



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Gómez Pulido, CA; Mesa Melgarejo, L. Vivencias en el cuidado de la salud y la vida en un contexto de precarización del trabajo en enfermería. Biblioteca Lascasas, 2007; 3 (1).

Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0206.php>

VIVENCIAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD Y LA VIDA EN UN CONTEXTO DE PRECARIZACIÓN DEL TRABAJO EN ENFERMERÍA

CAROL ANDREA GÓMEZ PULIDO
LORENA MESA MELGAREJO

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
TUNJA
2006**

**VIVENCIAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD Y LA VIDA EN UN CONTEXTO
DE PRECARIZACIÓN DEL TRABAJO EN ENFERMERÍA**

CAROL ANDREA GÓMEZ PULIDO
LORENA MESA MELGAREJO

Trabajo de grado
Modalidad: proyecto de investigación

DIRECTORA:
MARIA NUBIA ROMERO BALLÉN
Enfermera Magíster en Salud Pública
Docente titular de la Escuela de Enfermería
Diplomada en investigación cualitativa

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
TUNJA
2006**

INTRODUCCIÓN

Las vivencias del cuidado de la salud y la vida en un contexto de precarización del trabajo en enfermería es un subproyecto adscrito al proyecto macro “*El cuidado de la salud y la vida: entre exclusiones y resistencias*”, producto de la construcción colectiva del Grupo de Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la salud¹ y su semillero de investigación *Bxisqua sun*². Este proyecto se configura en el marco de la línea de investigación de *cuidado en la adversidad* y como proyecto matriz busca respuestas y comprensiones frente a la aguda problemática laboral, gremial y social por la que atraviesan no solo la profesión sino su objeto de estudio en Colombia. Describir la problemática laboral actual en la cual los profesionales de enfermería ejercen el cuidado de la salud, permite dimensionar la influencia de esta problemática en la concepción teórica de cuidado.

Este subproyecto buscó comprender el impacto de las actuales condiciones laborales en el ejercicio de cuidado y en el desarrollo humano y calidad de vida de los profesionales de enfermería; partiendo de una aproximación a la realidad, desde antecedentes investigativos y de evidencias empíricas, que describen condiciones laborales adversas y precarización del trabajo, como resultado de sistemas políticos, económicos y sociales que los fomentan. La investigación de carácter cualitativo y la teoría fundamentada como método investigativo brindó las herramientas para dar comprensión a este fenómeno.

Los hallazgos de esta investigación son dos categorías emergentes de alta densidad: *El valor de lo humano se desconfigura por la precarización del trabajo en enfermería* y *Desarrollo humano y calidad de vida de los profesionales de enfermería: entre carencias y potencialidades*. Las cuales permiten comprender cómo se vivencia el ejercicio de cuidado con las actuales condiciones laborales, en un contexto que deslegitima derechos del trabajador y de flexibilización laboral; y la manera como este contexto recrea o reprime satisfactores y oportunidades para el desarrollo humano y la calidad de vida de los profesionales de enfermería que vivencia sus necesidades humanas desde lo carente, pero que encuentra mecanismos y motivaciones, que le permiten potenciarlas.

¹ Grupo reconocido por Colciencias en abril del 2005. Este grupo y su semillero está conformado por enfermeras y estudiantes de enfermería de la UPTC

² Bxisqua sun significa: sembrando semillas

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La premisa Central que plantea el Macroproyecto es:

“Las condiciones en que estamos ejerciendo los cuidados terapéuticos en nuestro medio son de pauperización y alto conflicto social, político y económico, aspectos que permean la vida familiar, profesional, institucional y social del gremio de enfermería y que han puesto en alto riesgo el ejercicio del Cuidado de la salud como un bien público y todo lo que hasta hoy hemos conquistado en el reconocimiento social de la profesión y en el cuerpo de conocimiento disciplinar. Todo ello está obligando a ejercer un Cuidado en la adversidad³”.

Partiendo de esta premisa y buscando el aporte como subproyecto, pretendemos abordar el mundo de las enfermeras y enfermeros frente a su actual situación laboral en un contexto de coyunturas políticas, sociales y económicas que generan un impacto en el desarrollo humano de l@s enfermer@s, que afectan su calidad de vida, y la practica del cuidado.

Veamos cómo, algunas estudiosas del tema, presentan la problemática de contexto en la cual ejercen el cuidado los profesionales de enfermería:

En la actualidad el profesional de enfermería se enfrenta a nuevas formas de contratación que generan pérdida de la relación laboral con las entidades prestadoras de servicios de salud, quienes violan abiertamente la legislación laboral en materia de estabilidad, salario justo y equitativo, reconocimiento y pago de trabajo suplementario y ausencia de cobertura en seguridad social⁴. Lo anterior lleva a la transformación del concepto de contratación laboral por el de vinculación laboral, acarreando grandes desventajas para las trabajadoras, como las mencionadas anteriormente. La vinculación de las enfermeras a lugares de trabajo se da a través de agentes externos, principalmente las mal llamadas Cooperativas; dicha vinculación “no se da por decisión voluntaria y libre, sino como producto de la presión del gobierno y de los empleadores, quienes le niegan a los no asociados la posibilidad de trabajar⁵”, es decir, no se vinculan a las instituciones aquellas enfermeras que no estén afiliadas a dichas cooperativas. Este sistema de vinculación deslaboraliza el trabajo y se sustenta desde lo Legal en la Ley 80 del 93, como contratación estatal y en la reforma laboral del 2002 (Ley 780).

Estas nuevas formas de contratación que se vienen imponiendo en nuestro país responden a políticas económicas que pretenden regular el mercado laboral para que este sea productivo para los capitalistas, es lo que se conoce como flexibilización laboral. La aplicación de este tipo de políticas y sus devastadoras consecuencias no son ajenas a nosotros, un ejemplo de ello es la

³ Romero Ballén María Nubia. Los cuidados de enfermería en la adversidad. *Presencia* 2005 ene-jun; 1(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n1/11articulo.php>> [ISSN: 1885-0219]

⁴ Carvallo Beatriz. Impacto de las reformas del sector público en las condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras. ANEC. 2001. En www.Anec.org.co

⁵ Vargas Parra Myriam. La herencia de siglo XX un desafío para la enfermería del siglo XXI. Memorias del Primer Congreso de profesionales de enfermería clínica y VII simposio de Actualizaciones en enfermería.

operativización de la Ley 100 de 1993. Este sistema de salud que “se ha impuesto por centros internacionales de poder, poniendo en marcha lo que el Banco Mundial planteo en su documento *intervenir en salud*”⁶, busca garantizar el pago de la deuda externa a través de la reducción de recursos del PIB para la inversión social, que se evidencia en el detrimento de la situación de salud en Colombia, que se agudiza con el colapso y reestructuración de la red pública hospitalaria y el impacto directo sobre las condiciones laborales y de vida de los profesionales que ejercen al interior del sistema⁷. Eje central de esta política de salud es el aseguramiento, “modelo que se fundamenta en el manejo del riesgo de una población, mediante el pago de una prima (UPC) a un intermediario (EPS, ARS) el cual debe garantizar la prestación de paquete de servicios”⁸, de esta manera se convierte la salud en una mercancía, que como tal, se comercializa.

Las actuales políticas mercantilistas que están siendo aplicadas en nuestro país contribuyen a la evasión, por parte de los empleadores, de responsabilidades establecidas en la legislación laboral, a partir de la promoción de la desvinculación laboral que es fortalecida por la permisividad del sistema político y económico, como por ejemplo el establecimiento de la Ley 50 del 90. De esta forma, se somete al personal a sobrecarga laboral, ausencia de medidas de seguridad en el trabajo, limitan el acceso del personal a programas de capacitación y bienestar social⁹; los empleadores buscan obtener de los trabajadores su máxima capacidad laboral, haciendo la mínima inversión en ellos, ya que, “la estructura del aseguramiento se basa en el lucro del intermediario... y los buenos resultados se evalúan en función de las ganancias de dinero y no en la calidad del servicio, ni en las condiciones de salud de la población”¹⁰.

De la misma manera, el profesional de enfermería al ingresar al sistema se le exige ser productivo, desde la perspectiva rentista, lo que se traduce en mano de obra barata, uso eficiente y racional de los recursos, es decir usar lo mínimo requerido para brindar el cuidado, afectando directamente la calidad y oportunidad de este. Además se asigna a la enfermera o al enfermero funciones administrativas intensivas que lo apartan de su rol de cuidadores directos. Estas múltiples tareas administrativas requieren tiempo extra de su jornada laboral, que no es retribuido, pero que generan en el profesional desgaste y agotamiento físico, mental y otras.¹¹

Otro concepto que se ha deformado a partir de la aplicación de estas políticas, es el de salario, que pasó de ser una retribución justa y acorde al trabajo realizado, para convertirse en **Compensación** laboral que es entregado por el intermediario cada mes o cada tres meses al vinculado y sobre el cual se realizan los descuentos del 100% de todas las prestaciones sociales con cargo

⁶ Vallejo Astrid Helena. Políticas Públicas en salud y seguridad social y su impacto en la población. Memorias del XVI congreso de Enfermería. Medellín Julio de 2005

⁷ Romero Ballén, Op.Cit.

⁸ Avellaneda Luis Carlos. Ponencia. Plenaria del Senado de la Republica Proyecto de Ley 052. Agosto 16 de 2005

⁹ Carvallo, Op. Cit.

¹⁰ Avellaneda, Op.cit.,

¹¹ Carballo, Op. Cit.,

al trabajador; además un descuento como aporte a la administración y/o sostenimiento de dicho intermediario. Otro descuento va para un fondo de ahorro que muchas veces el vinculado a la cooperativa o trabajador, no autoriza. En general los ingresos recibidos parecen no garantizan al profesional y sus familias un nivel de satisfacción de necesidades básicas y creemos que su calidad de vida se ve deteriorada.

Las evidencias empíricas nos señalan que el trabajo y el contexto laboral en el que se ejerce el cuidado de enfermería es de pauperización, sin embargo dentro de este contexto existe un ser humano que vivencia de diversas formas la experiencia de ejercer cuidado en un ambiente hostil, experiencias que de alguna manera permean su vida social, familiar y personal, que generan un impacto en su desarrollo humano, y que no han sido comprendidas ni se le ha dado la relevancia pertinente. Explorar el sentir del profesional de enfermería en su mundo laboral implica comprender cómo se está brindando el cuidado dentro del sistema mercantilista de salud, y qué motivaciones, desde las necesidades fundamentales de afecto y de entendimiento¹², llevan al profesional de enfermería a ejercer un cuidado en la adversidad.

¹² Estas necesidades fundamentales se exploraron desde la perspectiva planteada por Manfred Max-Neef en su libro Desarrollo a Escala Humana

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo viven el ejercicio del cuidado los profesionales de enfermería, en las actuales condiciones laborales que tanto empleadores como el Sistema General de Seguridad Social en Salud promueven y cómo es el impacto en su calidad de vida y desarrollo humano?

3. JUSTIFICACIÓN.

Como futuros profesionales formados con una mirada crítica de la realidad, nos preguntamos sobre nuestro devenir laboral y la manera cómo contribuye la formación universitaria en la construcción de profesionales para una realidad laboral adversa. A través del fomento de la investigación y la comprensión de los problemas que se presentan en nuestro contexto social y gremial, como parte del compromiso social y ético con los sujetos de cuidado y con el desarrollo disciplinar de la profesión.

Bajo las actuales condiciones laborales en las que el profesional de enfermería ejerce, se hace necesario que desde la academia se comprenda el impacto que generan los cambios producto de las actuales políticas de modernización del Estado en la calidad del cuidado, como parte del reconocimiento y comprensión para generar nuevas concepciones de cuidado según los contextos actuales.

El conocimiento y la comprensión de la problemática laboral actual, desde el mundo subjetivo de las enfermeras y los enfermeros en su ejercicio cotidiano, ha de generar un impacto en la academia, las asociaciones gremiales y el Consejo Técnico de enfermería, para la creación de estrategias de liderazgo, resistencia y conocimientos que contribuyan a la formación de profesionales coherentes con su realidad; y al fortalecimiento de sujetos, desde la perspectiva del desarrollo humano, que busquen transformaciones sociales y políticas para conseguir un posicionamiento de la profesión como disciplina imprescindible en el cuidado de la salud y la vida.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Interpretar y comprender cómo las condiciones de trabajo de l@s enfermer@s generan impacto en el ejercicio del Cuidado de enfermería y en sus necesidades fundamentales de afecto y de entendimiento perturbando su calidad de vida y desarrollo humano.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características de las condiciones laborales de las enfermeras y enfermeros que participaron en el estudio.
- Describir e interpretar, a través de categorías emergentes, los sentimientos valorativos que l@s enfermer@s expresaron de las condiciones de trabajo y su relación con la vivencia del ejercicio del cuidado
- Describir e interpretar, a través de categorías emergentes, las vivencias acerca de las necesidades de afecto y de entendimiento de los profesionales en su entorno laboral y el impacto en su calidad de vida personal, familiar y social.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de investigación, enfoque y método.

Para comprender las vivencias de las enfermeras y los enfermeros en el ejercicio de cuidado dentro de las actuales condiciones laborales que tanto empleadores como el sistema de salud promueven, se hace necesario recurrir a la investigación descriptiva de carácter cualitativo con enfoque hermenéutico y a la teoría fundamentada como método analítico; ya que esta reivindica el valor de lo subjetivo y de las experiencias del otro y la otra como datos que toman un valor vital en la comprensión de la realidad.

El uso de la hermenéutica se retomó a la luz de lo propuesto por Gadamer, quien describe este enfoque como un *acto interpretativo* que conlleva una reflexión sobre la práctica vivencial humana¹³. Abordaremos la experiencia de los enfermeros y las enfermeras a través del *acto interpretativo*, pues se busca dilucidar y comprender qué experimenta el sujeto (enfermera-o) en su mundo laboral. Este procedimiento hermenéutico o *acto interpretativo* implica que nos acerquemos no como tabula rasa, sino con preconcepciones, prejuicios, presuposiciones y expectativas¹⁴, que corresponde a las premisas con las que nos acercamos al hacer la investigación o la aproximación al texto. “El texto implica todas aquellas expresiones escritas, habladas y gesticuladas, “los hechos expresados de diversas formas”¹⁵.

Como método para la aproximación y el análisis de la realidad se utilizó la Teoría Fundamentada propuesta por Corbin y Strauss, conocida como el “método comparativo constante”, en el cual el interaccionismo simbólico es el eje a través del cual se tejen las comparaciones, es un proceso de crecimiento continuo, aquí “el análisis es la interacción entre la creatividad de los investigadores y la interpretación de los datos”¹⁶; en ella los códigos obtenidos se comparan una y otra vez sistemáticamente, para integrarlos en categorías que también se comparan para lograr establecer sus propiedades¹⁷, dejando que la teoría emerja constantemente, y lo más probable es que “la teoría derivada de los datos se parezca más a la realidad”¹⁸. Los niveles teóricos que trabajamos en la presente investigación son los que aportan las categorías emergentes descriptivas, por ello sólo alcanzaremos a plantear unos referentes teóricos sustantivos.

¹³ Reale Giovanni y Anstiseri D. Historia del pensamiento filosófico y científico. Capítulo XXII: Hans-Georg Gadamer y la teoría hermenéutica. Editorial Heber. Barcelona 1995. p. 556

¹⁴ Ibid

¹⁵ Lozano Fabio. Contrastación de los paradigmas en el abordaje de la evidencia científica: Neopositivismo vs. Hermenéutica crítica. Fotocopia de la I jornada sobre Sentido y Pertinencia de la Evidencia Científica, UPTC, Tunja, agosto 2004,

¹⁶ Morse M. Janice. Asuntos críticos de los métodos de investigación cualitativa. Capítulo 1: Introducción. Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería Junio de 2003 Pág. 14

¹⁷ Flick Uwe. Introducción a la investigación cualitativa. Fundamentación de la investigación cualitativa.. Ediciones Morata, SL. Madrid. 2004. p. 248.

¹⁸ Ibid 12

Otras estrategias utilizadas en el análisis de los datos son producto del conocimiento y la experiencia de la directora del proyecto de investigación, quien a través de las asesorías correspondientes orientó este trabajo. Algunos de estos elementos son: la organización y presentación de los datos, el establecimiento de códigos interpretativos de síntesis, las referencias de pies de página para orientar al lector sobre los datos obtenidos y dar validez a los códigos interpretados, entre otros que junto a las investigadoras permitieron llevar a cabo este proceso.

Recolección de información:

La obtención de los datos se hizo a partir de la entrevista semiestructurada y a profundidad, que tuvo como fin la búsqueda de expresiones, narraciones y descripciones frente a las vivencias del mundo laboral, teniendo como eje articulador, en las preguntas, el desarrollo humano y la calidad de vida de los profesionales como referentes de los objetivos de la investigación. De este modo se presentaban ante ellos preguntas abiertas y de confrontación diseñadas desde los indicios teóricos o hipótesis que después se replantearon a la luz de lo emergente. Las entrevistas fueron grabadas con autorización y consentimiento informado¹⁹ de los entrevistados y se les asegura, por parte de las investigadoras, la confidencialidad de las grabaciones. Por esta razón la transcripción de las entrevistas quedarán en un cuadernillo en poder de las investigadoras como parte del compromiso adquirido con los entrevistados, sin embargo estarán a disposición de las juradas si ellas las solicitan.

Triangulación de datos:

Dentro del rigor de la investigación cualitativa la triangulación es el procedimiento que guía y controla el camino de las interpretaciones y comprensiones en el análisis de datos. Esto se hace a través de la contrastación con los sujetos entrevistados para indagar si lo interpretado es lo que realmente se quiso decir en determinada respuesta. En nuestra experiencia se realizaron cuatro triangulaciones con enfermeras y enfermeros entrevistados, que permitieron fortalecer las interpretaciones y asegurar que eran correctas. Dichas triangulaciones también fueron grabadas.

5.2 MUESTREO

Otro punto importante a tratar dentro del diseño metodológico es la decisión sobre las estrategias de muestreo en el proceso de investigación, para ello se tuvo en cuenta el muestro teórico, desarrollado por Glaser y Strauss, los cuales lo definen como: “el proceso de recogida de datos para generar teoría por medio del cual el analista recoge, codifica y analiza sus datos conjuntamente y decide que datos recoger después y donde encontrarlos, para desarrollar su teoría a medida que surge”. Este proceso de recogida de datos esta controlado por la teoría emergente. El criterio para juzgar cuándo dejar de muestrear los

¹⁹ Ver en el capítulo de anexos el modelo de consentimiento informado que se presentó a los participantes en el estudio.

diferentes grupos relevantes a una categoría es la saturación teórica de ésta²⁰. Saturación significa que no se encuentran datos adicionales o nada nuevo.

En el proceso de recoger, analizar y comparar de manera constante y sistemática los datos logramos encontrar saturación teórica hacia la séptima entrevista, cuando las propiedades y dimensiones de las categorías emergieron sin aportes descriptivos nuevos. Es importante reiterar que el presente trabajo tiene un alcance descriptivo riguroso y su teoría emergente es sustantiva, esto quiere decir, que en tiempos posteriores se puede seguir con la investigación para alcanzar saturación teórica con el fin de dar mas densidad a la teoría sustantiva emergente.

5.3 POBLACIÓN PARTICIPANTE

La población participante en este trabajo investigativo fueron 7 profesionales de enfermería, dentro de los cuales se encuentran hombres y mujeres, quienes laboran en instituciones tanto públicas como privadas; en las áreas clínicas y de promoción y prevención en los municipios de Tunja y Duitama del departamento de Boyacá. Las edades varían entre los 25 y 48 años de edad, con experiencias laborales entre 3 y 20 años; casadas, solter@s, en unión libre, con hijos y sin ellos. Todos y todas las participantes estuvieron siempre comprometidos con el tiempo, espacios y triangulaciones necesarias durante las entrevistas en búsqueda de la credibilidad de los hallazgos.

5.4 CODIFICACIÓN Y CATEGORIZACIÓN

El proceso de análisis a partir de los datos obtenidos constituye un proceso sistemático y de revisión continua, el cual parte de la comparación constante de los códigos y categorías emergentes entre las diferentes entrevistas, según la teoría fundamentada²¹,. La codificación es un proceso macro en el análisis de datos de la investigación cualitativa. En esencia lo que hicimos fue condensar el grueso de los datos hallados en unidades analizables creando categorías a partir de la segmentación y codificación de los datos mas significativos. Para este trabajo de investigación este proceso representó cuatro momentos, los cuales se presentaron de manera ordenada y conjunta generando conceptos y relación entre los mismos.

