtuvo su título de “Enfermera” en 1990.

**P16: C10.rtf {0}~ [C:\Users\ \Desktop\0HU - LORENA\PRIMARY DOCS\C10.rtf] text/rtf**

Families:

INSTITUCIONAL - UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

TIEMPO - DÉCADA DE 1990

ZONA TERRITORIAL - MEDELLÍN

Comment:

**C10 - MARGARITA MARÍA OROZCO VÁSQUEZ**

Inició en 1989 sus estudios en la “Universidad de Antioquia” en Medellín. Obtuvo su título de “Enfermera” en 1993.

---

## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### EL ESTATUTO EPISTEMOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA PARTICIPANTES CUESTIONARIOS

Estimado participante:

Yo LORENA MARTÍNEZ DELGADO, Enfermera Docente de la Universidad de Ciencias Aplicadas Ambientales U.D.C.A en la actualidad realizo una investigación sobre el estatuto epistemológico de la Enfermería, como tema de mi Tesis doctoral.

El objetivo de esta investigación es identificar las bases teóricas y científicas que fundamentaron y fundamentan en la actualidad el ejercicio de la profesión.

---

---

Esta investigación incluirá su participación voluntaria, en el diligenciamiento de un cuestionario realizado en una matriz de Excell, que indaga sobre su proceso de formación y el contexto en el que se dio el mismo.

Como investigadora del tema, para mí es importante compartir con usted la vivencia que tuvo como estudiante de enfermería. La información que usted proporcione será codificada y utilizada únicamente con fines investigativos, por tanto, solicitamos su autorización para el uso de la información proporcionada.

*Leí la información precedente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de ella y todas las preguntas que se me hicieron fueron respondidas a mi entera satisfacción. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho a retirarme de la misma en cualquier momento.*

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Firma del participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

---

## ANEXO 3

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### EL ESTATUTO EPISTEMOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA PARTICIPANTES ENTREVISTADOS

Estimados participantes:

Yo LORENA MARTÍNEZ DELGADO, Enfermera Docente de la Universidad de Ciencias Aplicadas Ambientales U.D.C.A en la actualidad realizo una investigación sobre el estatuto epistemológico de la Enfermera, como tema de mi Tesis doctoral.

El objetivo de esta investigación es identificar las bases teóricas y científicas que fundamentaron la profesión de enfermería en los inicios de su profesionalización y aquellos factores económicos, políticos, educativos, de salud y de género que influyeron en el ejercicio de la misma.

Esta investigación incluirá su participación en una entrevista semiestructurada que será grabada en audio y/o video. Las preguntas indagan sobre los procesos de formación de los profesionales de Enfermería y el contexto en el que se dio el mismo.

Usted ha sido invitada(o) a participar en ésta investigación por el conocimiento que tiene, por su experiencia y por la trayectoria realizada a lo largo de su ejercicio profesional, es importante para mí compartir con usted la vivencia que tuvo como estudiante de enfermería.

La información que usted proporcione será codificada y utilizada únicamente con fines investigativos, por tanto, solicitamos su autorización para la grabación de la entrevista (en video y/o audio) y el uso de las imágenes en físico que nos pueda proporcionar.

*Leí la información precedente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de ella, y todas las preguntas que se me hicieron fueron respondidas a mi entera satisfacción. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho a retirarme de la misma en cualquier momento.*

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Firma del participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

---

## ANEXO 4

### UNIVERSIDAD SANTO TOMAS DOCTORADO EN EDUCACIÓN

#### ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA PARTICIPANTES ENTREVISTADOS Y PREGUNTAS CUESTIONARIO PARA LOS OTROS PARTICIPANTES

#### TESIS DOCTORAL: EL ESTATUTO EPISTEMOLOGICO DE LA ENFERMERA

Agradezco su participación y colaboración en esta entrevista, conoedora de sus aportes, de su experiencia y de la trayectoria realizada a lo largo de su ejercicio profesional, es importante para mí compartir con usted la vivencia que tuvo como estudiante de enfermería en una época en que la enfermería iniciaba su etapa de profesionalización.

**Nota:** La información que usted proporcione será codificada y utilizada únicamente con fines investigativos, por tanto, solicitamos su autorización para la grabación de la entrevista (en video y/o audio) y el uso de las imágenes en físico que nos pueda proporcionar.

## **OBJETIVO DE LA ENTREVISTA**

Identificar las bases teóricas y científicas que fundamentaban la profesión de enfermería en los inicios de su profesionalización y aquellos factores económicos, políticos, educativos, de salud y de género que influyeron en el ejercicio de la misma.

### **Nombre**

### **Universidad en que cursó estudios de formación**

### **Año en que inicio el proceso de formación en enfermería**

### **Año en que finalizó el proceso de formación**

### **Título obtenido**

1. ¿Recuerda qué requisitos exigían para ser admitida en el programa de Enfermería?
2. ¿Qué cualidades como mujer eran necesarias para llevar a cabo estudios de Enfermería?
3. ¿Qué programas académicos estaban contemplados en el Plan de estudios?
4. ¿Qué programas académicos se consideraban fundamentales para los Cuidados de Enfermería?
5. ¿Cómo se desarrollaban los programas de Enfermería? ¿Fase teórica y práctica o de manera paralela? ¿Cuáles tenían prioridad en ese momento (los cursos teóricos o los prácticos)?
6. ¿Cuales considera eran las áreas contempladas en el plan de estudios?
7. ¿Dentro de su promoción hubo estudiantes hombres? ¿Cuántos? ¿Los hombres enfermeros eran tratados de manera diferente por el personal médico y administrativo de la Institución?
8. ¿Quiénes eran directores de los hospitales las religiosas o los médicos?
9. ¿Recuerda si existía un reglamento de práctica con relación a uniformes, turnos, actitudes?
10. Como era la relación con los médicos en formación? ¿Siente que eran tratadas como profesionales independientes o se privilegiaba el saber médico sobre el saber de enfermería?
11. ¿Qué contexto político recuerda de la época que haya influido en el ejercicio de la Enfermería?
12. ¿Qué contexto económico recuerda de la época que haya influido en el ejercicio de la Enfermería?
13. ¿Qué contexto educativo recuerda de la época que haya influido en el ejercicio de la Enfermería?



/3

### EVOCACIÓN

De las palabras antes presentadas, registre el número de palabras que recuerda.

### LENGUAJE

/2

Denominar dos objetos: Reloj / Lápiz.

/1

Repetir: En un trigal había cinco perros.

/3

Comprensión: Obedecer una orden en tres etapas: "Tome la hoja con su mano derecha, dóblela por la mitad, y póngala en el piso".

Lea y obedezca las siguientes órdenes:

/1

"Cierre los ojos".

/1

"Escriba una frase".

/1

"Copie el diseño".

/30

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**CIERRE LOS OJOS  
ESCRIBA UNA FRASE  
COPIE EL DISEÑO**