El primer momento fue la codificación sustantiva o “in vivo”, que expresa los códigos o conceptos literalmente como fueron expresados por los entrevistados. En este trabajo de investigación se obtuvieron 790 *códigos sustantivos*, de las siete entrevistas realizadas. Los códigos sustantivos obtenidos en este primer paso se nombraron o numeraron de la siguiente manera: **E3-ASCS7**: “Uno tiene que pagar una autoliquidación... como...como trabajador independiente”. E3-AS, significa que es la entrevista número 3 y AS, son las iniciales del entrevistado; esta numeración se hace con el fin de facilitar

²⁰ Flick Uwe, Op.cit., p.78.

²¹ Morse M. Janice. Op. Cit, Capítulo 8: Codificación abierta.; Capítulo 9: Codificación Axial; Capítulo 10: Codificación selectiva. Pág 111-160

la ubicación de los códigos a lo largo de la entrevista y la comparación constante con las demás. El CS7, significa que es código sustantivo número siete de esta entrevista y a continuación viene el texto literal de la persona entrevistada, o código "in vivo". Se codifica sustantiva e interpretativamente toda la entrevista, se inicia la construcción de categorías antes de pasar a la siguiente entrevista, para lograr hacer las comparaciones entre ellas.

El segundo momento corresponde a la codificación interpretativa, que es el análisis puesto en marcha. Un código interpretativo, puede reunir varios códigos sustantivos ya que el valor de esta codificación está en la abstracción de conceptos, es decir, buscar un concepto que logre reunir lo que expresan los textos; nuestra experiencia arrojó 91 códigos interpretativos. Igualmente estos se deben nominar o numerar, por ejemplo: CI2 significa el código interpretativo número dos y en seguida la interpretación que surge de los textos de los entrevistados y se definió como *Transferencia de obligaciones contractuales hacia el trabajador*. En este caso, el código interpretativo número dos surge de los significados referentes de algunos de los siguientes códigos sustantivos: **E3-ASCS7**: "Uno tiene que pagar una autoliquidación... como...como trabajador independiente", CS8: "Tiene uno que sacar para salud y para pensión, y sin eso tampoco le van a cancelar su sueldo tiene uno que estar al día en esos aportes"; **E7-SC CS1**: "Nos contratan por una cooperativa los descuentos son más o menos el 43%, y de ese descuento nos pagan salud y pensión, y otras cosas". En este ejemplo es más evidente la comparación que se realiza entre las entrevistas.

El siguiente momento, desde nuestra experiencia, fue relacionar los 91 códigos interpretativos que emergieron en 20 códigos interpretativos de síntesis conceptual que son utilizados como ítems que dan propiedades conceptuales y relacionales a las diferentes subcategorías. Estos igualmente se nominaron y numeraron, por ejemplo: **CIR1: Relación Laboral actual deslegitima los derechos del trabajador**, en el que CIR, significa que es un código de síntesis y el número 1, que es el primero. Este código relaciona los siguientes códigos interpretativos: CI1, CI3, CI2, CI5, CI6, CI24 y CI7. Este momento hace parte de la codificación axial que es un proceso que busca relacionar las categorías y subcategorías, teniendo como eje articulador las propiedades y dimensiones de cada categoría, buscando las relaciones entre los conceptos de tal forma que permita integrar las estructuras de los datos como inicio en la construcción de teoría sustantiva²².

Al construir los códigos interpretativos y de síntesis surgen relaciones de conceptos más gruesas, más densas e incluso más sólidas, que evidenciaba dos fenómenos emergentes en todas sus dimensiones y relaciones, lo que correspondió al tercer momento del análisis, la construcción de subcategorías y categorías. Las categorías son la abstracción de códigos interpretativos en un concepto que logre encerrarlos sin perder su eje axial. De allí parte la importancia y la riqueza del análisis cualitativo.

En este mismo sentido las categorías se construyeron y describieron a la luz de las subcategorías, también emergentes que explican el cómo, porque, donde,

²² Morse M. Janice. Op. Cit. Capítulo 9: Codificación Axial. P. 134-141

quién, cuando y con que consecuencias; por ejemplo: la categoría EL VALOR DE LO HUMANO SE DESCONFIGURA POR LA PRECARIZACIÓN DEL TRABAJO EN ENFERMERÍA, se desarrolla y especifica a través de las siguientes subcategorías: El sentido del trabajo en la actual modernidad, Expropiación del ser existencial y del ser profesional, Cuidado como “teoría de la maquina”, Pulsiones en la aceptación de la adversidad. Es importante aclarar que las categorías también tuvieron un proceso para su construcción, estas se compararon entre ellas, se refinaron, modificaron, relacionaron y sintetizaron o eliminaron, proceso que se denomina codificación axial; esta tuvo como base la coherencia con los textos, es decir con las entrevistas, con los objetivos de la investigación, y con la pertinencia y rigurosidad de la investigación cualitativa.

Durante todo el proceso de codificación se utilizaron herramientas propuestas por la metodología de la teoría fundamentada, que facilitan en el proceso de análisis la interpretación y el establecimiento de las relaciones entre los datos, estas herramientas fueron el uso de memorandos los cuales se construyen desde el inicio de la codificación, en los cuales se apuntan todas aquellas ideas y preconcepciones originadas de los datos, desde nuestra experiencia se construyeron memos analíticos, teóricos, descriptivos y operacionales, que se encuentran como anexos. Otra herramienta son los diagramas los cuales se construyen para evidenciar las diferentes relaciones que los conceptos van originando, son la organización mental de los conceptos plasmada en un medio físico, este trabajo investigativo origino siete diagramas.

Es importante aclarar que el proceso de codificación, aunque ayudó a la organización y recuperación de segmentos significativos en todo el proceso y es parte del análisis, no sustituyó el análisis propio, el cual implica la interpretación de sentido que permitió desarrollar esquemas o diagramas conceptuales expresados en las categorías emergentes pues se trató de conceptualizar, plantear preguntas y respuestas provisionales sobre las relaciones conceptuales entre ellas y dentro de ellas y descubrirlas para definir las. Este proceso se ayudo con el aporte de los memorandos analíticos, teóricos, y descriptivos que fuimos elaborando en el proceso de la investigación misma, además del diseño y uso de diagramas.

En el proceso de organización de datos y análisis e interpretación surgieron 7 diagramas, de los cuales anexamos sólo tres (ver anexos) que son los más representativos del proceso de síntesis que ayudó a la comprensión e interpretación de la información

6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

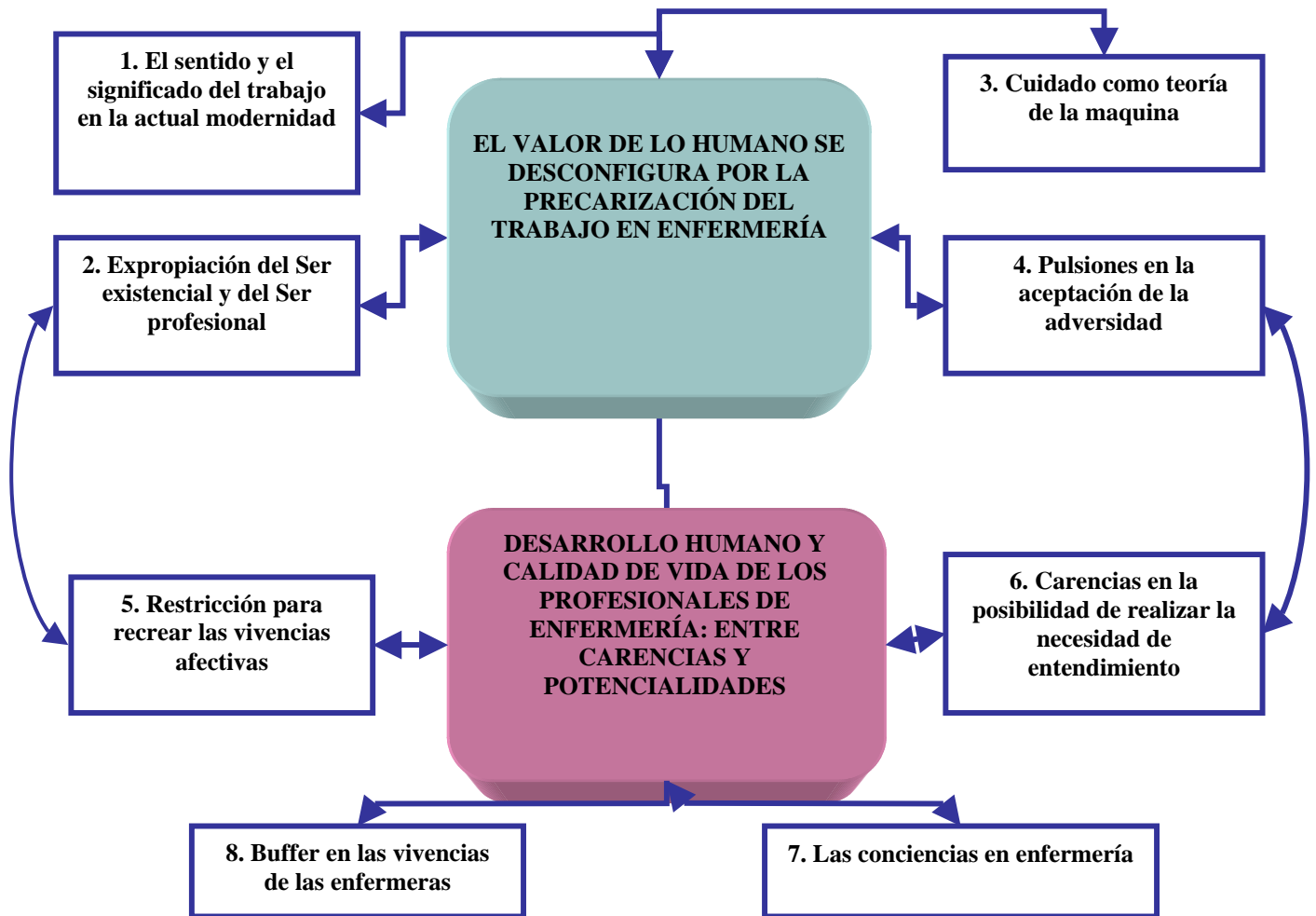
Para la organización de los datos analizados se crearon tablas que permiten visualizar el proceso de codificación abierta y axial. En la tabla 1 (ver anexo), en la primera columna se encuentran la codificación sustantiva comparativa y en la segunda los conceptos resultados de la codificación y comparación interpretativa. La tabla 2 (ver anexo) muestra la codificación interpretativa, de síntesis y las subcategorías organizadas en columnas. Cada código de síntesis ocupa una celda y permite ver qué códigos interpretativos están relacionados. Las subcategorías están separadas por colores. Las categorías emergentes se encuentran ocupando una fila completa, señalando donde inicia y donde termina.

Las tablas descritas anteriormente se presentarán como esquemas para visualizar mejor el proceso de codificación. En el esquema 1 se encontrarán las categorías y subcategorías; en el 2, subcategorías con sus respectivos códigos interpretativos de síntesis conceptual y en el 3, los códigos interpretativos de síntesis con sus respectivos códigos interpretativos.

En la presentación de los hallazgos, es decir la descripción de categorías, utilizaremos un estilo narrativo en el que se recopila, analiza e interpreta los relatos de los informantes a través de las categorías emergentes y a su vez estas están soportadas por sus respectivas subcategorías, códigos de síntesis, interpretativos y sustantivos.

Veamos los siguientes esquemas:

Esquema 1: DIAGRAMA No. 7 Categorías y subcategorías



Esquema 2: subcategorías y códigos interpretativos de síntesis

Categoría 1: El valor de lo humano se desconfigura por la precarización del trabajo en enfermería

1. El Sentido y el significado del trabajo en la actual modernidad

CIR1: Relación Laboral actual deslegitima los derechos del trabajador
CIR2: Insatisfacción frente al Valor del trabajo.
CIR3: Desgaste del profesional de enfermería
CIR4: Los efectos negativos de los procesos de modernización en el ejercicio de las enfermeras

2. Expropiación del ser existencial y del ser profesional

CIR5: Vivencia permanente entre la incertidumbre y la certeza de la negación del futuro laboral
CIR6: Rol del Todismo
CIR7: Negación del cuidado humanizado en el ejercicio actual de la enfermera
CIR8: La relación intersubjetiva es una Comunicación relámpago

3. Cuidado como "teoría de la maquina"

CIR9: Concepción Taylorista en el ejercicio del cuidado

4. Pulsiones en la aceptación de la adversidad

CIR10: Autopercepción de la enfermera la hace vulnerable
CIR11: "La necesidad obliga"

CATEGORÍA 2: Desarrollo humano y calidad de vida de los profesionales de enfermería: entre carencias y potencialidades

5. *Restricción para recrear satisfactores en las vivencias afectivas*

CIR12: Las características del ejercicio laboral promueven relaciones de alto conflicto, pero se mantiene la tendencia al ajuste afectivo
CIR13: Escasez de tiempos y espacios como principal limitante en las relaciones de afecto
CIR14: Debilidad en el autoreconocimiento de las enfermeras y enfermeros

6. *Carencia en la posibilidad de realizar la necesidad de entendimiento*

CIR15: No hay acceso a oportunidades reales de desarrollo profesional este se reduce a la mínima información.
CIR17: La práctica del cuidado, en las actuales condiciones, no induce a acciones sistemáticas de desarrollo disciplinar
CIR16: Culpas o disculpas en el desarrollo profesional de las enfermeras y los enfermeros
CIR17: La práctica del cuidado, en las actuales condiciones, no induce a acciones sistemáticas de desarrollo disciplinar

7. *Las conciencias en enfermería*

CIR18: Conciencia limitada sobre la reflexión de la practica cotidiana
CIR19: Dilema ético y moral entre las exigencias institucionales y el ser de la profesión

8. *Buffer en las vivencias de las enfermeras*

CIR20: Búsqueda permanente de amortiguadores en la vida

6.1 DESCRIPCIÓN DE CATEGORÍAS

El resultado del análisis e interpretación de los datos permitió construir dos categorías emergentes de alta densidad por su contenido en subcategorías y códigos interpretativos, que se describen a partir de la narración de las experiencias, los argumentos y sentidos valorativos de las entrevistadas y los entrevistados. La comprensión e interpretación de los datos por parte de las investigadoras se hace a través de los mecanismos que la teoría fundamentada, como método investigativo nos orientó y la contrastación con los objetivos planteados. Estas dos categorías son:

- El valor de lo humano se desconfigura por la precarización del trabajo en enfermería
- Desarrollo humano y calidad de vida del profesional de enfermería: entre carencias y potencialidades.

Dichas categorías son descritas inicialmente desde los textos de los entrevistados para después enriquecerlas con el análisis particular de las subcategorías que las soportan y por algunos elementos conceptuales utilizados en el marco referencial y por otros elementos teóricos que permitieron una mejor aproximación comprensiva a los fenómenos emergentes.

Cada categoría está soportada conceptualmente a través de subcategorías y estas por sus respectivos códigos interpretativos de síntesis.

EL VALOR DE LO HUMANO SE DESCONFIGURA POR LA PRECARIZACIÓN DEL TRABAJO EN ENFERMERÍA²³

La desconfiguración de lo humano emerge a partir de la comprensión e interpretación de los textos de nuestros entrevistados que hablan y viven la deshumanización en el ejercicio actual de las enfermeras y los enfermeros en los contextos particulares de trabajo, para ellos “Las mismas actividades nos han llevado a **volvemos maquinas** y a hacer todo como objetos, como **si se tratara de 20 objetos acostados en la cama** y a los cuales a todos tengo que administrarles, hacerles, limpiarles”²⁴. Por otro lado la precarización del trabajo aparece como un retroceso en el desarrollo social, económico y humano en la medida en que limita toda posibilidad de libertad y dignidad: “Actualmente estamos yo no se en qué siglo, por allá... en el trece... **donde la gente trabajaba como dicen por la comida y la ropita usada**”²⁵

Este preámbulo pretende ubicar en contexto la categoría emergente pero a su vez la explicaremos a la luz de cuatro subcategorías que se emergieron por la densidad de los datos obtenidos, las cuales permiten especificar, describir y relacionar los elementos conceptuales que conforman el fenómeno Desconfiguración de lo humano y precarización del trabajo. Dichas subcategorías son las siguientes:

- La subcategoría El sentido y el significado de trabajo en la actual modernidad²⁶, la cual surge al interpretar que en el discurso de las enfermeras y los enfermeros el trabajo no representa la posibilidad de desarrollo de potencialidades humanas, ya que en las actuales condiciones laborales en las que los profesionales de enfermería ejerce se restringe el valor de lo humano al vulnerar o burlar sus derechos y su dignidad como ciudadano, lo que se define desde el Derecho, como deslaborización del trabajo; y al redefinir los roles y las responsabilidades éticas y legales como cuidadores de la salud y la vida. Se desconoce que el trabajo “es la condición básica y fundamental de toda la vida humana”²⁷, en la medida en que es el hilo conductor que ha permitido tejer la evolución del hombre, de las sociedades y en fin la hominización y representa las relaciones sociales como una dinámica en la transformación del mundo. Marx aclara que es a través de las facultades humanas para transformar la realidad que el trabajo toma un sentido humano.

El sentido y significado actual del trabajo se define a través de *relaciones laborales que deslegitiman los derechos del trabajador*²⁸ llevándolo a una total desprotección social y laboral, precarizándolo pues “actualmente... la contratación en casi todas las instituciones a nivel de salud... no brindan las condiciones que se requieren... no le cubre

²³ Categoría Emergente 1

²⁴ **E4-JB** CS137

²⁵ **E1-FA** CS69

²⁶ Subcategoría 1 (especifica categoría 1)

²⁷ Engels Federico. El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre. Editorial cupido. 2001 Impreso en Colombia. P. 3

²⁸ CIR1, código interpretativo de síntesis que relaciona los códigos interpretativos: CI1 CI3 CI2 CI5 CI6 CI24 CI7

absolutamente nada... no tengo garantías”²⁹. Aunado a esto, la *insatisfacción frente al valor del trabajo*³⁰ es una vivencia cotidiana que no refleja gratificaciones personales ni profesionales para el trabajador. La dinámica actual del trabajo se consolida a través de relaciones de producción de *Desgaste del profesional de enfermería*³¹, visto como uno de los principales impactos en la calidad de vida de las enfermeras. *Los efectos negativos de los proceso de modernización en el ejercicio de las enfermeras*³² es otro de los elementos que describen ese sentido actual del trabajo, en el que los profesionales de enfermería son altamente vulnerables a los impactos de las políticas del sistema de salud en el modelo económico actual, estructurando la desconfiguración de lo humano.

- *La Expropiación del ser existencial y del ser profesional*³³, como subcategoría, permite comprender cómo las políticas laborales de precarización han impactado negativamente lo personal a través de fomentar una *vivencia permanente entre la incertidumbre y la certeza de la negación del futuro laboral*³⁴, ellas afirman: “Estamos en la incertidumbre... uno se pregunta ¿pero para donde vamos?”³⁵. Además la expropiación en lo profesional se evidencia al establecer un *Rol del Todismo*³⁶ y redefinir la práctica de enfermería la cual no responde a las necesidades de los individuos y colectivos, sujetos de cuidado, sino a los intereses de las instituciones; lo anterior apunta a la *negación del cuidado humanizado en el ejercicio actual de la enfermera*³⁷. Aquí comienza a verse cómo lo humano no solo se desconfigura en los profesionales por la precarización del trabajo, sino que trasciende a los sujetos de cuidado en la medida en que restringe el cuidado con calidad y además, porque *la relación ínter-subjetiva es una comunicación relámpago*³⁸, cuando la red para articular el ejercicio de cuidado es la comunicación con el otro y ésta también se ha restringido en el tiempo y el espacio.
- La siguiente subcategoría permite comprender cómo la precarización de las actuales condiciones laborales, donde lo humano se ha desvanecido, ha propiciado un ejercicio del *Cuidado como “teoría de la maquina”*³⁹ desdibujando las relaciones humanas y sociales que median la practica de enfermería y estableciendo una concepción Taylorista en el ejercicio del cuidado⁴⁰ dentro de la cual la estandarización de tiempos, movimientos y patrones de funcionamiento con fines de eficiencia

²⁹ **E4-JB** CS1 CS6

³⁰ CIR2, código interpretativo de síntesis que relaciona los códigos interpretativos: CI4, CI8, CI9, CI10, CI11, CI90

³¹ CIR3 Código interpretativo de síntesis que relaciona: CI14 CI15 CI54 CI28 CI13 CI88.

³² CIR4, código de síntesis que relaciona los códigos: CI16 CI22 CI17 CI19 CI18 CI64

³³ Subcategoría 2 (especifica categoría 1)

³⁴ CIR5: Código interpretativo de síntesis que relaciona los códigos interpretativos: CI23 CI25 CI26 CI27 CI65

³⁵ E1-FA CS8

³⁶ CIR6, código de síntesis que relaciona los códigos interpretativos: CI33, CI34 y CI37

³⁷ **CIR7** código de síntesis que relaciona los siguientes códigos: CI21 CI38 CI39 CI40 CI35

³⁸ **CIR8**, código interpretativo de síntesis que relaciona: CI41 CI50 CI71

³⁹ Subcategoría 3 (explica categoría 1)

⁴⁰ CIR9 que relaciona los códigos interpretativos siguientes: CI32 CI28 CI29 CI42 CI43 CI46 CI30

financiera es lo que caracteriza el ejercicio de cuidado.

- Otra de las subcategorías emergentes que explican el valor de lo humano con relación a la precarización del trabajo es: *Pulsiones en la aceptación de la adversidad*⁴¹ que nos permite comprender el por qué, o qué motiva a la enfermera o enfermero a vivir dentro de un ambiente laboral precario y adverso.

Las anteriores subcategorías permiten dimensionar cómo el contexto de precarización del trabajo no propicia la recreación de satisfactores para la realización de las necesidades fundamentales desde la perspectiva del desarrollo humano, ni la calidad de vida en términos de bienestar.

Para lograr una mejor interpretación y comprensión de la relación del mundo laboral con el mundo de lo humano y de la calidad de vida se retomó el concepto de *reproducción social* de la epidemiología social de Jaime Breilh quien la define de la siguiente manera: “La reproducción social no es otra cosa que el movimiento de la vida (social) en un espacio histórico natural concreto, dentro de la cual se tejen relaciones de producción y consumo; la reproducción social se da en una forma particular y general; lo particular lo caracteriza, entre otras, por los problemas de la producción y el trabajo, relacionado con las condiciones laborales; y los problemas del consumo familiar y del acceso a servicios estatales, así como el disfrute de los bienes naturales, dentro de los cuales se establecen los problemas de las carencias”. Para Breilh la calidad de vida se establece por el grado de adecuación de las condiciones de reproducción social de un grupo, empieza o se determina en última instancia en las contradicciones de la reproducción social; desde el punto de vista de la salud la calidad de vida de un grupo social o sociedad es mejor, mientras más adecuadas sean las condiciones de reproducción social para los procesos vitales⁴².

Ver el mundo de lo laboral a la luz de la reproducción social permite encontrar un hilo conductor en la comprensión del impacto de lo laboral en la salud y la vida de los trabajadores, desde su calidad y bienestar. Conozcamos como se describe esta desconfiguración de lo humano por la precarización del trabajo:

EL SENTIDO Y EL SIGNIFICADO DE TRABAJO EN LA ACTUAL MODERNIDAD⁴³

El concepto de trabajo en la actualidad ha dejado de ser un concepto dinámico en el contexto de lo social y lo humano, para convertirse en un concepto reduccionista de los sujetos, cuyo fin no es potenciar las facultades humanas, sino el hombre y la mujer al servicio de las políticas macroeconómicas. El valor del trabajo como herramienta fundamental en la construcción y consolidación de sujetos sociales, transformadores y concientes de su naturaleza, ha pasado al plano de la ejecución de tareas, que muchas veces ni siquiera produce satisfacción. El sentido de trabajo en la actual modernidad se enmarca en el

⁴¹ Subcategoría 4 (explica aspectos de la Categoría 1)

⁴² Breilh Jaime. *Reproducción Social y Salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras*, editorial universidad de Guadalajara, 1991. P. 320-332

⁴³ Subcategoría 1 (especifica categoría 1)

significado de la sobrevivencia, es decir, lograr un mínimo de ingresos para asegurarse a si mismo (a) y a su familia posibilidades de vida, sin garantías o derechos hacia el trabajador, despojándose el sentido humano del trabajo.

Hablar de la *actual* modernidad implica hacerse conciente de la metamorfosis de este concepto como proceso histórico de la humanidad, dentro del cual se proporcionaron grandes logros para la comprensión de los fenómenos del mundo y cuyo fin era la liberación y emancipación de los sujetos. Por el concepto que se evidencia en la actualidad, donde los procesos de modernización se ponen por delante de los procesos de humanización, esto implica solo tener en cuenta el ideario de la transformación material⁴⁴ en la realidad.

A través de la experiencia de las enfermeras y enfermeros se establecen cuatro elementos en la comprensión de la pérdida del sentido del trabajo en las condiciones actuales bajo las que se ejerce; condiciones que tanto empleadores como las políticas económicas y del sistema de salud promueven:

La relación laboral actual deslegitima los derechos del trabajador⁴⁵

La relación laboral surge con el contrato de trabajo que es el acuerdo verbal o escrito entre el empleador y el trabajador por el cual se presta un servicio personal cumpliendo las órdenes e instrucciones del empleador y recibiendo por su labor una remuneración que genéricamente se denomina salario. “La relación laboral es de duración indefinida y, por principio, proyectada hacia la continuidad y estabilidad del empleo. Está entretejida en una red de normas legales y tarifarias que garantizan las condiciones contractuales y la protección social”⁴⁶, es decir, la relación laboral que se establece con el contrato de trabajo tiene como fin fundamental asegurar las obligaciones mutuas entre empleador y empleado y la protección laboral, convirtiéndose en un mecanismo de garantía del trabajo dependiente.

En el trabajo de investigación emerge el código *Los tipos de contratación no son garantía*⁴⁷ para evidenciar que por medio de estos están siendo vinculados los profesionales de enfermería a las instituciones o empresas de salud sin asegurar obligaciones por parte del empleador hacia el trabajador; por el contrario promueven una *transferencia de obligaciones contractuales hacia el trabajador*⁴⁸, es decir, las prestaciones sociales, deben ser asumidas por el trabajador en su totalidad, veamos lo que afirman nuestras entrevistadas:

“Le descuentan a uno todo lo que es de seguridad social, nosotros no ganamos en ningún momento recargos nocturnos... tampoco hay ni

⁴⁴ Consuelo Corredor Martínez, Capítulo 1 la modernidad y la modernización como procesos. Editorial Cinep, Facultad de Economía UNAL, 1997. Pág. 34-77

⁴⁵ CIR1, código interpretativo de síntesis que relaciona los códigos interpretativos: C11 C13 C12 C15 C16 C124 C17

⁴⁶ Yáñez, Medel, Díaz. La relación laboral normal: ¿desarticulación o modificación?. Artículo publicado en : www.sem.cl/pública.htm

⁴⁷ C11, código interpretativo sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E3-AS:CS1**, **E4-JBCS1** y **CS5**, **E5-OMCS1** y **CS2**, **E6-HRCS11**, **E7-SCCS1**.

⁴⁸ C12. código interpretativo sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E3-ASCS7** y **CS8**, **E5-OM CS26** y **CS27**, **E7-SC CS31** y **CS26**.

prestaciones, ni pensiones”,

“Uno tiene que pagar una autoliquidación... como... como trabajador independiente”,

“Tiene uno que sacar para salud y para pensión, y sin eso tampoco le van a cancelar su sueldo, tiene uno que estar al día en esos aportes”,

“el descuento del salario es por porcentaje, para cuestión de pensiones y salud, lo mismo para el sostenimiento de la cooperativa”⁴⁹;

De esta forma el trabajador tiene que asumir su propia protección de los riesgos a los cuales se expone en su lugar de trabajo, demostrando que la relación laboral actual no garantiza los mínimos derechos hacia el trabajador.

*Los actuales tipos de contratación promueven desamparo legal y social hacia el trabajador*⁵⁰; estos modelos de contratación responden a lo que se denomina “deslaborización o desregularización del trabajo que tiene como fin acudir a formas jurídicas simuladas que estimulen otros vínculos sustitutos para negar el laboral”⁵¹. Por ejemplo: “el año pasado estaba por cooperativa y ahora tengo contrato civil”⁵² ¿por qué no corresponde a lo establecido? De acuerdo con la experiencia vivida, dicha contratación fija un tiempo laboral de 15, 20 o 30 días, pero sin derecho a prestaciones legales, el salario es pagado solo cuando se cumplen treinta días sin importar si estos son continuos o no; veamos como lo expresa la enfermera: “terminamos contrato el quince por ejemplo, entonces, puede ser que inmediatamente continuamos con el otro contrato, esperan que terminemos el mes [se refiere a completar 30 días] y nos pagan el mes casi siempre ha sido así”⁵³. Además la contratación inmediata casi siempre burla los fines de semana o puentes para no ser reconocidos aunque el profesional tenga que laborarlos para no perder el empleo. (Remitirse al memorando descriptivo Número 5)

En el anterior ejemplo el contrato civil se remonta a un tipo de contratación estatal más no Laboral, es decir, la modalidad de contrato civil se regula o normatiza a través de la Ley 80 de 1993 para que las instituciones estatales contraten servicio con terceros, (por ejemplo para arreglar una vía intermunicipal). Dentro de los contratos civiles se encuentran la prestación de servicios y la agenda comercial, que son tipos de contratación avalados y regulados por la ley pero no para contratar trabajadores porque se pierden las relaciones laborales y por lo tanto las garantías, los derechos y la posibilidad de hacerlos efectivos.

Sin embargo la Orden de Prestación de Servicios, OPS, es una modalidad de contratación que se ha venido implementado en enfermería y ha tomado fuerza en los últimos años, por ejemplo: “actualmente... la contratación en casi todas las instituciones a nivel de salud es más prestación de servicios y no brindan

⁴⁹ **E5-OM** CS3, CS26 y **E3-ASCS**7, CS8

⁵⁰ CI3 sustentado en los códigos sustantivos: **E3-AS** CS6 CS95 **E4-JB** CS5 CS6 CS3 **E5-OM** CS3 **E7-SC** CS1 CS26

⁵¹ MANZANO VALENCIA Antonio José. Formas de contratación laboral: trabajo dependiente o subordinado vs. trabajo deslaborizado. Revista medico-Legal. Asesor Laboral SCARE-FEPASDE. En www.scare-fepasde.com/articulos

⁵² **E3-AS**: CS1

⁵³ **E3-AS** CS21

las condiciones que se requieren”⁵⁴, expresa un profesional de enfermería que se desarrolla en el área clínica. Hablar de este tipo de contratación en enfermería, con las características propias del ejercicio donde se deben cumplir horarios estrictos, el cual se ejerce bajo las exigencias y subordinación institucional continua; en el que la autonomía profesional es aparente; y donde los honorarios son un salario que incluye supuestas prestaciones sociales y protección de riesgos y que es pagado a libre potestad de la institución, es hablar de una incongruencia e incoherencia de contratación laboral de acuerdo a lo definido legalmente en materia de contratación por orden de prestación de servicios; dicha contratación se promueve con los mismos fines de deslegitimar la relación laboral, ya que como se explico es un mecanismo de contratación estatal (corresponde a lo administrativo y no a lo laboral). Pero sin duda uno de los tipos de vinculación que más se conoce en la actualidad es el de la intermediación o sistema mal llamado de cooperativismo que está generando la mayor brecha entre el trabajo precario y deshumanizante y el trabajo digno.

Las cooperativas son un antiguo sistema de asociación, donde prima la ‘economía solidaria’, es decir todos tendríamos la posibilidad del beneficio de los aportes de los socios en diferentes formas como fondos para educación, recreación, etc. Sin embargo el modelo actual de cooperativismo, es un modelo de contratación masiva a la que acuden las instituciones para poner en intermediación las relaciones laborales o anularlas en cuanto a obligaciones y garantías para el trabajador:

“Nos contratan por una cooperativa los descuentos son más o menos el 43%”, “Estamos trabajando por cooperativa de acuerdo a los “cuadros” de rotación establecidos por la institución”,

“El contrato es directamente con la cooperativa”⁵⁵.

En estos sistemas de contratación los turnos nocturnos, dominicales o festivos no tienen valor o compensación adicional, son pagados como un turno ordinario; aún cuando la Ley 780 de 2002, extiende la jornada diurna hasta las diez de la noche, los turnos nocturnos deben ser reconocidos, así como los días dominicales o festivos, a pesar de que esta ley valide o permita solo el pago de uno de los dos, o festivo o dominical, si la enfermera trabajo domingo y lunes festivo, solo le reconocen uno de los dos, pero se le debe reconocer; pero la experiencia de los profesionales evidencia que no se reconoce lo mínimo legal, veamos:

“los de cooperativa que estamos haciendo noches y festivos pues no nos los pagan”,

“... nosotros no ganamos en ningún momento recargos nocturnos... tampoco hay ni prestaciones, ni pensiones”⁵⁶; además los aportes son casi la mitad del salario de los profesionales.

El sistema de contratación por cooperativas también hace parte de la flexibilización del empleo que ha impulsado la negación del derecho al trabajo digno.

La promoción de dichas modalidades de contratación ha llevado a una *perdida*

⁵⁴ **E4-JB CS1**

⁵⁵ **E5-OM CS1 y CS2, E7-SCCS1**

⁵⁶ **E7-SC CS26 y E5-OM CS3**

de derechos y beneficios ganados⁵⁷ por años de concertación y trabajo entre empleados y sistemas económicos. Hoy el concepto de trabajo como Derecho fundamental ha retrocedido en el tiempo, pues *el trabajador se ha convertido en un objeto vulnerable, fácilmente canjeable*⁵⁸, pues como no existe la obligación por parte del “empleador” –pues es el intermediario- de asegurar la mínima estabilidad, es muy fácil prescindir de una empleada o empleado sin justificación o sin previo aviso. Esta situación es una demostración de la indolencia del sistema laboral actual apoyado en la figura de “cooperativas” para evadir el juicio moral, ético y social que implica despedir a un o una funcionaria sin justificación:

“La pérdida de la estabilidad es mayor porque si tu pierdes un contrato el problema no es tan grande para la institución, **sencillamente te reemplazan**”, “se puede terminar su contrato, en cualquier momento porque sencillamente no le convino –a la institución- o sencillamente no se atrevió a las funciones que se esperaban”⁵⁹, perdiendo toda posibilidad de la certeza laboral.

Sin embargo, los deberes del trabajador se magnifican en la medida en que aumentan los niveles de exigencia institucional, dicha situación se expresa a través del código interpretativo 18 (CI18), donde se describe cómo las presiones institucionales a las cuales se enfrentan las enfermeras saturan sus capacidad de respuesta generando estrés. Además se ejerce dentro de una desprotección de los riesgos a los que se puede ver enfrentado el trabajador, arriesgando el propio derecho a la vida, perturbando así, el derecho al trabajo en condiciones dignas. La constitución nacional aclara que el derecho al trabajo implica unos principios mínimos fundamentales para que sea realmente digno, es decir humano, dentro de los cuales están: la remuneración mínima vital, no estática y proporcional a la cantidad y calidad del trabajo y estabilidad en el empleo, además aclara que “la ley, los contratos, los acuerdos y convenios de trabajo no pueden menoscabar la libertad, la dignidad humana ni los derechos de los trabajadores”⁶⁰; el actual derecho al trabajo ni siquiera asegura la movilidad de la remuneración, ya que los profesionales expresan sentir un estancamiento en el crecimiento del salario no solo en proporción al costo de vida sino también a la cantidad del trabajo, veamos como se expresa:

“hace cuatro años, tres años se estaba ganando igual que lo que nos estamos ganando ahorita por cooperativa”,

“-los pagos no crecen- estamos trabajando un poquito más... un poquito más fuerte”,

“las cosas se siguen subiendo y el sueldo igual”,

“Para poder sacar más o menos un sueldo que se tenía hace seis años nos toca prácticamente hacer trabajo y medio para poder solventar”⁶¹.

Dentro de las modalidades de contratación que aún se encuentran vigentes y que permiten mayor estabilidad se encuentran los trabajadores de carrera

⁵⁷ CI5, código interpretativo sustentado en los códigos in vivos : **E1-FACS40 E5-OM CS4 E7-SC CS24 CS20**

⁵⁸ CI24. sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E4-JB CS36 CS20 CS40 y E3-AS CS4 CS3**

⁵⁹ **E4-JB CS40 y CS24.**

⁶⁰ Cifuentes Muñoz. Republica de Colombia Defensoria del pueblo. Serie red Nacional Promotora de derechos humanos. Universidad del Valle. En www.unilibre.edu.co/catedra_ger/molina/derechos.

⁶¹ **E7-SC CS2, CS21, CS20 y CS24**

administrativa, quienes lograron pervivir después de procesos de reestructuración y se mantienen con uno de los tipos de contratación directa que permite el reconocimiento de beneficios legales. Sin embargo este tipo de *contratación directa se presenta por conveniencia institucional, no por reconocimiento del profesional*⁶², porque “A la institución no le conviene no tener a nadie de planta... porque el Estado ya se desentiende completamente”⁶³; sin embargo, estos trabajadores tampoco sienten ni tienen estabilidad laboral debido a las medidas de reestructuración institucional.

La desconfiguración de lo humano en el trabajo empieza a germinar cuando los sistemas legislativos que se promulgan a partir de la ‘apertura económica’ promueven y legitiman la deslaborización del trabajo, es decir, promueven la pérdida de obligaciones y garantía por parte del empleador; y además le da un sustento y un escudo normativo a los atropellos y el menoscabo de la dignidad en el trabajo. Estos sistemas políticos y legales se fomentan en el comienzo de los noventa, con la Ley 50 del mismo año, la cual legitima el contrato a término fijo, el trabajo a domicilio, el teletrabajo, las agencias de colocación de empleo y el servicio temporal o también llamado trabajo temporal⁶⁴, como un primer paso a la flexibilización laboral y a la adopción de estas medidas como efecto de la modernización (Ver código interpretativo de síntesis 4). La implementación de leyes como la Ley 50 fomentan dicotomías en lo legislativo, por un aparte la constitución, que promueve el derecho al trabajo digno, y por otro los intereses del sistema macroeconómico, que busca la competitividad dentro de la globalización, y para ello fue necesario disminuir los costos en la producción nacional, siendo los más inmediatos los costos de origen laboral; es así como se busca legitimar o regularizar los atropellos frente a los derechos del trabajador, con el establecimiento de la Ley 50/90, la ley 80/93, la Ley 780/2002, otros decretos y circulares. Por esta razón es tan complicado entablar acciones o demandas frente a quienes promueven modalidades de contratación que atentan contra el derecho al trabajo digno, pues ni siquiera el Derecho laboral o del trabajo puede buscar efectos, porque no hay relaciones laborales, es un campo de Derecho Administrativo, y dentro de lo Estatal es completamente regular.

En general el sentido y el significado del trabajo como eje en los procesos de reproducción social y potenciador de las capacidades humanas se empieza a transformar negativamente por la pérdida de los derechos del trabajador a través de las relaciones labores que los deslegitiman y de sistemas políticos y económicos que los sustentan.

Insatisfacción frente al valor del trabajo⁶⁵:

Los salarios son todos aquellos pagos que **compensan a los individuos por el tiempo y el esfuerzo dedicado** (la negrilla es nuestra) a la producción de

⁶² CI7 sustentado en E1-FA CS18.

⁶³ E1-FA CS18

⁶⁴ MANZANO VALENCIA Op. Cit. www.scare-fepasde.com/articulos

⁶⁵ CIR2, código interpretativo de síntesis que relaciona los códigos interpretativos: CI4, CI8, CI9, CI10, CI11, CI90

bienes y servicios⁶⁶. Este valor social que representa el salario ha de ser la principal obligación de quien se beneficia del trabajo subordinado o contratado para compensar el desgaste y consumo de la fuerza de trabajo en el proceso de desarrollo humano a que tiene derecho todo ciudadano. Si el salario es lo que representaría la potencialidad humana invertida en las instituciones debe reflejarse o evidenciarse en la satisfacción del trabajador y la trabajadora, pero lo paradójico es que desde el discurso de las enfermeras y los enfermeros este concepto ha desaparecido, pues no se nombra ni se percibe como tal, veamos algunos ejemplos al respecto en los que aparecen palabras como “vale”, “pagan” y “remuneración” que no alcanzan a significar el verdadero valor del concepto de salario como potenciador del desarrollo humano: “el mes vale mas o menos un millón ciento cincuenta”; “le pagan a uno... lo máximo ha sido novecientos”⁶⁷l.

Hablar del valor del trabajo implica el reconocimiento en especie por las capacidades o potencialidades que como ser humano se ponen al servicio de otros, e incluye la satisfacción personal, sin embargo dentro de las actuales condiciones laborales, la precarización del salario, descrita por Castrillon y Malvarez⁶⁸, no solo afecta la economía del profesional de enfermería, sino que además desmotiva, afecta el ejercicio profesional e impacta lo personal.

El salario recibido por los profesionales guarda estrecha relación con su tipo de contratación, que conlleva una estratificación inequitativa e injusta que no solo permea la vida laboral sino que trasciende en las vivencias de afecto de las enfermeras cuando veamos cómo *el tipo de contratación, aumenta las inequidades laborales y el impacto negativo en las relaciones interpersonales*⁶⁹ más adelante. Una relación laboral medianamente estable, como en el caso de los trabajadores de carrera administrativa, es un salario relativamente superior, por ejemplo: 1.700.000⁷⁰, cuyo descuento parafiscal es del 12% y conserva las demás prestaciones de ley, es decir primas y vacaciones, en comparación con otras modalidades de vinculación laboral, como es el caso de las personas contratadas por cooperativas quienes afirman: “se supone que uno se hace millón setecientos, pero si nos descuentan el 42%, me viene quedando millón doscientos o millón cien, haciendo más de los 32 turnos reglamentarios”⁷¹. Este tipo de contratación no tiene derecho a prestaciones de ley como en el caso anterior.

Además de lo anterior, existe *negación a la oportunidad de mejora salarial*⁷², sin importar si son trabajadores de carrera administrativa o vinculados por intermediación; debido a que se limita la posibilidad de pagos nocturnos o festivos impidiendo que estos trabajadores de carrera los realicen, situación

⁶⁶ Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporación. Reservados todos los derechos.

⁶⁷ **E3-AS** CS20, **E4-JB** CS43 , **E7-SC** CS29

⁶⁸ Castrillón Consuelo, Malvárez Silvina , PANORAMA DE LA FUERZA DE TRABAJO EN AMÉRICA LATINA, Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente, pág.14-15

⁶⁹ CI60

⁷⁰ **E1-FACS**33

⁷¹ **E7-SC** CS32

⁷² CI4, sustentado en: **E1- FACS**24 CS12, **E2-VPCS**10, **E7- SC** CS25 CS33.

que es pactada con las gerencias institucionales, para ser cedidos estos turnos a trabajadores vinculados por cooperativa a quienes nunca se les reconoce los recargos nocturnos o festivos, sino que se pagan como turnos ordinarios. Otras modalidades de contratación representan pagos más bajos y además *salarios inciertos e inconstantes*⁷³, porque dependen del tiempo que se pacte la prestación de servicios, o si al momento de firmar el contrato existen o no reservas presupuestales, veamos el caso: “en el contrato dice que se pagará tan pronto se termine el contrato... pero dependiendo de las reservas presupuestales”, “Contratos con el hospital...muy cortos que me cubren solo ese tiempo... 10 o 15 días”⁷⁴.

El salario que devengan los profesionales de enfermería en cifras no es realmente representativo cuando se trata de compensación y satisfacción laboral, pues lo relevante es la sensación de desequilibrio entre la retribución económica y la inversión de tiempos, espacios, competencias, esfuerzos (físicos y mentales) y capacidades, como se evidencia a través de la reflexión de las enfermeras y enfermeros:

“la remuneración no compensa con todo lo que uno tiene que enfrentar... tantas cosas”,

“Uno esperaría que conforme a las funciones que está desarrollando así sea la retribución económica”,

“En la parte privada hay mayor trabajo, mayor responsabilidad, mayor presión, mayor estrés y la retribución es menos”,

“no se ve bien compensado no es bien remunerado su trabajo”⁷⁵.

Es así como los profesionales viven con una profunda *insatisfacción salarial frente a la responsabilidad asumida*⁷⁶, por ejemplo: “Trabajo de tanta responsabilidad... no compensa”; sienten que el trabajo desarrollado por la enfermera y el enfermero, en el que se asume no solo la atención y el cuidado de la vida de los pacientes, sino además los riesgos ocupacionales y la responsabilidad del funcionamiento de uno o más servicios de mediana y alta complejidad clínica o comunitaria generan altas cargas de stress. Esto implica un continuo compromiso tanto con los pacientes y sus familias como con la institución que satura la capacidad de respuesta de las enfermeras, creando un sentimiento de no valoración del trabajo de enfermería, expresado así: “Le entristece a uno un poco porque de pronto espera muchas otras cosas”, “es el mismo trabajo pero menos remunerado, menos valorado”⁷⁷.

Se agudiza el sentimiento de *insatisfacción frente a las expectativas y posibilidades que ofrece la remuneración*⁷⁸ cuando la enfermera o enfermero encuentra que su salario es escaso para poder alcanzar mínimos de vida deseados; cuando las responsabilidades consigo misma y con su familia en educación, vivienda, alimento y vestido es lo que medianamente colma; en

⁷³ CI8, sustentado en : **E1-FACS33**, **E2-VP** CS7, **E3-AS** CS20 CS21, **E4-JB** CS5 CS47 CS143 CS53, **E7-SC** CS2 CS23 CS29 CS32

⁷⁴ **E3-AS** CS22 y **E7-JB** CS5

⁷⁵ **E1-FA** CS25, **E3-AS** CS19, **E4-JB** CS49 y CS50, **E6-HR** CS18

⁷⁶ CI10, sustentado en: **E1-FA** CS25 CS27, **E3-AS** CS18 CS19 CS87, **E4-JB** CS49 CS50 CS51 CS56 CS47, **E6-HR** CS13 CS12 CS18, **E7-SC** CS34 CS20 CS5.

⁷⁷ **E4-JB** CS11 y **E7-SC** CS34

⁷⁸ CI11 sustentado en los códigos sustantivos: **E1-FA** CS47 CS46 CS223, **E2-VP** CS177 CS178 CS205, **E3-AS** CS103 CS100, **E4-JB** CS41 CS43, **E6-HR** CS2 CS7, **E7-SC** CS21 CS23

fin, cuando vivencia que sus necesidades están limitadas en su realización por la precarización de su salario, porque sus ingresos económicos de una u otra forma no le permiten la realización plena, veamos lo que afirman:

“Tengo mi sueldo contado para este mes y si saco algo me descuadro”,

“Para sobrevivir... el apoyo de mi esposo es fundamental... porque sola no podría”,

“Apenas para el mes lo suficiente”⁷⁹.

Además, existe un sentimiento de desacierto frente a la elección de su profesión, pues se considera que otras profesiones permiten mejores oportunidades de ingresos y de estabilidad, “Podría ser mejor... si tuviera otra profesión... Hay carreras en las que uno no necesita hacer tantas cosas y sacrificar tantas cosas para poder estar bien”, “uno a veces dice ¡ay...! Hubiera querido hacer otra cosa”⁸⁰.

La insatisfacción frente al valor del trabajo por las responsabilidades que se asumen y por las expectativas y posibilidades que ofrecen los ingresos, guarda estrecha relación con el sentido de calidad de vida que emerge de los profesionales. Indagar por la calidad de vida develo un sentido restringido de esta dimensión humana, ya que las expresiones y descripciones que de allí surgieron se quedaron en el campo de lo económico y lo material.

Las enfermeras y enfermeros califican su calidad de vida en torno a las oportunidades que se posibilitan solo desde sus ingresos económicos por esta razón se habla de nivel de vida y no calidad de vida. Para los profesionales *el nivel de vida que brinda la enfermería, se evalúa desde una perspectiva personal de alcance de “capacidades”*⁸¹. Para algunos es posible tener acceso a algunos ideales de vida material con los ingresos que reciben, así originen insatisfacción y desgaste laboral, veamos algunos ejemplos: “Después de mi lucha... Si me ha permitido gozar de algunos privilegios”, “El hecho de ya tener una remuneración económica sea, como sean las condiciones pues le permite a uno... pues tener una mejor calidad de vida”⁸². Aunque para otros estos ingresos en cambio solo permiten tener acceso a las capacidades básicas, lo mínimamente aceptable, “Para sobrevivir”⁸³. De este modo los profesionales pueden calificar su calidad de vida y confluyen en que no esta dentro de ideales sociales ni económicos: “Lo ideal sería excelente... pero es buena”, “Siempre es difícil [la calidad de vida], “[La Calidad de vida, producto de la profesión] en sí no ha sido muy buena”⁸⁴

De esta forma es como emerge el valor del trabajo que va perdiendo sentido dentro de la resignificación de lo humano pues se ha convertido en un mecanismo adverso, pero como único acceso a la posibilidad de sobrevivencia.

⁷⁹ **E1-FA** CS223 y **E3-AS** CS100 CS103

⁸⁰ **E2-VP** CS177 y CS205 **E5-OM** CS30

⁸¹ CI90 sustentado en lo siguientes códigos in vivo: **E2-VP** CS198 CS203 **E4-JB** CS141 CS142 CS143 CS144

⁸² **E4-JB** CS141 CS142

⁸³ **E1-FA** CS223

⁸⁴ **E2-VP** CS179 CS180 **E3-AS** CS94

Desgaste del profesional de enfermería⁸⁵:

El desgaste del trabajador se define como la pérdida de capacidad, potencial y/o efectiva, corporal y psíquica; un conjunto de procesos bio-psíquicos, donde el análisis del proceso laboral y los elementos de éste interactúan dinámicamente entre sí y con el cuerpo del trabajador generando aquellos procesos que se traducen en desgaste, que pueden ser reversibles ya que frecuentemente se pueden recuperar capacidades perdidas o desarrollar potencialidades latentes⁸⁶.

Las responsabilidades que asumen las enfermeras en su ejercicio profesional actual, dentro del marco de las exigencias institucionales, junto a las actuales condiciones laborales han generado en el profesional de enfermería un agotamiento físico y mental que se traduce en desgaste. *Desgaste producto de las intensas jornadas laborales*⁸⁷, no solo por los turnos ordinarios y la recarga de trabajo, sino también porque dichos turnos o jornadas se aumentan en 2 o 3 horas más que se destinan para el cumplimiento de tareas exigidas por la institución, horas que provienen del tiempo de la enfermera o enfermero y que a demás no son reconocidas (no pago de horas extras); los profesionales de enfermería lo expresan así:

“Lo fregado lo difícil son tantas cosas... recarga de trabajo... el desgaste que hay”

“la actividad como tal de la enfermería quita bastante tiempo así digan son 9 horas diarias no son nueve horas diarias son 10 – 11”

“no es lo mismo descansar de día que descansar de noche y el trabajo es agotador de noche”

“Jornadas largas y agotadoras”

“Jornadas laborales extenuantes, con turnos de 12 horas o noches”

“Un día el trabajo aquí es extenuante así las actividades realmente sean pocas”⁸⁸.

La sobrecarga laboral y de tareas extras exigidas por las instituciones, generan un *desplazamiento de tiempos y espacios propios para cumplir laboralmente*⁸⁹, los profesionales aseguran que “uno no sale nunca a la una... siempre uno 1 o 2 horas mas”; “No hay espacio para uno... tengo que buscar, tengo que sacrificar todo mi tiempo”; “Yo gasto mas del tiempo .. yo salgo después de las doce”⁹⁰.

Con esta sobrecarga laboral que desplaza tiempo y espacios personales se pierde cada vez más el reconocimiento de lo humano en el mundo laboral, es decir, lo que prima es el cumplimiento de la tarea por sobre los derechos al descanso, el ocio, la recreación y el disfrute familiar de todo ser humano.

⁸⁵ CIR3 Código interpretativo de síntesis que relaciona: CI14 CI15 CI54 CI28 CI13 CI88.

⁸⁶ Laurell Cristina. Debates en medicina social. Capítulo 3: Trabajo y salud: estado del conocimiento. Editorial OPS, ALAMES. 1991. p. 258-260

⁸⁷ CI14, sustentado en los códigos sustantivos: **E1-FA** CS10 CS230 CS102 CS103; **E2-VP** CS32 CS68 CS210; **E3-AS** CS23; **E3-AS** CS83; **E4-JB** CS57 CS58 CS62 CS64 CS61; **E6-HR** CS7; **E7-SC** CS2 CS27

⁸⁸ **E2-VP** CS210 CS68, **E4-JB** CS57 CS61, **E3-AS** CS83, **E7-SC** CS27

⁸⁹ CI15, sustentado en los códigos sustantivos: **E3-AS** CS35, **E1-FA** CS102 CS230 CS103, **E4-JB** CS62.

⁹⁰ **E1-FA** CS230, **E4-JB** CS62, **E3-AS** CS35,

Para poder cumplir laboralmente, en un contexto donde se reconoce al trabajador por el rendimiento financiero, el profesional de enfermería ha optado por la *sobre exigencia propia para mostrar imagen de eficiencia*⁹¹ ante la institución o empresa; la enfermera, por mantener su trabajo lleva al máximo sus capacidades para rendir como lo espera la institución:

“cuando uno tiene un trabajo trata de conservarlo lo mas que pueda...las empresas o las instituciones aprovechan para ponernos un poco mas de carga laboral”

“Tratar de demostrar que somos importantes dentro de un servicio”

“Uno a veces sacrifica con tal de que no vaya a quedar mal –con lo exigido por la institución”⁹²

Lo anterior contribuye aún más al desgaste físico y emocional de la enfermera o enfermero.

En la actual flexibilización laboral las instituciones y empresas promueven una *negación de lo humano en el trabajo, convirtiendo al trabajador en una maquina más*⁹³, se restringen tiempos y espacios de descanso o de alimentación mínimos dentro de intensas jornadas de trabajo, además de un ingrediente de represión sí se toma dentro del tiempo laborado un breve descanso; por ejemplo:

“No se debe hacer... no debemos estar en la cafetería... eso esta prohibido”

“[si vamos a la cafetería] tensionante... va a llegar alguien y me ve... no!”

“Tiempito para una aromática, para un tinto no!”

“No acceso a descanso en la jornada”

“Una hora de almuerzo... se interrumpe con las actividades del servicio... almorzar a las carreras...este es el único espacio para tener un poquito de descanso”⁹⁴

Las empresas buscan el máximo control sobre el tiempo laborado negando la oportunidad de espacios para el trabajador y la trabajadora. El acceso a tiempos de descanso se debe ver como necesarios en trabajos que implica altos grados de concentración y atención como es el caso de trabajar con seres humanos, donde los errores por pequeños que sean pueden poner en riesgo la vida del paciente y de la enfermera.

Sumado a las intensas jornadas laborales, el ceder espacios y tiempos propios, a la sobre exigencia propia y a la falta de espacios de descanso dentro de la caracterización del desgaste en las enfermeras, se encuentra la necesidad de buscar compensadores económicos para estabilizar los ingresos recibidos a través de *trabajos simultáneos como búsqueda de ingresos extras*⁹⁵, en la que la enfermera y el enfermero se ven obligados a asumir dos trabajos, lo cual significa doble responsabilidad profesional, pues para mantener el empleo debe

⁹¹ CI54, sustentado en los siguientes códigos in vivo: **E2-VP** CS117 CS173 CS168 CS212

⁹² **E2-VP** CS212. CS171, **E4-JB** CS15

⁹³ CI28, código interpretativo que emerge de los siguientes códigos sustantivos 3 **E1-FA** CS98 CS99 CS101 CS102 CS103 **E2-VP** CS63 CS64 CS65 CS68 CS69 CS71 CS72 CS73 CS167 **E3-AS** CS97 CS95 **E4-JB** CS63

⁹⁴ **E2-VP** CS64 CS63 CS65, **E3-AS** CS97, **E4-JB** CS63

⁹⁵ CI13, sustentado en los códigos: . **E7-SC** CS2 CS3 CS11, **E4-JB** CS4 CS55, **E6-HR** CS15, **E3-AS** CS38.

rendir y cumplir eficientemente en ambos, incrementado el desgaste en ellas y ellos, haciéndose evidente así:

“Uno se siente un poquito cansado de trabajar en dos partes y respondiendo en las dos para poder uno solventar sus gastos”

“la situación lo obliga a buscar otras fuentes de ingreso”

“Tenemos que asumir o tomar otros trabajos con contratos muy cortos y sin ninguna garantía... la necesidad lo apremia”

“Nos toca desenvolvemos en una parte o en otra para poder más o menos suplir todas los requerimientos y las necesidades que tenemos en este momento y más sola y con dos hijos pues me toca trabajar así”⁹⁶.

El desgaste emocional y físico ocasionado por la carga laboral de los profesionales de enfermería, tiene su mayor impacto en la *afección directa a la salud producida por las condiciones de trabajo*⁹⁷, siendo esta la principal referencia para hablar de la forma en que se afecta su calidad de vida, la salud desde lo mental y lo fisiológico. Las enfermeras y los enfermeros consideran que en definitiva la situación laboral es un determinante para la salud, en una relación causa – efecto, donde las condiciones laborales son responsables de muchas de sus dolencias, lo cual es evidenciado a través de su narración:

“En vacaciones a uno no le duele nada...Llega uno al hospital y le empezó a doler todo”

“A nivel de la salud si nos ha afectado bastante”

“Migrañas horribles... dolores de piernas impresionantes... problemas gástricos”

“Muchísimas horas de pie, estar uno estresándose, el estar expuesto a factores de riesgo... me han afectado la salud, uno somatiza todo eso”

”Tengo unas bajadas de peso terribles, el trabajo me mantiene delgada... en vacaciones así no coma nada me engordo”

”Uno se enferma, por qué?... porque la misma situación lo predispone”⁹⁸;

Estas dolencias que no solo comprometen la parte física, los altos niveles de estrés que manejan los profesionales los desgastan mentalmente, incluso se percibe que es más agotador el estrés que el trabajo físico: “uno sale exhausto a causa del estrés”⁹⁹

Las cargas laborales en enfermería describen un desgaste físico y mental en los profesionales producto de las presiones institucionales para el cumplimiento de las tareas y actividades exigidas, de la búsqueda de compensadores económicos y de las cargas de estrés que manejan los profesionales, lo cual permite evidenciar, a demás, la descompensación en la relación producción-consumo de la reproducción social. El consumo del profesional de enfermería se ve restringido por las cargas laborales asumidas en el proceso de trabajo y por ello se presenta entonces una relación desequilibrante entre el desgaste-consumo, lo cual significa una *improducción social*, con el desfavorable impacto que esto trae en la calidad de vida, el desarrollo humano y por tanto en el bienestar de las personas

⁹⁶ **E7-SC** CS6 CS3, **E4-JB** CS4, **E6-HR** CS15.

⁹⁷ CI88, sustentado en los códigos: **E1-FA** CS210 CS211 CS212 CS213, **E2-VP** CS193 CS194 CS195 CS196 CS197 CS60 CS61 CS 209, **E3-AS** CS96, **E4- JB** CS145 CS146

⁹⁸ **E1-FA** CS212 CS213 CS211, **E2-VP** CS197 **E3-AS** CS96 **E4- JB** CS145 CS146

⁹⁹ **E1-FA** CS120 CS121

Los efectos negativos de los proceso de modernización en el ejercicio de las enfermeras¹⁰⁰:

La modernización ya no es tomada como un concepto que se acuña a los avances tecnológicos y científicos de nuestra época. Al interpretar los textos de los entrevistados comprendemos que la modernización es un concepto que evidencia la materialización del hombre por el capital por esta razón se siente la fractura de los idearios de progreso de la modernidad, ya que “la modernización puede adelantarse bajo la égida de las iniciativas particulares, sin requerir para su logro proyectos colectivos, donde prima el privilegio de las cosas sobre los hombres”¹⁰¹.

La modernización se refiere al ideario de transformar el entorno material (condiciones materiales), un medio no un fin, de lograr la modernidad, Sin embargo, el *divorcio* entre modernidad y modernización es innegable y sus estragos se reflejan en la profunda crisis social-económica de la actualidad, trayendo consigo una serie de efectos perversos en los fines de la modernidad, vista como un proceso social de construcción de actores sociales liberados de la sacralización del mundo... de actores... capaces de actuar sobre el mismo”¹⁰², la apropiación del hombre de su propia naturaleza, donde la conciencia es requisito indispensable para que tenga lugar este proceso.

El efecto de la modernización es casi palpable dentro de las actuales vivencias del mundo laboral, donde las inequidades se hicieron más evidentes y se agudizó la crisis de los trabajadores, pero esto no se dio como un proceso separado del contexto, por el contrario, se dio porque “existe un sistema político y económico que lo sustenta”¹⁰³; fue así como empezaron a escucharse dentro del argot de los profesionales de enfermería términos como reestructuración, flexibilización, productividad, eficiencia financiera, etc.; términos que se hicieron cotidianos, pero en una cotidianidad del temor y la incertidumbre; además de la transformación en el rol ejercido por los profesionales de enfermería.

La *adopción de medidas de flexibilización laboral*¹⁰⁴, sería uno de los primeros efectos sentidos dentro de los procesos de modernización y de las reformas al sistema de salud, las cuales implican una serie de cambios en el sistema, principalmente de contratación; dentro de ellos se encuentra la pérdida de relación laboral o *las relaciones laborales que deslegitiman los derechos del trabajador*¹⁰⁵, y la adjudicación de las diferentes áreas de servicio dentro de las instituciones a terceros, con dos fines, uno, deshacer la relación laboral directa; y dos, se dice que es más económico para las instituciones contratar a través de la intermediarios buscando la reducción de gastos Estatales. Esto es

¹⁰⁰ CIR4, código de síntesis que relaciona los códigos: CI16 CI22 CI17 CI19 CI18 CI64

¹⁰¹ Corredor Martínez Consuelo, Los límites de la modernización, Capítulo 1 la modernidad y la modernización como procesos. Editorial Cinep, Facultad de Economía UNAL, 1997. p. 34-77

¹⁰² Idem. Pág. 51

¹⁰³ Idem

¹⁰⁴ CI16 sustentado en lo códigos: E1-FA CS5 CS41 CS42 CS43, E7-SC CS19

¹⁰⁵ Ver código interpretativo de síntesis 1

conocido como la tercerización del empleo o OUTSORSING, cuyo objetivo es la deslaborización del trabajo y por lo tanto la negación de derechos y garantías; las enfermeras y enfermeros lo expresan claramente de la siguiente manera:

“buscan es recortar personal”

“la Idea del Estado, es reducir gastos”

“Todo es más económico contratar (a terceros)”

“Privatizar las instituciones para no invertir en eso porque no significa ninguna productividad”¹⁰⁶.

Las medidas de flexibilización laboral han sopesado la ganancia y la rentabilidad por la dignidad del trabajo, y con las graves consecuencias que trae consigo la desprotección social y laboral para los trabajadores.

Afín a los objetivos de reducción de costos para el Estado y de la flexibilización del empleo se inicio uno de los procesos que generó mayor preocupación e incertidumbre en los trabajadores de la salud, la denominada reestructuración institucional, afectando no solo a cada trabajador en lo individual, por el temor de ser despedidos u obligados a cambiar las condiciones de contratación, sino a demás por el impacto negativo dentro de las relaciones de colegaje e interprofesionales, produciéndose un ambiente de trabajo hostil, pues *la reestructuración genera ambientes difíciles en el trabajo*¹⁰⁷. Esta experiencia la describen los y las entrevistadas de muchas formas:

“En la reestructuración fue muy duro el ambiente, todo el mundo estaba sin ánimos”

“El estrés fue tremendo para todo el mundo”

“no tenemos hacia el futuro mayor seguridad, estamos esperando... ya hemos pasado por tres reestructuraciones y estamos esperando otra, porque la idea es recortar y recortar personal... eso lo pone a uno y a todo el mundo mal”¹⁰⁸

El estrés propio del medio, la desmotivación, incluso el temor y las presiones institucionales se reunieron creando ambientes laborales adversos. Cabe resaltar que el ambiente laboral es un elemento vital dentro de la búsqueda de satisfacción en el trabajo por ser expresión de las relaciones sociales entre los seres humanos.

La modernización trajo como efecto negativo *la implementación de sistemas de tiempos y movimientos, como reflejo de rendimiento y de productividad*¹⁰⁹, para poder medir a los trabajadores en las instituciones y las empresas, por ejemplo: “Uno esta controlado todo el **tiempo** por el sistema... cuantas consultas hizo”¹¹⁰; esto tratándose de la producción de carros o de computadores, es coherente, pero hablar de rendimiento y productividad medido por el tiempo-consulta en el ejercicio del cuidado de la salud y la vida de los seres humanos, con una perspectiva integral, es un despropósito.

La implementación de patrones de funcionamiento tiene como fin básico el

¹⁰⁶ E1-FA CS5 CS41 CS42 CS43

¹⁰⁷ CI22 basado en los siguientes códigos sustantivos: E1-FA CS54 CS58 E3-AS CS47 E4-JB CS18

¹⁰⁸ E3-AS CS47. E1-FA CS54

¹⁰⁹ CI17 sustentado en los siguientes códigos in vivo: E2-VPCS13 CS15: E3-AS CS82 E4-JB CS37

¹¹⁰ E2-VP CS15

*control centrado en la cuantificación de tareas que transforman el ejercicio de cuidado en maquinaria de producción*¹¹¹, dicho control o cuantificación es más evidente en lo que se denomina “área de promoción y prevención”, veamos un ejemplo: “al final del mes en la evaluación revisan el tiempo que uno utilizó... el rendimiento”¹¹²; el interés institucional o empresarial es medir la cantidad de personas que puede atender una enfermera en un tiempo determinado, o cuantas curaciones realizó en un turno, en el caso del área clínica. El control no está orientado a la optimización de la atención o al aseguramiento de la calidad, esto pasa a segundo plano, el control se ha convertido en una medida del rendimiento y de la eficiencia financiera. De este modo, el rendimiento es evidente, en la medida en que el profesional de enfermería demuestre que produce; producción que es eje fundamental de las exigencias institucionales, llevando al profesional a sentirse bajo una constante presión que obliga a responder a estas exigencias forzando al máximo sus capacidades, lo que se refleja en la sensación de sobrecarga laboral.

De esta manera *la presión institucional satura la capacidad de respuesta de las enfermeras generando altos niveles de estrés*¹¹³; se le exige al profesional de enfermería que realice diversas funciones, a demás de las propias de su rol, veamos como lo expresan:

“Hay presión bastante... es duro”

“La exigencia... desde arriba hacia uno... eso produce estrés”

“Compañeras que se han enfermado... por estrés”

“que realicemos muchos procesos extras, eso es lo que más nos estresa a nosotros”

“Existe mayor presión a que se desarrollen mas actividades de las que deben hacerse... eso genera estrés”¹¹⁴

Otros tipos de Presión son para que alcance el rendimiento deseado o establecido por la institución o empresa, por ejemplo: “Llega fin de mes...cumplimos? no cumplimos?... está uno bastante preocupado”¹¹⁵; otra Presión está en el cumplimiento de las tareas asignadas sin importar el tiempo o el espacio que se utilice y si son o no propias del rol: “Hay actividades, que no van dentro de la consulta que tenemos que cumplir en horario extra laboral, eso va dentro de las funciones que tenemos nosotras”¹¹⁶. El conjunto de exigencias institucionales apuntan a verificar si el profesional de enfermería es eficiente financieramente; a lo cual el profesional responde sobre exigiéndose laboralmente para cumplir, por la necesidad de conservar un puesto de trabajo, “Si uno no rinde se va”¹¹⁷-, esta es la lógica de la productividad una lógica deshumanizante que no pregunta por la calidad del cuidado.

Tan marcada es la deshumanización en los procesos de modernización que se

¹¹¹ CI19, basado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FA** CS112 **E2-VP** CS15 **E3-AS** CS82 **E4-JB** CS45

¹¹² **E3-AS** CS82

¹¹³ CI18, basado en lo siguientes códigos sustantivos: **E1-FA** CS19 CS123 CS111 CS113 CS122 **E2-VP** CS49 CS190 CS165 **E4-JB** CS39 **E1-FA** CS216 CS125 CS124 CS117 CS114 CS120 CS121 **E2-VP** CS44 CS50 CS41 CS10 **E3-AS** CS83 CS84 **E4-JB** CS50 CS42

¹¹⁴ **E1-FA** CS114 CS122 CS122 **E1-FA** CS113 **E2-VP** CS49 **E1-FA** CS216 CS124 **E4-JB** CS39

¹¹⁵ **E2-VP** CS50, CS39

¹¹⁶ **E2-VP** CS10.

¹¹⁷ **E2-VP** CS190.

han implementado al sistema de salud que las *políticas rentistas y de control sobre el trabajador rompen con la necesidad humana de relacionarse*¹¹⁸, pues como ellas y ellos dicen: “No tenemos casi oportunidades... inconveniente para que uno pueda relacionarse con los otros... Difícil por el tiempo y porque todo mundo anda en sus carreras”¹¹⁹ De esta forma se afirma la negación del trabajo como expresión de relaciones humanas.

La necesidad de cumplir con las exigencias de la institución o la empresa limitan los espacios y los tiempos de comunicación e interrelación entre los diversos sujetos del contexto del mundo de los profesionales de enfermería “Difícil hacer amistades... no hay tiempo suficiente”¹²⁰; “Con mi compañera ni me veo en todo el día”. “El contacto interprofesional sólo se da con relación al trabajo puntual”¹²¹ porque la limitación no se da solamente en las relaciones interprofesionales, sino también con los pacientes, ya que *la relación intersubjetiva es una relación relámpago*¹²², concepto que se describirá más adelante.

Como se describió anteriormente las políticas de modernización sin modernidad han generado efectos negativos sobre el ejercicio laboral del profesional de enfermería que trasciende al ámbito personal y disciplinar. Veamos cómo emerge esta subcategoría y cuál es su interpretación

EXPROPIACIÓN DEL SER EXISTENCIAL Y DEL SER PROFESIONAL¹²³

El desarrollo como seres humanos involucra dimensiones desde lo individual y lo colectivo que posibiliten hacer efectivas las “capacidades”¹²⁴ humanas a través de oportunidades que se brindan desde el medio social, económico, político e incluso biológico. El trabajo, desde el sentido humano busca potenciar esas capacidades dentro del marco de las relaciones sociales; busca entonces reflejar estados de libertad y bienestar en los sujetos. Vimos cómo el sentido y el significado del trabajo en las actuales condiciones laborales se ha desnaturalizado y es desde esta perspectiva que los y las profesionales de enfermería revelan la manera como el sistema económico y político expropia el *ser existencial* a través de la negación de la certeza de su presente y del bienestar; y, el ser profesional a través de la redefinición de su rol.

Veamos cómo se muestra la expropiación del ser existencial desde la experiencia de las enfermeras y los enfermeros:

Vivencia permanente entre la incertidumbre y la certeza del futuro

¹¹⁸ CI63, basado en los siguientes códigos sustantivos: **E2-VP** CS76 CS78 CS75 CS77 CS45 CS46 **E3-AS** CS42 CS43 CS45 CS98 CS46 CS49 CS52 CS53 CS39 CS44

¹¹⁹ **E2-VP** CS75 CS45

¹²⁰ **E2-VP** CS46

¹²¹ **E3-AS** CS43 y CS45

¹²² Ver código interpretativo de síntesis 8

¹²³ Subcategoría 2 (especifica categoría 1)

¹²⁴* Capacidad, Concepto desde Amartya Sen, quien las describe como todas aquellas habilidades humanas para alcanzar estados valiosos como el bienestar y la libertad a través de la combinación de varios “quehaceres y seres”.

laboral¹²⁵.

La vivencia en la incertidumbre genera profundos interrogantes desde el ser, pues se pone en riesgo la existencia misma en la medida en que se niega el derecho a visualizar un futuro y por lo tanto se restringen o limitan los proyectos de vida. Cuando las entrevistadas afirman que “Uno ve la gente esta mal”, “Eso lo impacta a uno y lo cuestiona”, “¿Qué motivación..?”¹²⁶ y uno interpreta en contexto que como seres humanos, aún dentro de la cultura capitalista, la certeza hace parte de la posibilidad del bienestar y la libertad; pero en las actuales condiciones *la Incertidumbre laboral permanente que afecta lo personal y lo profesional*¹²⁷ esboza desasosiego y temor “Estamos en la incertidumbre”, “En cualquier momento nos pueden retirar!”, “Hay angustias”, “Uno se pregunta ¿pero para donde vamos?” “Hay mucha inestabilidad, incertidumbre... sigo, no sigo”, “Nosotros quedamos como en el limbo”¹²⁸, todas estas expresiones hablan de la Incertidumbre que proviene de una lógica rentista donde se sobrepone el valor del objeto por el valor humano.

Es así como el interés por la renta despoja las competencias profesionales y las enfermeras y los enfermeros perviven dentro del sistema en la medida en que representan productividad. Lo cual trae consigo un continuo *condicionamiento a ser lucrativo para mantener un puesto de trabajo*¹²⁹, las enfermeras se ven abocadas al cumplimiento de exigencias rentistas por el cumplimiento, más no por convicción, lo cual se da como producto de la incertidumbre y el temor, así lo expresan:

“Nos exigen un número de consultas y se deben cumplir... si uno no rinde se va”

“Uno tiene que cuidar al máximo su trabajo mas por la edad de uno, uno ya no consigue”¹³⁰.

Parte de la adhesión a las exigencias de productividad rentista de las enfermeras y enfermeros es comprendida por la *negación del futuro que las obliga a vivir en el hoy*¹³¹. El profesional de enfermería dimensiona su inestabilidad laboral desde la perspectiva de la negación del futuro mediano e inmediato. La negación del futuro implica la vulnerabilidad de lo seres en la medida en que no se sabe que pasará con ellos, lo que genera estados de angustia en los profesionales. La consecuencia de la negación del futuro es la vivencia en la inmediatez llevando a los profesionales a limitar sus expectativas de vida desde lo económico, lo social y lo personal, lo que describe un

¹²⁵ CIR5: Código de interpretativo de síntesis que relaciona los códigos interpretativos: CI23 CI25 CI26 CI27 CI65

¹²⁶ **E1-FA** CS59 CS58 CS57

¹²⁷ CI23, que se sustenta en los códigos sustantivos: **E1-FA** CS3 CS2 CS8 CS9 CS55 CS56 CS70 CS57 CS58 CS59, **E3-AS** CS4 CS16 CS15 CS3, **E4-JB** CS2 CS36 CS9 CS10 CS11 CS19, **E5-OM** CS7, **E7-SC** CS5

¹²⁸ **E1-FA** CS8 CS9 CS56 CS70 **E3-AS** CS4 **E4-JB** CS36

¹²⁹ CI25 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E2-VP** CS190 CS191 CS182 CS181 **E3-AS** CS11

¹³⁰ **E2-VP** CS12 y **E3-AS** CS11:

¹³¹ CI26 Sustentado en los códigos sustantivos: **E1-FA** CS45 CS48 CS49, **E2-VP** CS 217 **E3-AS** CS9, CS17 **E4-JB** CS53 CS9

panorama de movilización existencial desde la inercia¹³² y la necesidad básica. Los y las profesionales de enfermería lo expresan así:

“Para qué tanto esfuerzo si uno no sabe cuando sale de aquí”

“Uno piensa en el futuro y todo, entonces es desmotivante”

“Mirando a un futuro uno sale con el mínimo de pensión... si es que alcanza”

“No sabemos a donde vaya a llegar la situación de este país... mucho mas hacia atrás con menos en estabilidad menos retribución... menos ambiente laboral adecuado”

“No piensa uno en un futuro sino piensa en hoy por hoy”¹³³.

Las y los profesionales de enfermería desde una visión retrospectiva sienten *añoranza de una relación laboral que legitime los derechos del trabajador*¹³⁴, que les brinde mayor beneficio y bienestar para compensar las cargas familiares, personales y profesionales, como parte de las esperanzas de renovación y cambio de la precarización del trabajo; veamos como lo expresan:

“Mientras yo... estuve...con vinculación laboral... tenia mas opciones... Tenia un poquito de estabilidad... no estaba en incertidumbre”

“el personal de planta siempre tiene como un poquito más de beneficios... tienen bueno... un poco de ventajas que uno quisiera tener”¹³⁵

Las motivaciones personales y profesionales desde lo laboral están limitadas y ello afecta su mundo afectivo y desarrollo intelectual como lo veremos mas adelante.

El discurso de las enfermeras y enfermeros refleja *desmotivación producto de la experiencia vivida en condiciones laborales impropias*¹³⁶, así lo reflejan: “Con esas condiciones en las cuales se entra a laborar, posteriormente se pierde el ánimo”, “Después de mi experiencia laboral estudiaría algo más”¹³⁷. La autoestima profesional esta menoscabada producto de la adversidad en lo laboral, sin embargo la esencia profesional sentida por los profesionales redimensiona esa autoestima limando la adversidad, como veremos más adelante donde el agrado por el ser social de la profesión, motiva y mitiga la adversidad¹³⁸.

La emergencia de códigos síntesis y subcategorías descritos en los párrafos anteriores ha permitido comprender cómo desde la realidad de la enfermera y el enfermero el ser existencial es expropiado. Veamos ahora como el ser profesional también es expropiado, producto de la redefinición del rol y de la esencia de la profesión por el actual sistema.

¹³² Inercia, desde la física, es un concepto que explica como los cuerpos se mueven producto de fuerzas externas, ajenas, no por voluntad propia.

¹³³ **E1-FA CS45 CS48 E3-AS CS9 CS17E4-JB CS9**

¹³⁴ CI27, sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E3-AS CS62 CS63 E5-OM CS4 E7-SC CS20 CS22**

¹³⁵ **E3-AS CS62 CS63 E7-SC CS22**

¹³⁶ CI65 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FA CS200 E2-VP CS204 CS206 E4-JB CS41 CS101**

¹³⁷ **E4-JB CS41 CS101**

¹³⁸ Ver código interpretativo 92

Rol del Todismo¹³⁹

Describir el rol ejercido por los profesionales de enfermería en el ahora es descubrir como las expectativas sociales de la practica de enfermería se transforman en un papel definido desde las expectativas institucionales. El ejercicio de cuidado desarrollado por las enfermeras ha tomado dimensiones diferentes, en el actual ejercicio se evidencia una *alta concentración de actividades ajenas al ejercicio de la enfermería*¹⁴⁰ como respuesta a las exigencias institucionales, tales como:

“Revisar procesos, organización de servicio, reuniones”

“La mayoría de procedimientos de facturar nos tocan a nosotras... la responsabilidad de la facturación es nuestra”

“Arreglamos consultorio... Hacemos estadística... Actividades adicionales... Reunión con los médicos... Ir al hospital a recoger estadística fuera de horario de trabajo”

“Otra cosa que nos exigen hartísimo, es que los papeles del paciente estén...como dicen, al día, algo que realmente yo por lo menos no se como se maneja porque a nosotros no nos han dado un curso como tal”¹⁴¹.

A partir de esa alta concentración de actividades ajenas se inicia la redefinición del rol de la enfermería por parte del sector empresarial o institucional.

La labor que cumplen actualmente las enfermeras se ha denominado como el *Rol del Todismo*¹⁴²; el *todero* es un concepto que surge desde la jerga popular para definir una persona que asume funciones diferentes propias y/o ajenas a su preparación para responder a las eventualidades y a las exigencias; es un término coloquial que se ha venido implementado para nombrar lo que hacen las enfermeras¹⁴³. La inmensa creatividad del profesional de enfermería ha sido un elemento facilitador en el establecimiento de este rol ya que en el afán de buscar un beneficio para el paciente, para el equipo de trabajo y para la institución asume las contingencias que se le presenten esté o no preparada para ello. El rol del Todismo que ejercen los profesionales de enfermería se caracteriza por: el desarrollo de actividades propias de su profesión, las actividades anexas que le exige la institución como el cuidado de la infraestructura y los insumos de las empresas o instituciones, el desarrollo de estrategias desde lo administrativo, entrega de informes mensuales o quincenales, responsabilidad administrativa de los servicios o áreas, entre las más sobresalientes. El establecimiento del rol del Todismo es más sentido en el área clínica que en el área comunitaria donde no esta tan definido, lo cual no significa que este ausente.

EL *rol del todismo* se refuerza, además, con las siguientes afirmaciones de las y los entrevistados:

“que las basuras se clasifiquen... que el aseo no está bien hecho... la

¹³⁹ CIR6, código de síntesis que relaciona los códigos interpretativos: CI33, CI34 y CI37

¹⁴⁰ CI33, código interpretativo sustentado en los códigos sustantivos: **E1-FA** CS20 CS29: CS206 CS209 **E2-VP** CS34 CS238

¹⁴¹ **E1-FA** CS20 CS29 **E2-VP** CS34 CS238

¹⁴² CI34 sustentado en los códigos sustantivos: **E1-FA** CS20 CS74 CS79 CS:82 CS77 CS116 CS29 CS206 CS209 **E4-JB** CS60 **E2-VP** CS10 CS11

¹⁴³ Ver memorando analítico ocho.

caja esta dañada... el bombillo no funciona... no están formulando bien... no se despacho bien... las muestras de laboratorio... no hay sabanas, no hay cobijas... los baños se dañaron... la familia no sabe para donde coger... que la ambulancia no llega... llame al uno al otro... la camillera... los registros, registros y registros... papeles del paciente al día”, además, “Atendiendo los dos millones de llamadas que le hacen a uno”, “Resolviendo lo que mas uno pueda”; y haciendo lo mas importante “Recibir turno, alistar y administrar medicamentos, verificar el personal auxiliar, las actividades que desarrolla el personal auxiliar, mirar la evolución de los pacientes...realizar las curaciones, asistir a revista medica, revisar las historias clínicas y realizar la solicitud de todos los medicamentos, y los insumos medicoquirúrgicos, estar pendientes de los exámenes de laboratorio e imágenes, hacer todos los tramites de procedimientos que requieran los pacientes... administrar el servicio en cuestión de insumos, de... materiales, en cuestión de infraestructura, coordinar con otras dependencias la asistencia a los pacientes alistar la entrega de turno, entregar turno”¹⁴⁴. Así se resume el *rol de Todismo* que emerge en esta investigación con estas características que redefinen y ponen en cuestión el verdadero acto de cuidado que emana de la ley 266 del 93 y la ley 911 del 2004.

A partir de la redefinición empírica del Rol profesional dado por las funciones otorgadas en la vida laboral, *el ejercicio de la enfermera se ha centrado en la administración de los servicios, el Cuidado pervive en el ejercicio profesional*¹⁴⁵; veamos como se expresa:

“Uno no da cuidado... es cuestión administrativa.”

”Nosotros administramos... un servicio”

”Triste ver que la gente termina cumpliendo sí con un oficio... para el cual le pagan...pero que no va mas allá mas del estar brindando cuidados asistenciales muy precarios... haciendo labores muy administrativas¹⁴⁶.

Las nuevas dimensiones que han configurado terceros (sistema rentista) en el ejercicio de cuidado a partir de las expectativas institucionales y/o empresariales desdibujando el ser real de la profesión.

El Rol del Todismo se origina como uno de los efectos negativos de los procesos de modernización, ya que promueven que en las instituciones atribuyan y otorguen funciones y responsabilidades al profesional de enfermería que no hacen parte de su saber-hacer, ni del campo de enfermería; por el contrario, algunas de ellas parecen ser completamente ajenas al objeto disciplinar, es decir el cuidado de enfermería y de la salud, no el cuidado de insumos y servicios, que es lo que se pretende establecer con la redefinición del rol. Es cierto que los avances científico-técnicos pueden requerir nuevas actitudes y conocimientos por parte del profesional en el desarrollo de su rol, pero estas no se pueden apartar del objeto y los objetivos de la enfermería, porque no se brindaría cuidado a sujetos, sino a objetos.

¹⁴⁴ **E1-FA** CS206 CS77 CS82 **E4-JB** CS60

¹⁴⁵ CI37 sustentado en los códigos in vivo: **E1-FA** CS201 CS204 CS202 CS203 **E4-JB** CS34 CS26 CS131: **E5-OM** CS21

¹⁴⁶ **E1-FA** CS201 CS202 **E4-JB** CS26

El establecimiento del Rol de Todismo, no es expresado textualmente por parte de los profesionales, pero a través de sus expresiones podemos interpretar y comprender este fenómeno que se ha venido implementando y que se siente como un rol ajeno, pero que se debe hacer por que es parte de las exigencias y de las condiciones laborales actuales, se convierte a demás en un rol que sirve de basa para la emergencia del desgaste del profesional de enfermería.

Negación del cuidado humanizado en el ejercicio actual de la enfermería¹⁴⁷

De acuerdo con los principios deontológicos de la profesión de enfermería (Ley 911 de 2004) el acto de cuidado se da a partir de la comunicación y la relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el sujeto de cuidado. Cuando el rol del profesional es redefinido para dar respuesta a necesidades de eficiencia financiera, la relación social intersubjetiva, que media en los procesos de cuidado y la comprensión del fenómeno salud-enfermedad con las personas que requieren la intervención del profesional de enfermería, pasa a un segundo plano, ya que el nuevo rol ejercido alejan al profesional de la relación dialógica con el sujeto de cuidado¹⁴⁸. Acción que se desdibuja no solo desde lo intersubjetivo sino además desde las condiciones mínimas para asegurar el cuidado con calidad, por ejemplo en el extremo control de insumos: “Trabaja uno con las uñas”¹⁴⁹.

Las políticas rentistas del sistema de salud no solo han vulnerado el derecho a la salud a través de su transformación en un servicio que hace parte del mundo de las mercancías; sino que además han originado una *carencia del derecho al cuidado de la salud en condiciones dignas*¹⁵⁰. Si partimos de que para “la implementación de una práctica de cuidado humanizada se requiere que el cuidador mire para sí, cuide de sí, se sitúe en el mundo e interactúe con él”¹⁵¹, el cuidado humanizado no solo lo veríamos como el reflejo del acto de la enfermera o enfermero, implica a demás el reconocimiento de su propia humanidad y de los contextos en los que este se desarrolle. De esta forma el cuidado humanizado involucra desde las condiciones laborales en las que ejerce la enfermera hasta el acto mismo de cuidado pasando por las acciones realizadas con la familia.

La carencia de un cuidado digno es expresada desde dos aspectos: uno, la relación de la enfermera con su entorno y las posibilidades que este le brinda; y

¹⁴⁷ **CIR7** código de síntesis que relaciona los siguientes códigos: CI21 CI38 CI39 CI40 CI35

¹⁴⁸ Romero Ballén María Nubia. Los cuidados de enfermería en la adversidad. *Presencia* 2005 ene-jun; 1(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n1/1/articulo.php>> [ISSN: 1885-0219]

¹⁴⁹ **E4-JB** CS129

¹⁵⁰ CI21 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FA** CS8 CS38 CS36 CS37 **E3-AS** CS32 CS92 CS14 **E4-JB** CS137 CS138 CS128 CS129

¹⁵¹ Sobral, Tavares ,Dos Santos, Silveira. SENSIBILIZANDO LA FORMACIÓN DEL CUIDADOR.. Ensayos – Reflexiones. *Enfermería Global Revista electrónica* No2 Mayo de 2003. en www.um.es/eglobal/

dos, desde la relación directa con el sujeto de cuidado, la que veremos más adelante (CIR8). El contexto en el que desarrolla su ejercicio el profesional de enfermería no promueve el cuidado humanizado en la medida en que se ejerce bajo exigencias de productividad financiera, en las que se controlan al máximo cada uno de los insumos, se busca el ahorro en la contratación del personal sometiendo a las enfermeras a responsabilizarse de dos servicios (40 o más pacientes), o como el caso de algunas instituciones, en el que el requerimiento de los profesionales se hace según el índice ocupacional, poniendo en riesgo la calidad del cuidado y la vida misma de los pacientes; por ejemplo “Se devuelven (la enfermera) según número de pacientes”¹⁵², es decir, si el índice ocupacional está bajo a la hora de entregar turno se le avisa al profesional que no hay actividad laboral, así “Una se hace cargo de los dos (servicios), y la otra se devuelve”¹⁵³. La mejor descripción la hace una de las entrevistadas, por ejemplo “son 21 camas sí? Si hoy tengo 12 pacientes... ese día la devuelven [a la enfermera] porque solo quedaron 12 pacientes en el servicio A... entonces como en el servicio B solo hay 20 pacientes, la del servicio B se hace cargo de los dos... una sobra”¹⁵⁴. La explicación que prima hoy en el lenguaje de los profesionales de enfermería es que “La falta de recursos de todo tipo, porque no es posible contratarlo por los costos que genera”¹⁵⁵. El lenguaje moderno las atrapa, no se defiende la calidad, se defienden los costos.

Esta condiciones de trabajo niegan a priori la calidad del cuidado humanizado que se pudiera brindar, porque además se tiene que “Trabajar con lo que se tiene cuando uno realmente quisiera hacer muchas mas cosas”, esta situación conlleva a tener que “Usar la creatividad para prestar servicios adecuados...trabajar con las uñas”¹⁵⁶,

El gran volumen de pacientes a cargo de la enfermera, en el área clínica la obliga a brindar los *Cuidados a la carrera*¹⁵⁷, pues debe distribuir su tiempo para cada una de las actividades del servicio, no solo de cuidado directo, sino además de manejo administrativo y la resolución de posibles eventualidades. Estos cuidados “...se dan muy a la carrera...”,o el profesional brinda un “Cuidado de enfermería no como debe ser... sino corriendo”¹⁵⁸ en detrimento de la esencia de su profesión y de la imagen social que proyecta ante la sociedad.

El asumir dos servicios o dos áreas hospitalarias necesitan un análisis desde la responsabilidad y el riesgo. Es decir, cuando a una enfermera o enfermero le asignan dos servicios y se asumen, tiene bajo su responsabilidad ética y legal lo que suceda tanto con el cuidado de los pacientes como con el funcionamiento de los servicios. Dar cumplimiento a esta responsabilidad implica esfuerzos sobrehumanos, en la medida en que es imposible tener el control o la vigilancia de dos áreas a la vez, y más aun cuando los procesos salud enfermedad son complejos o diversos y el espacio físico en que se

¹⁵² **E1-FA** CS36

¹⁵³ **E1-FA** CS37

¹⁵⁴ **E4-JB** CS128

¹⁵⁵ **E4-JB** CS129

¹⁵⁶ **E1-FA** CS239

¹⁵⁷ CI39, Código sustantivo que es utilizado como código interpretativo y que a demás se sustenta en los códigos: **E1-FA** CS84 CS 225

¹⁵⁸ **E1-FA** CS84 CS 225

encuentran es amplio; es por esta razón que *la responsabilidad del cuidado directo la asumen terceros (principalmente el personal auxiliar), pero la responsabilidad del o de los servicios que asume la enfermera se magnifica*¹⁵⁹, debido a la “decisión-obligación” de asumirlos, decisión en la medida en que el profesional acepta asumir estas responsabilidades pero por una obligación y exigencia institucional, donde se pone en juego el puesto de trabajo, si no se toma la decisión de aceptarla esta situación. Veamos como lo expresan:

“La responsabilidad mientras que uno está en un servicio...(pero se piensa).. ¿que está pasando con el otro?”

“En el momento en que nosotras no estamos las auxiliares [responsabilidad del cuidado]... pero ellas tienen experiencia”

“Uno baja cada 2 horas o cada 4 horas a revisar historias a mirar que novedades hay”¹⁶⁰

El riesgo esta en que la enfermera no tiene la posibilidad de actuar rápidamente frente a las fatalidades o complejidades de los pacientes y familias. Si bien es cierto el personal auxiliar de enfermería puede tener años y años de experiencia, existe personal (principalmente en los turnos de noche) que es inexperto por la alta flexibilidad laboral; sin embargo lo central esta en que la responsabilidad legal y ética se atribuye al personal profesional, sea o no el personal auxiliar experto.

De este modo el *cuidado humanizado esta aminorado*¹⁶¹ en espacios, tiempos, calidad y actos, producto de la negación de este. El cuidado de enfermería como tal esta restringido a lo mínimo necesario de cuidado directo “El turno no alcanza para todas las cosas que hay que hacer, o sea, para dar el cuidado... lo prioritario para nosotras es la administración de medicamentos, las curaciones y revisar las historias clínicas”. Además este cuidado está centrado en las tareas administrativas “Hay que concretar [en la consulta de enfermería]... no podemos dejar que un paciente se nos extienda”; “Con los complicados, si tengo que estar ahí”. Este *cuidado a la carrera* que deshumaniza el ejercicio profesional está argumentado por el manejo del tiempo que el profesional hace en su *Rol de Todismo* para garantizar la eficiencia en el servicio dejando al usuario de lado: “No hay tiempo... por tratar de cumplirle al hospital, por tratar de cumplirle a la colega que llega a recibirme turno, porque el medico no vaya a hacerme ninguna objeción... sencillamente realizar un poco de actividades y las cumplo... y dejo de lado ese paciente”¹⁶².

Así, actualmente el *cuidado se centra en actividades técnicas puntuales*¹⁶³, como parte de la negación del cuidado y de la redefinición del rol, veamos algunos ejemplos: “[Cuidado solo] En el sentido de la curación... la parte administrativa eso quita mucho tiempo”, “Actividad puntual”, “Las curaciones... tomar los electros... tomar una muestra pues tiene uno que írsela a tomar... paciente en paro”¹⁶⁴.

¹⁵⁹ CI35: que se sustenta en los códigos interpretativos: **E5-OM CS11 CS12 CS13**

¹⁶⁰ **E5-OM CS11 CS12 CS13**

¹⁶¹ CI38 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FA CS85 CS87 CS86 CS88 CS224 E2-VP CS20 CS21 CS42 CS22 CS27 CS17 CS100 E3-AS CS32 CS27 CS24 CS25 E4-JB CS34 CS59**

¹⁶² **E1-FA CS224 CS86 E2-VPCS42 E4-JB CS138**

¹⁶³ CI40 sustentado en los códigos: **E1-FA CS76 CS75 CS80 CS81 CS89 E2-VP CS20 E4-JB CS31 E5-OM CS10 CS21**

¹⁶⁴ **E5-OM CS21 E2-VP CS20 E1-FA CS89**

Lo anterior describe un cuidado desde el quehacer cotidiano de la profesión como parte de la expropiación del ser profesional, sin embargo su mayor expresión es la anulación de la comunicación como eje en la relación intersubjetiva del cuidado de enfermería.

La relación intersubjetiva es una comunicación relámpago¹⁶⁵

La expropiación del ser profesional toma fuerza cuando la base del cuidado se enajena producto de intereses rentistas, donde prima el uso racional del tiempo en pro de la productividad; la voz del otro y la otra no son consideradas significativos en el modelo rentista de salud, a pesar de ser 'clientes'. Pero sin embargo para la enfermería, que basa su Saber-hacer en la comunicación terapéutica sigue siendo necesario la relación con los otros por mínima que esta sea. El problema es que no brindan las condiciones para que esta se origine, por esta razón *la relación con los pacientes se resume en ocasionales momentos de comunicación*¹⁶⁶, que logran limar el sentimiento de abandono de los pacientes por parte del profesional de enfermería, es decir, al profesional le es suficiente "Escucharlos un minuto" o "Cuando me llaman, hacerles caso" ¿pero para el paciente qué?. "Uno se siente bien... Que uno le sonrió o lo cogió, y él (paciente) se siente bien" "Es un minuto que le puedo dar a ese paciente"¹⁶⁷.

La limitación en la comunicación y en la posibilidad de relacionarse con los pacientes la explican los profesionales a través de la *restricción de espacios, en función del tiempo, para brindar cuidado*¹⁶⁸. La carga laboral de la enfermera y el enfermero imposibilita que destine un tiempo determinado dentro de su jornada laboral para dicha relación, ya que incluso debe ceder de su tiempo para dar cumplimiento a las tareas. Nuestras entrevistadas así lo expresan:

"Todo el mundo le quita tiempo a uno [institucionalmente]...eso disminuye tiempo con el paciente"

"El tiempo limitado sí nos ha ido... disminuyendo como ese contacto como...con el paciente"

"Toca demorarse uno en atenderlos, para poder atender la parte administrativa"¹⁶⁹.

La comunicación con los pacientes se limita a mínimos momentos de interacción de palabras, y en su mayoría de veces hacen referencia a los estados clínicos; la comunicación enfermera-paciente o enfermera-usuario, no es en doble sentido, no se dan los espacios ni los tiempos (porque son controlados), para que a partir de la comunicación se logre establecer una relación intersubjetiva base fundamental para el ejercicio de cuidado, la voz del otro apenas se logra escuchar. Por esta razón decimos que es un relámpago, una luz veloz, que puede ser tan rápida que parece imperceptible. En la actual expropiación del Ser profesional las relaciones de cuidado son estrechas y

¹⁶⁵ CIR8, código interpretativo de síntesis que relaciona: CI41 CI50 CI71

¹⁶⁶ CI41, basado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FA** CS196 CS197 CS128 CS127 CS96 **E2-VP** CS94 CS98 CS95 CS96 CS97 CS99

¹⁶⁷ **E1-FA** CS197 CS128 CS127 CS96

¹⁶⁸ CI45, sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FACS88 E2-VP** CS100 CS102 **E3-AS** CS24 CS25

¹⁶⁹ **E1-FACS88 E2-VP** CS100 **E3-AS** CS25

limitadas a las exigencias de terceros.

La expropiación del ser existencial y del ser profesional a través de lo descrito por los entrevistados y las entrevistadas demuestra las pocas oportunidades que desde el trabajo, en el sentido actual, se despliegan para hacer posible que el ser humano alcance estados de libertad y bienestar tanto personal como profesional, como estados fundamentales y valiosos en el desarrollo humano y la calidad de vida. Ya que la expropiación del ser profesional y existencial producto de las actuales exigencias institucionales, genera en las enfermeras y los enfermeros restricciones frente a sus reales responsabilidades de cuidado, es decir, el 'toca' es una forma de expresar la obligación, casi sumisa, de cumplir con lo exigido, limitando la libertad del ejercicio profesional y por lo tanto limitando las satisfacciones y el bienestar.

CUIDADO COMO "TEORÍA DE LA MAQUINA"¹⁷⁰

¿Cómo se puede describir el cuidado en el ejercicio actual de la enfermería, si el cuidado humanizado es negado y su rol se está redefiniendo en el mundo laboral?. Esta subcategoría aunque emergente, tiene un sello teórico por las características mismas que la definen. El concepto de Cuidado como "teoría de la máquina" tiene múltiples similitudes, como lo verán en la descripción de esta subcategoría, a la teoría Tayloriana, y como la investigación cualitativa trabajada desde la Teoría Fundamentada permite estos contrastes, aquí lo evidenciaremos.

De acuerdo con el objetivo actual del modelo de salud en Colombia, el ejercicio de cuidado ha ido tomando la forma de lo que los estudiosos de la administración denominaron: teoría de la máquina, "Algunos autores modernos denominan la teoría clásica de la administración como *teoría de la máquina*, precisamente por el hecho de que sus autores consideran el comportamiento mecánico de una máquina: a determinadas acciones (humanas) o causas... La organización debe ser dispuesta como una máquina. Los modelos administrativos de Taylor y Fayol corresponden a la división mecanicista del trabajo, en la que la división de las tareas es el medio de que se vale el sistema"¹⁷¹; en el enfoque típico de este modelo de administración se hace énfasis en el cumplimiento de tareas, y como principal objetivo la búsqueda de la productividad a través de la eficiencia y la estandarización.

Para Taylor, principal exponente de la teoría, el instrumento básico para racionalizar el trabajo de los obreros era el estudio de tiempos y movimientos. El trabajo puede efectuarse mejor y mas económicamente mediante la división y subdivisión de todos los movimientos necesarios para la ejecución de cada operación. Los movimientos inútiles eran eliminados, mientras que los útiles eran simplificados racionalizados o fusionados con otros movimientos, para proporcionar economía de tiempo y esfuerzo, esto corresponde a la estandarización. Con el análisis del estudio de tiempos y movimientos se buscaba la mejor manera de ejecutar una tarea y elevar la eficiencia del obrero

¹⁷⁰ Subcategoría 3 (explica categoría 1)

¹⁷¹ Chiavenato Idhiberto. Introducción a la teoría general de la administración. Parte 3: Enfoque clásico de la administración. MacGraw Hill Interamericana. Agosto de 1998. p. 122

para lograr mayor productividad. La productividad la definen como la elaboración de una unidad productora por unidad de tiempo, esto es, el resultado de la producción de alguien en un periodo de tiempo; cuanto mayor es la eficiencia, mayor será la productividad. El concepto de eficiencia en la teoría clásica de la administración es vital; significa la correcta utilización de los recursos (medios de producción) disponibles, donde la expresión de la eficiencia en porcentaje representa las acciones o tareas logradas y lo que se puede lograr de acuerdo con la estandarización, es decir el desempeño real del trabajador y el desempeño que la empresa establece como mínimo necesario; por esta razón el control del uso del tiempo del trabajador es indispensable ya que se debe controlar la ejecución del trabajo, para mantenerlo en los niveles deseados de productividad¹⁷².

El sentido humano dentro de la concepción Teylorista se describe a través del concepto de “Homo Economicus”, esto es el hombre económico; en el cual toda persona es concebida como profundamente influenciada por las recompensas salariales, económicas y materiales. En otras palabras, el hombre busca el trabajo, no porque le guste, sino como un medio de ganarse la vida a través del salario que este le proporciona. El hombre esta exclusivamente motivado a trabajar por miedo al hambre y por la necesidad de dinero para vivir.

La experiencia verbalizada por los y las entrevistadas nos permite evidenciar que el ejercicio de cuidado en la actualidad tiene grandes similitudes con la teoría clásica de la administración o teoría de la máquina y ha ido tomando la forma de este enfoque a través de la estandarización de patrones de movimientos de las enfermeras y enfermeros, con las considerables consecuencias para el cuidado de enfermería, de la salud y del desarrollo humano que esto trae consigo.

1. Concepción Taylorista en el ejercicio del cuidado¹⁷³

El afán principal de las instituciones y empresas de salud, en la actualidad, es la renta; para su consecución se han determinado numerosas estrategias que atentan contra el trabajo y los trabajadores en diferentes formas, pero una de las consecuencias más preocupantes, desde el compromiso social de la profesión de enfermería, ocurre cuando *las políticas rentistas impactan la calidad del cuidado*¹⁷⁴ desde la austeridad en el control de los recursos disponibles para la atención hasta los ahorros en personal requerido para brindar cuidado, pues poca inversión significa maximización de la eficiencia financiera, así es expresado por nuestras entrevistadas:

“Ahora se esta contratando menos personal o se esta prescindiendo del profesional y se están contratando técnicos o... en enfermería para asumir funciones que son nuestras... eso repercute en la calidad”

“faltan recursos de todo tipo”

“-el cuidado- se está brindando ahora como un ámbito eminentemente

¹⁷² Ibid 109. Pág. 61 a 77

¹⁷³ CIR9 que relaciona los códigos interpretativos siguientes: CI32 CI28 CI29 CI42 CI43 CI46 CI30

¹⁷⁴ CI32 basado en los siguientes códigos sustantivos: **E4-JB** CS127 CS128 CS129 CS130 CS131

económico”¹⁷⁵

Actualmente la cantidad se impone por encima de la calidad del cuidado poniendo en riesgo la salud de los usuarios o pacientes. De esta forma se busca la rentabilidad a través de la cuantificación del cuidado de enfermería ¹⁷⁶; veamos algunos ejemplos que justifican esta afirmación:

“La exigencia ahora es como de produzca... nos miden solo eso”

“Ni siquiera... quieren medir calidad ahora es cantidad”

“Nos exigen un número de consultas y se deben cumplir”

“Cumplir al 100%... con grabación de historias”

“Evalúan sobre el 80% de consultas”¹⁷⁷

Es importante señalar que la cuantificación del cuidado a la que hace referencia el sistema apunta a la cuantificación de tareas realizadas por el profesional de enfermería. Pretender medir los actos de cuidado en cantidades numéricas y número de tareas realizadas, cuando este se media por la relación intersubjetiva es parte de la incoherencia de la lógica rentista. Sin embargo es una lógica que se soporta en la vitalidad de la expresión de eficiencia en términos de porcentaje como reflejo del rendimiento de los profesionales en el sistema actual de salud, como lo manifestaba Taylor, además porque esta forma de medir a los trabajadores a partir de la expresión del uso del tiempo y los recursos es la mejor manera de establecer el control. Por esta razón se le establece un mínimo de consultas a la enfermera o enfermero para que las desarrolle en el mes, es la expresión de su utilidad y rendimiento, el número de historias que se grabó o de visitas que se realizó, en el caso de la enfermería comunitaria; sin que la institución o el sistema se preocupe por la calidad del ejercicio de cuidado y los recursos adecuados para su desarrollo.

Asegurar la calidad del cuidado desde los mínimos recursos necesarios para ésta es parte de los fundamentos deontológico del ejercicio de la enfermería (Ley 911 de 2004, Título II), donde se establecen unas condiciones para que este se pueda desarrollar; sin embargo los intereses actuales no son la calidad, ya que no se brindan las mínimas condiciones requeridas para el desarrollo del ejercicio de cuidado, de allí que sea explícito el interés por el cuánto, sin importar el cómo.

Para lograr la cuantificación del ejercicio de las enfermeras y los enfermeros las instituciones y las empresas donde laboran han propiciado el *establecimiento de reglas de calculo que expresan la eficiencia de la enfermera*¹⁷⁸, dichas reglas de calculo son más representativas en el área comunitaria, por las características propias de este rol. Sin embargo en el área clínica la cuantificación se refleja a través de las estadísticas mensuales donde se señala, por ejemplo, cuantos electrocardiogramas tomo la enfermera, cuantas glucometrías, cuantas curaciones, en general cuantos procedimientos técnicos realizó¹⁷⁹. Así lo verbalizan nuestras entrevistadas:

“Tienen en cuenta es la cantidad de pacientes que uno atiende, la cantidad de actividades”

¹⁷⁵ **E4-JB** CS127 CS130 CS128

¹⁷⁶ CI28 sustentado en los códigos sustantivos siguientes: **E1-FA** CS158 CS160 CS159 **E2-VP** CS12 CS14 CS37 CS38 CS39 **E4-JB** CS127

¹⁷⁷ **E1-FA** CS158: CS159 **E2-VP** CS12 CS37 CS39

¹⁷⁸ CI29 basado en los siguientes códigos sustantivos: **E2-VP** CS189 **E3-AS** CS26 CS29 CS30 CS82

¹⁷⁹ Ver memorando descriptivo 4

“Veinticuatro pacientes diarios, -de acuerdo con la jornada laboral diaria, por hora 4 pacientes- estos se multiplican... nos da la cantidad de actividades que tenemos que hacer en el mes”

“lo que hacemos toca... pasar eso a un informe de cuanto”¹⁸⁰

Es a través de estas estrategias de cuantificar el cuidado que se busca establecer qué tan eficientes logran ser las y los profesionales de enfermería, en términos financieros; desde la concepción Teylorista, la eficiencia refleja cuantas tareas se cumplieron en el tiempo establecido. Determinar la eficiencia de los profesionales hace parte de mecanismos para determinar si es, o no es, un recurso viable, es decir, si es conveniente y rentable que continúe trabajando para la institución o empresa. Recordemos que parte del desgaste de las enfermeras se describe por la sobre exigencia propia para reflejar que son eficientes; y que la incertidumbre laboral se enmarca dentro de estas políticas de productividad y rentismo.

La concepción Teylorista en el ejercicio de cuidado se hace más axiomática cuando en la experiencia descrita por las entrevistadas y los entrevistados emerge el establecimiento de tiempos y movimientos en su ejercicio profesional. La *estandarización del tiempo destinado para ejecución del cuidado*¹⁸¹ hace parte del establecimiento del uso racional del tiempo que las empresas e instituciones de salud consideran suficiente para brindar cuidado, principalmente en la atención en el área comunitaria. Así es expresado por nuestros entrevistados:

“15 minutos por usuario... si son maternas de primera vez son media horita”

“Tenemos quince minutos por paciente”

“El tiempo trata como de compensarse, por ejemplo hoy atendí más pacientes... porque después al final del mes en la evaluación revisan el tiempo que uno utilizó”

“lo prioritario es la revisión de historias, toca un tiempo de 2 -3 horas mas o menos en un servicio de 30 pacientes”

Establecer un mínimo de tiempo para ejecutar una acción o tarea pretende la erradicación o eliminación de movimientos inútiles como producto de la estandarización. Comparativamente con el ejercicio actual de la enfermera y el enfermero ¿una eliminación de movimientos o acciones inútiles podría ser la comunicación con los sujetos de cuidado, por considerarse, desde la lógica productiva, una acción inútil?. Sí, ya que en el cuidado actual la relación intersubjetiva es una *comunicación relámpago*, además la comunicación no es cuantificable y si resta tiempo para las acciones medibles.

En quince minutos la enfermera debe lograr el aprovechamiento máximo para cumplir con los requisitos establecidos por las instituciones, por esta razón también se ha buscado la *estandarización institucional de movimientos con un fin de eficiencia financiera*¹⁸²; la empresa o institución debe asegurarse que realmente en ese tiempo destinado se haga lo que realmente se debe, o mejor aquello que ellos requieren, sin tener en cuenta la individualidad, ni ningún

¹⁸⁰ E3-AS CS26 CS30 E1-FA CS160

¹⁸¹ CI42 sustentado en lo siguientes códigos sustantivos: E1-FA CS226 CS 228 E2-VP CS33 CS9 E3-AS CS28 CS29 CS82

¹⁸² CI46 sustentado en los siguientes códigos E2-VP CS219 E4-JB CS35

principio de enfermería para brindar un cuidado integral e individualizado, por ejemplo:

“sobre todo con personas ya de la tercera edad, es muy... **muy difícil en quince minutos**, el solo hecho de tomarles el peso es una demorita, si para pararse, por la estabilidad que ellos no tienen, entonces se pasan al peso y luego si... toca tener una paciencia, con unos mas que con otros porque otros pueden fácilmente colaborar o ayudarse pero hay otros que no, **pero no se tiene en cuenta esa partecita** –en el tiempo establecido por la institución-.

“Otro es con los niños, con los niños se demora uno más unos responden más que otros, otros la mamá les colabora y hay otros que no”¹⁸³

Las instituciones o empresas no se percatan de estas necesidades por que no es su interés; de esta forma se empieza a ejercer de acuerdo con las necesidades de la institución y no con las de los pacientes o las familias.

El establecimiento de movimientos se asegura a través de las guías o protocolos entregados a los profesionales. El sentido de estas herramientas en el ejercicio profesional también se ha perdido, pues no busca facilitar las acciones o tomar decisiones asertivas, sino establecer los movimientos elementales para desarrollar una tarea; veamos como lo expresan:

“La guía de atención, que nos dan cuando llegamos, ahí dice que recibimos al paciente, nos presentamos si es la primera vez, saludamos, llenamos el registro individual y empezamos a llenar la historia clínica en el sistema, motivo de consulta, antecedentes, enfermedad actual examen físico, carné si el programa tiene papelería especial, los exámenes, la educación de promoción y prevención según el programa al que asiste el usuario... -en los quince minutos-”

“Debemos estar ceñido bajo unas estructuras previamente establecidas... actuar con base en esas estructuras para el bien financiero de la institución”¹⁸⁴.

Ejercer bajo la estandarización de tiempos y movimientos permite a la institución medir fácilmente a los trabajadores, por esta razón la *implementación de sistemas para control de tiempos y movimientos, es un reflejo de rendimiento y productividad*¹⁸⁵; en la cual el control se centra en la expresión en porcentaje de la eficiencia, “Evalúan sobre el 80% de consultas” o cuando está “Por debajo del 50%, llamado de atención”. Esta evaluación no se hace como parte del proceso administrativo y de la gestión del cuidado para reflexionar sobre la práctica de cuidado de enfermería y mejorarla sino para tener en cuenta que “El numero de consultas tiene que ir acorde al tiempo laborado”, pues la institución entrega “... una agenda que le dan a uno para cumplir en el mes-... entonces son, eh, digamos seis horas diarias hasta el sábado, entonces serían seis por cuatro...eh veinticuatro pacientes diarios”¹⁸⁶.

¹⁸³ E3-AS CS67 CS32

¹⁸⁴ E2-VP CS219 E4-JB CS35

¹⁸⁵ CI43 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: E2-VP CS33 CS38 CS39 E3-AS CS9 CS29 CS82

¹⁸⁶ E2-VP CS39 CS38 E3-AS CS9

La imposición de la teoría clásica de la administración nos lleva a pensar que actualmente *el ejercicio de cuidado es maquinaria de producción*¹⁸⁷, cómo lo concluye uno de nuestros entrevistados: “Las mismas actividades **nos han llevado a volvernos maquinas** y a hacer todo como objetos, como si se tratara de 20 objetos acostados en la cama y a los cuales a todos tengo que administrarles, hacerles, limpiarles”¹⁸⁸. El cuidado como teoría de la maquina desconoce el carácter humano y social implícito y logrado en esta práctica como parte del desarrollo histórico de esta disciplina.

Responder a la pregunta ¿cómo se puede describir el cuidado en el ejercicio actual de la enfermería, si el cuidado humanizado es negado y su rol está siendo redefinido por el mercado?. La respuesta nos lleva dolorosamente a representar el ejercicio del cuidado a la luz de una de las teorías más deshumanizante en los ámbitos de **producción industrial**, a pesar de ser el acto de Cuidado una práctica que se expresa por valores humanos y cuyo su fin es el beneficio al otro por medio del reconocimiento de la subjetividad en la interpretación de la realidad, para lograr potenciar necesidades en ese otro y esa otra como sujetos de cuidado de enfermería, de la salud y la vida. Estas son las contradicciones en que vive hoy el profesional de enfermería ejerciendo un Cuidado en la adversidad.

PULSIONES EN LA ACEPTACIÓN DE LA ADVERSIDAD¹⁸⁹

Comprender las subcategorías descritas anteriormente, producto de la experiencia de las enfermeras y enfermeros en su mundo laboral, muestra un panorama de vivencia en la adversidad. Para entender el porqué el profesional de enfermería es capaz de vivir o sobrevivir en esta adversidad retomamos el concepto teórico de *pulsión* del psicoanálisis, como aquella energía mental o impulso psíquico que orienta el comportamiento hacia un fin específico. Las pulsiones se asimilan a un empuje cuyo origen está en el cuerpo, entendida como un factor que impulsaba a la modificación, a la evolución, a la conservación o destrucción de la naturaleza. “En “Las pulsiones y sus destinos”, éstas están caracterizadas por tener su origen en el cuerpo y ser una fuerza constante, que actúa dentro de la serie placer-displacer¹⁹⁰”. La pulsión se retoma aquí desde el sentido dualista de vida y de muerte como un proceso dialéctico continuo en el ciclo vital humano, que nos ayuda a comprender los códigos emergentes y su configuración en subcategoría.

Desde el concepto de Roldan se intenta interpretar cómo se posibilita la vivencia en esta adversidad, o qué impulsa o empuja a las enfermeras a vivir dentro de ésta. Es importante aclarar y discutir que dicha vivencia no refleja una renovación o un fortalecimiento en los profesionales, por esta razón no es acertado hablar, desde los alcances de esta investigación, de procesos de Resiliencia en las personalidades de las enfermeras o enfermeros en la

¹⁸⁷ CI31 basado en el código sustantivo **E4-JB** CS137

¹⁸⁸ **E4-JB** CS137

¹⁸⁹ Subcategoría 4 (explica aspectos de la Categoría 1)

¹⁹⁰ ROLDÁN ARTURO. Más allá del principio del placer - Seminario de Psicoanálisis. En: arturoroldan.salvatierra.biz/mas_alla.htm

actualidad, pues ellas y ellos expresan el malestar, el desgaste físico y emocional y las grandes afecciones hacia la salud que la vivencia en la adversidad les trae para sí. Puede ser que la Resiliencia como proceso de salir renovado y vivir dentro de la adversidad esté en desarrollo, pues estos profesionales tienen todas las capacidades, aunque menguadas sus oportunidades; pero como se mencionó, no emergen elementos que permitan evidenciar claramente la resiliencia en las profesionales de enfermería en este trabajo de investigación.

El concepto de pulsión permite comprender qué lleva a las enfermeras y enfermeros a aceptar o a vivir dentro de este ambiente hostil, como un concepto que se remite a la comprensión de la naturaleza de determinados comportamientos humanos desde los impulsos y los fines de estos comportamientos. Conozcamos las características emergentes de estas pulsiones.

Autopercepción de la enfermera la hace vulnerable¹⁹¹

Parte de los impulsos en la aceptación de la adversidad es *la imagen de la enfermera, la cual proviene de su auto concepto; este auto concepto la hace vulnerable frente a la conveniencia institucional¹⁹²*. Lo que proyecta la enfermera o enfermero de sí misma o mismo es lo que considera que debe reflejar como respuesta a lo que las instituciones establecen, con el fin de aumentar las posibilidades de mantener el empleo. Es decir, a ellas y ellos les ha correspondido demostrar a través de sus acciones y de la historia, que son capaces de asumir cualquier reto o rol, de hacerse ver ante los demás como profesionales competentes e idóneos, por ser una profesión femenina y del espacio de lo privado o lo doméstico; desafortunadamente dentro de los actuales intereses demostrar esto ha llevado al abuso desde lo laboral y desde lo profesional y no al reconocimiento de la profesión. Veamos como se expresa:

“Nos ven como las personas mas comprometidas, personal incondicional, entregadas al trabajo”

“si nos revelamos entonces somos las malas del paseo”

“cuando uno tiene un trabajo trata de conservarlo lo mas que pueda... las empresas o las instituciones aprovechan para ponernos un poco mas de carga laboral”

“uno busca... tratar de demostrar que somos importantes dentro de un servicio y que nosotros valemos la pena”

“Enfermería nadie la reconoce pero en el momento de la crisis es a las primeras que llaman para que organice las cosas, para que haga documentos, para que mire, para que establezcamos guías, para que desarrollemos un formato, para que organicemos ciertas actividades”¹⁹³.

El autoconcepto de las enfermas y enfermeros, como profesionales siempre

¹⁹¹ CIR10 código interpretativo de síntesis que relaciona los siguientes códigos interpretativos: CI52 CI53 CI66

¹⁹² CI52 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FA** CS13 CS14 CS15 CS16 CS17 CS236 **E2-VP** CS117 CS118 CS123 CS124 CS119 CS120 CS121 CS122 CS170 CS171 CS172 CS173 CS168 CS212 **E4-JB** CS13 CS15 CS119

¹⁹³ **E1-FA** CS13 CS14 CS16 CS236 **E2-VP** CS212 **E4-JB** CS15 CS119

dispuestos, hace que los demás los reconozcan por su servicio o funcionalidad, no por su valor profesional; por esta razón acuden a ellas y ellos en tiempos de crisis, pero no en la toma de decisiones en lo cotidiano, porque se no se vive la autonomía profesional en el ejercicio de cuidado, y porque el Rol del Todismo refuerza estas actitudes.

La imagen que proyectan las enfermeras, de la cual abusan en las empresas o instituciones, hace parte de una *permanente búsqueda de reconocimiento*¹⁹⁴ como un impulso; el reconocimiento profesional desde el ejercicio laboral aún no ha sido sentido ni vivenciado por las enfermeras y los enfermeros, de allí que requieran demostrar continuamente que son necesarios dentro del sistema de salud respondiendo a los intereses de este, asumiendo lo que se le asigne con mucha responsabilidad y disposición, pasando por alto sus propios intereses y convicciones, así lo expresan:

“uno no es capaz de dejar las cosas a medias”

“Uno a veces sacrifica con tal de que no vaya a quedar mal”

“Va cediendo de su espacios”

“Es como el afán de no quedar mal... de que alguien no se lleve una buena impresión de nosotras”

“Nosotros nos vemos con una capacidad muy grande de desempeño, pero no hay un reconocimiento al desempeño profesional... Uno esperaría tener un poco mas de participación, autonomía, de autoridad”¹⁹⁵

La autopersección y la consecuente imagen que proyectan los profesionales de enfermería se convierten en una pulsión cuando a través de estas se busca sobrevivir en un medio de adversidad; sería como una forma de buscar la autoconservación en un contexto laboral adverso, por la necesidad de conservar un puesto de trabajo por medio de la sobre exigencia propia y la sobrecarga laboral.

Lo anterior hace parte de la *desconfianza en si mismas y mismos como profesionales, producto de la falta de reconocimiento del trabajo de enfermería*¹⁹⁶, nuestros entrevistados lo narran de la siguiente manera:

“El problema ha sido desconfiar de lo que hacemos, desconfiar de lo que somos” “Falta credibilidad sobre todo de la gente... a nadie le va a importar lo que hagas si no te lo piden”

“la falta de apoyo, la falta de empoderamiento, la falta de creer en lo que nosotros realmente somos, en demostrar que realmente podemos y que somos tan profesionales como lo son los demás”

“No siente uno seguridad ni apoyo para la toma de decisiones”¹⁹⁷

Cuando el profesional es obligado a demostrar constantemente que es necesario para el cuidado y la gestión del cuidado de enfermería y de la salud, comienza a sentir desconfianza de si mismo como profesional. La percepción inconsciente o conciente de sí misma como un profesional que debe buscar a partir de los otros su auto reconocimiento, se convierte en una pulsión en la

¹⁹⁴ CI53 sustentado el los siguientes códigos sustantivos: **E2-VP** CS170 CS171 CS172 CS168 **E4-JB** CS13

¹⁹⁵ **E2-VP** CS170 CS171 CS172 CS168 **E4-JB** CS13

¹⁹⁶ CI66

¹⁹⁷ **E4-JB** CS29 CS109 **E3-AS** CS41

medida en que impulsa o empuja a la enfermera y enfermero a continuar y aceptar con mayor disposición y sumisión las adversidades de su ambiente laboral.

“La necesidad obliga”¹⁹⁸

La pulsión más fuerte que ha orientado la vivencia dentro del ambiente laboral de las enfermeras y enfermeros es la necesidad, ligada al concepto necesidades básicas, la vivienda, la alimentación, el vestido, servicios, públicos, etc. . *La Necesidad Obliga*¹⁹⁹ es la mejor expresión para evidenciar el sentido de sobrevivencia como fin último del trabajo y de la desconfiguración de las potencialidades humanas dentro de este, nuestros profesionales describen el por qué se vive dentro de la adversidad laboral desde la respuesta más contundente y sombría en un Estado social de Derecho, veamos, lo que responden algunos de nuestros entrevistados cuando se les pregunta por las razones de continuar trabajando en estos cargos a pesar de las dificultades y la adversidad:

“es por necesidad, la necesidad obliga”

“sería por la necesidad de darle un buen estilo de vida a mis hijos”

“uno tiene que verse obligado a someterse pues a las condiciones de ese trabajo”

“La necesidad lo lleva muchas veces a tener que aceptar un trabajo mal remunerado”

“La gente trabaja es por la necesidad, más que porque realmente se sienta a gusto”²⁰⁰.

De esta manera vemos que el motor inconsciente más fuerte de las enfermeras y enfermeros es la necesidad de subsistencia; necesidad que ha llevado a una *adaptación*²⁰¹ al medio laboral en el cual efectúan su ejercicio. El concepto de adaptación que aquí pretendemos contrastar con la experiencia de nuestros entrevistados es el descrito por Cristina Laurell, quien la señala como “la capacidad del cuerpo de responder con plasticidad ante sus condiciones de desarrollo, lo que conlleva a cambios específicos en sus procesos corporales. Los *estereotipos de adaptación* caracterizan a los grupos sociales ya que las condiciones ante y a través de las cuales surgen son sociales; emergen del modo específico como los hombres se apropian de la naturaleza por medio de una determinada organización social”²⁰²; consideramos vital comprender la adaptación desde esta mirada debido al componente de lo social en el surgimiento de la adaptación y de la forma como los enfermeros y enfermeras toman para sí esta nueva condición en su naturaleza. Los entrevistados lo expresan así:

“Es adaptabilidad todo el tiempo adaptabilidad... adaptarse a todas las condiciones sociales, del ambiente laboral, económicas de la institución”

¹⁹⁸ CIR11 código interpretativo de relación y textual al código E1-FA CS233 que relaciona los códigos interpretativos: CI48 CI49 CI50 CI51

¹⁹⁹ CI49 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FA** CS47 CS46 CS233 **E2-VP** CS19 CS213: CS214 CS 216 CS218 **E3-AS** CS10 **E4-JB** CS52 CS54 **E7-SC** CS3

²⁰⁰ **E1-FA** CS233 CS 216 **E2-VP** CS214 **E4-JB** CS52 CS54

²⁰¹ CI50 sustentado en los siguientes códigos in vivo: **E4-JB** CS17 CS22 CS21 **E6-HR** CS4 CS6

²⁰² Laurell Cristina. Debates en medicina social. Capítulo 3: Trabajo y salud: estado del conocimiento. Editorial OPS, ALAMES. 1991. p. 259

“Hemos tenido que generar una especie de transformación o de acoplamiento para poder soportarlo todos”

“Uno se amolda a lo que tiene, si usted tiene un millón de pesos pues vive con un millón de pesos, hay gente que gana un salario mínimo y vive con un salario mínimo”

“Toca pues adaptarnos a la situación laboral que se está presentando actualmente... no es conformismo”²⁰³.

Otro elemento infortunado en el establecimiento de los ambientes laborales adversos es la *pasividad gremial*²⁰⁴ que esta relacionada con la necesidad, pues es como si se viviera dentro de un ‘sálvese quien pueda’. La falta de cohesión social y gremial es un elemento que no ha contribuido en la búsqueda de soluciones desde lo laboral ya que todas y todos están sumergidos en el afán de la sobrevivencia. Algunos ejemplos son los siguientes:

“Están las Condiciones tan difíciles que decimos... como que nosotros mismos permitimos, porque dejamos”

“la cultura o sea no estamos como dados de pronto a asociarnos a ponernos de acuerdo”

“Se pusieran de acuerdo... sería más fácil”

“La falta de colegaje... esa pelea por espacios, esa falta de lucha por alcanzar lo que realmente nos merecemos”²⁰⁵

Conceptos como “cultura a la no asociación”, “falta de colegaje” “nosotros mismos permitimos”, evidencian esa pasividad dentro de la cual se encuentran nuestros profesionales, pero también evidencia la falta de movilización desde lo individual para alcanzar fines colectivos. Estas pasividades se comprenden a través de la interpretación de las experiencias de los profesionales de enfermería al sentir la necesidad como motor principal en la vivencia en el actual contexto laboral, pues las conciencias, la oportunidad y posibilidad de movilización están subsumidas y aletargadas por la necesidad de sobrevivencia.

La pasividad gremial se describe desde los alcances y las posibilidades que el medio laboral brinda para que esta se desarrolle, las cuales, como vemos, son escasas y limitadas por las características propias del contexto donde la enfermera y el enfermero se deben plegar a una serie de circunstancias y exigencias institucionales que no le permiten buscar y consolidar estos espacios, a demás porque las políticas laborales actuales estigmatizaron los sindicatos y la agremiaciones como nefastas para los avances empresariales o institucionales.

Al indagar a los entrevistados por otras razones que se relacionaran con esas pulsiones en la adversidad, emerge un *patrón de formación profesional/cultural que incide en una mejor aceptación*²⁰⁶ esto incluye patrones de crianza, es decir de familia y de formación profesional ligada al servicio y la extrema

²⁰³ **E4-JB** CS17 CS21 **E6-HR** CS4 CS6

²⁰⁴ CI48 basado en los siguientes códigos interpretativos: **E1-FA** CS50 CS51 CS52 CS53 CS234 **E4-JB** CS135 CS107

²⁰⁵ **E1-FA** CS50 CS234 CS51 **E4-JB** CS135

²⁰⁶ CI51 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FA** CS 235 CS237 **E2-VP** CS169 CS169 **E3-AS** CS93 **E4-JB** CS77 CS78

disciplina, producto de la formación que desde lo femenino se dado en enfermería, como parte de su historia, el sello de sumisión de lo femenino en la antigüedad, aún tiene vestigios hoy; y es posible hacer esta interpretación por los textos de los entrevistados; Veamos como lo describen las y los entrevistados cuando se preguntaba al respecto:

“es como parte de formación... con mucha disciplina, como ser muy estrictos, muy puntuales muy perfeccionistas... en la personalidad desde la crianza, y en la escuela”

“es formación en sí... de la profesión”

“Uno lo vive desde la escuela... aprende a ser exigente con lo que uno hace”

“Cosas que he aprendido en la Universidad, la ética, de la responsabilidad... la disciplina”

“En la parte laboral, profesional nos acostumbramos, somos animalitos de costumbre...la educación ha tenido una responsabilidad muy grande”²⁰⁷

La formación profesional a la que se hace referencia es aquella donde la responsabilidad frente a lo que se asume es determinante en el resultado de las acciones; no es intención decir que esto sea malo o este mal; lo que se intenta evidenciar son las influencias y los alcances de la formación profesional en los ambientes laborales, y la posibilidad de asumir esta formación como herramienta para la resignificación del rol de cuidadoras y cuidadores de enfermería como salida a la crisis.

Las anteriores subcategorías describen cómo se desconfigura todo valor humano dentro de las adversidades laborales que caracterizan un panorama de precarización del trabajo; sin embargo dentro de esta precarización existe un ser humano que no es ajeno a su realidad, por el contrario es protagonista y sujeto activo en esta realidad dentro de la cual debe buscar su desarrollo humano y potenciar o posibilitar su calidad de vida.

²⁰⁷ **E1-FA CS 235 CS237 E2-VP CS169 E3-AS CS93 E4-JB CS78**

DESARROLLO HUMANO Y CALIDAD DE VIDA EN EL EJERCICIO ACTUAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA: ENTRE CARENCIAS Y POTENCIALIDADES²⁰⁸

Para comprender teórica y sustantivamente esta categoría emergente, el concepto de desarrollo humano se retoma desde la perspectiva de Manfred Max-Neef en su propuesta del Desarrollo a Escala humana, cuyo postulado básico se refiere al desarrollo de las personas y no de los objetos, quien aclara que “Tal desarrollo se concentra y sustenta en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, en la generación de niveles crecientes de autodependencia y en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología, de los procesos globales con los comportamientos locales, de lo personal con lo social, de la planificación con la autonomía y de la sociedad civil con el Estado”²⁰⁹; donde la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de realizar o vivir adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales, axiológicas y existenciales.

Este trabajo de investigación buscó comprender cómo viven los profesionales de enfermería dos necesidades fundamentales axiológicas, -la necesidad de Afecto y la de entendimiento, pues el cuidado, como práctica social, se hace posible a través de las relaciones con los otros y las otras y es allí donde surgen algunos satisfactores para la realización o no del afecto como expresión de estas relaciones; y por otro lado, la necesidad de entendimiento permite comprender la reflexión crítica y propositiva de los profesionales de enfermería frente a su realidad laboral y profesional actual. Estas necesidades vistas desde las dimensiones del Ser, Tener, Estar y Hacer, como lo plantea Max-Neef.

Para comprender e interpretar el impacto de las condiciones laborales actuales, como un medio social y político dentro del cual se desenvuelven los profesionales de enfermería, en las necesidades fundamentales de afecto y entendimiento, no basta con conocer cuáles son las posibilidades que se ponen a disposición de ellas y ellos para realizar sus necesidades; “es preciso examinar en qué medida el medio reprime, tolera o estimula que las posibilidades disponibles o dominantes sean recreadas y ampliadas por los propios individuos o grupos que lo componen”²¹⁰.

Lo anterior permite hablar del desarrollo humano y de la calidad de vida de los profesionales de enfermería desde las carencias y potencialidades que el mundo de lo laboral posibilita para recrear y estimular satisfactores desde su Ser, Estar, Hacer y Tener. Ver las necesidades humanas fundamentales como carencia y potencialidad es parte de la propuesta de Max-Neef, porque en la medida en que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son también potencialidades y, más aún, pueden llegar a ser

²⁰⁸ Categoría Emergente 2

²⁰⁹ Max-Neef Manfred, Antonio Elizalde y Martín Hopenhayn. DESARROLLO A ESCALA HUMANA: Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. P 8. En: Ecoportal.net: el directorio ecológico natural

²¹⁰ Manfred Max-Neef. Desarrollo a Escala humana. Necesidades Humanas y Sociedad. p. 4 Fuente: Ecoportal.net: el directorio ecológico natural

recursos para la realización de estas. Esta perspectiva sobre el abordaje de las necesidades humanas permite a la enfermería encausar sus prácticas de cuidado y autocuidado ya no desde la teoría de Maslow o de Henderson que resultan ser restrictivas como lo plantea Romero Ballén²¹¹.

La presentación esquemática de esta categoría, se encuentra en las páginas 21,22 y 23, en la cual se podrán observar las relaciones entre subcategorías, códigos de síntesis y códigos interpretativos. La descripción de las carencias y potencialidades de los profesionales de enfermería se dimensionan y caracterizan a partir de las siguientes subcategorías:

- *RESTRICCIÓN DE SATISFACTORES EN LAS VIVENCIAS AFECTIVAS:* Dentro de la cual se describen cómo se le presentan y posibilitan las relaciones de afecto al profesional de enfermería en su trabajo, familia y consigo mismo (a), a través de los estímulos y restricciones que el medio laboral recrea como un ambiente determinante en las vivencias afectivas.
- *CARENCIA EN LA POSIBILIDAD DE REALIZAR LA NECESIDAD DE ENTENDIMIENTO:* comprendida a través de la experiencia verbalizada por los profesionales como una necesidad limitada en su realización por falta de satisfactores en el medio y en el propio Ser del profesional.
- *LAS CONCIENCIAS EN ENFERMERÍA:* vistas como una potencialidad en la necesidad de entendimiento, pero que son limitadas en la medida en que no movilizan a los profesionales en la búsqueda de transformaciones en la realidad.
- *BUFFER EN LAS VIVENCIAS DE LAS ENFERMERAS:* A través de la narración de las enfermeras y como respuesta al interrogante de las motivaciones y fortalezas que se encuentran en la adversidad, surgen los buffer, los cuales se establecen como la principal fuerza motora y estabilizadora de las vivencias de las enfermeras que les permite continuar en el día a día.

Veamos cómo se conforman las carencias y las potencialidades en el desarrollo humano y la calidad de vida de los profesionales de enfermería entrevistados.

*RESTRICCIÓN DE SATISFACTORES EN LAS VIVENCIAS AFECTIVAS*²¹²

La necesidad de afecto es una necesidad axiológica en la medida en que afianzan los procesos de interacción social y hace parte de la dimensión de lo humano, que se expresa en diferentes ámbitos y en diferentes formas desde lo personal, lo familiar y lo profesional. La interacción de satisfactores que se recrean y reprimen en el mundo laboral actual permite comprender que la necesidad de afecto que vivencian los profesionales describe un panorama de carencias y pequeñas potencialidades; conozcamos como se conforman y caracterizan estas carencias:

²¹¹ Romero Ballén María Nubia. Necesidades de salud de las poblaciones desde la perspectiva del Desarrollo a Escala Humana. Actuaciones de la enfermera comunitaria. Ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Salud Comunitaria, Madrid, sept 2005

²¹² Subcategoría 1 (especifica categoría 2)

Las características del ejercicio laboral promueven relaciones de alto conflicto, pero se mantiene la tendencia al ajuste afectivo²¹³

El afecto desde el ejercicio laboral es visto como los lazos de amistad, cooperación y ayuda mutua que surgen a través de las relaciones producto del trabajo. Desde la práctica de enfermería el cuidado como tal hace parte de la posibilidad de recrear satisfactores de las vivencias afectivas en la medida en que el vínculo de cuidado se establece a través de las relaciones con los pacientes.

En el establecimiento de amistades y de relaciones en el trabajo influye un concepto desde lo personal, es decir desde las experiencias y vivencias de las enfermeras y de las posibilidades que brinda las características propias del trabajo²¹⁴. Las amistades producto del trabajo pueden ser o no posibles en la medida en que el profesional tenga la disposición para fomentarlas, es decir, si el profesional encuentra interés y espacios para que se establezcan. La narración de las enfermeras permite ver que las áreas de trabajo y la experiencia en el sitio laboral son determinantes para que las relaciones en este se afiancen; esto significa que en el área clínica es más fácil o permite mayor acceso a espacios para consolidar amistades en el trabajo por el permanente contacto con el grupo, para ellas y ellos es:

"Fundamental que haya buenas relaciones con las personas con las que uno esta trabajando"

"Trato con el paciente y las personas es fundamental"

"Que haya entendimiento, Que haya acuerdo"

"He conocido personas muy valiosas en el trabajo y somos amigas"²¹⁵.

Mientras que en el área comunitaria, por las características del servicio -esto significa estar en un consultorio durante toda la jornada laboral- limita las posibilidades de establecer relaciones de amistad o afianzar las relaciones de trabajo; además porque recordemos que el tiempo en el área comunitaria es más estricto y controlado. Ellas y ellos afirman que es "Difícil hacer amistades... no hay tiempo suficiente... pocos espacios de tiempo", o escasamente "Compartimos como compañeras de trabajo... Amistades no hemos generado" porque es "Difícil por el tiempo"²¹⁶

Sin embargo lo anterior no es de aplicación general, ya que algunos entrevistados del área clínica no consideran que sea fácil el establecimiento de amistades, este es el elemento primordial cuando hacemos referencia al sentido personal en el establecimiento de amistades en el trabajo. Otro componente que se relaciona es el tiempo laborado ya que la experiencia en años de trabajo ha facilitado fortalecer estas relaciones.

De igual manera que las relaciones de amistad se establecen con mayor

²¹³ CIR12 código interpretativo de síntesis que relaciona los siguientes códigos interpretativos: CI55 CI56 CI57 CI58 CI59 CI60 CI61 CI62 CI63

²¹⁴ CI55 basado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FACS**104 CS105 CS106 CS107 CS108 CS126 **E2-VP** 1CS75 CS76 CS78 **E3-AS** CS45 CS44 **E4-JB** CS65 CS66 CS68 CS75 CS76

²¹⁵ **E1-FACS**104 CS105 CS106 CS107 CS108 CS126

²¹⁶ **E2-VPC**75 CS76 CS78

facilidad en el área clínica por las características propias de esta, también es más fácil el surgimiento de conflictos, por esta razón *los conflictos interprofesionales afectan las relaciones dentro del trabajo*²¹⁷, pues los “Médicos son demasiado autoritarios, conflictivos, ego centristas y eso influye, la actitud influye... en el ambiente laboral”, pero además el “Personal auxiliar tienen malas actitudes, generan mayor conflicto tienen rivalidad constante con el profesional de enfermería” y “nosotros no somos para nada buenos colegas...mirar los errores que el otro comete y empezar a crear conflicto”, todo ello, sumado a “los problemas con el servicio, con la parte de recurso, lo lleva a que uno maneje un estrés bastante grande”²¹⁸.

Sin embargo, de forma cotidiana, como ocurre dentro de cualquier ambiente laboral en el que se viven las permanentes contradicciones de lo humano, las relaciones que se establecen dentro del trabajo también son de *camaradería, o contactos puntuales de cordialidad*²¹⁹; como una forma de manifestar el afecto y establecer cohesión social en el grupo a través de estas relaciones; por esto los profesionales consideran que es necesario “Tomarlas en cuenta... eso ayuda a ajustar los afectos” y sobre todo, mantener “El respeto a todo nivel”, “Tratar de ser uno querido con todo el mundo...para que lo dejen trabajar”. Algunos consideran que en su ambiente laboral “Hay cordialidad” y que es necesario “Tener detalles, me parece importante”, además porque “Uno trata de colaborarle” a todo el equipo de salud y en ocasiones hasta “preguntan por los de la casa... se preocupan”²²⁰ Esta es la otra cara de la moneda en el mundo de las relaciones laborales que promueve o restringe el potencial afectivo de los profesionales de enfermería.

Muchas de estas actitudes hacen parte de los mecanismos de ajuste afectivo, lo cual significa los intentos que hacen los profesionales para evitar conflictos y hacerse la vida laboral más agradable y llevadera: “hacerse uno la vida agradable”, como lo expresa uno de nuestros entrevistados. Por esta razón el profesional fomenta la *búsqueda de espacios de comunicación, como tendencia al ajuste afectivo*²²¹, y como parte de la búsqueda de satisfactores desde el Tener y el Estar para realizar esta necesidad; por ejemplo, afirman que:

“tratamos en las fechas especiales hacer algo”
“Hablar con la otra persona... es lo que compartimos”
”Tratamos de compartir algo... Un tiempo muy breve”²²².

La adversidad de las condiciones laborales permean la forma como se establecen los afectos dentro del trabajo aún con la presencia de los ajustes afectivos. La precarización en enfermería ha creado un *clima organizacional*

²¹⁷ CI56 sustentado en los siguientes códigos: **E4-JB** CS69 CS70 CS82 CS72 CS71 CS73

²¹⁸ **E4-JB** CS69 CS82 CS73 CS71

²¹⁹ CI57 sustentado en los siguientes códigos interpretativos: **E1-FA** CS132 CS133 CS134 CS135 CS136 CS137 CS138 CS139 CS144 CS145 CS146 CS147 **E2-VP** CS66 CS67 CS81 CS82 CS84 **E4-JB** CS83 **E5-OM** CS14

²²⁰ **E2-VP** CS66 CS134 CS137 CS147 CS81 **E4-JB** CS84 CS83 **E5-OM** CS14

²²¹ CI58 basado en los códigos del CI57, como complemento para la interpretación.

²²² **E2-VP** CS83 CS85

que no favorece las relaciones interpersonales en el trabajo²²³, que trasciende al Ser existencial y limita la recreación de satisfactores, en la medida en que el medio laboral se los reprime. Los profesionales exteriorizan el impacto negativo de esta adversidad en sus vivencias afectivas dentro del mundo laboral de la siguiente manera:

“Las condiciones limitan”

“Se complican las cosas”

“Se torna pesado porque... para todos hay exigencias”

“Ambiente laboral pesadito”

“Bloquea un poquito (la parte afectiva)... como ser humano ve muchas injusticias... que estamos viviendo en este momento”

“Siempre hay influencia del trabajo en la parte emocional...el nivel de estrés”²²⁴

La flexibilización laboral a la cual se enfrentan los profesionales de enfermería no solo golpea su autoestima personal y profesional por sobrellevar un trabajo precario y que no promueve la dignidad humana, sino que además las marcadas diferencias en *el tipo de contratación, aumenta las inequidades laborales y sociales y el impacto negativo en las relaciones interpersonales*²²⁵, forjando expresiones como: “Los de planta...son como los dueños de la empresa, **uno es un contratista que está de paso**”, “el personal de planta siempre tiene como un poquito más de beneficios”. También expresan sus sentimientos de exclusión afirmando que las enfermeras de planta “tienen todos los fines de semana para la casa y nosotros pues tenemos que estar todos los fines de semana trabajando”, afirman que los turnos realizados por enfermeras contratadas mediante la intermediación “De pronto **no esta así muy equilibrado** pues con la capacidad de las jefes de planta”²²⁶, porque a las de contrato les toca realizar más turnos en el mes sin que sean remunerados.

Las inequidades laborales y sociales, por ejemplo, las diferencias en los salarios, el no pago de las prestaciones sociales para algunos trabajadores, la intensidad laboral en número de turnos, el reconocimiento de recargos nocturnos y festivos, la posibilidad de compartir mayor tiempo con la familia, entre otros; son producto de las injustas diferencias en los tipos de contratación de una misma institución, las cuales generan que las relaciones interprofesionales y de colegaje se den con menor frecuencia e intensidad porque esa inequidad trasciende la posibilidad de afianzarlas. Los profesionales contratados por intermediación, en aquellas instituciones donde existen las inequidades laborales promovidas por los diferentes tipos de contratación, se sienten en desventaja frente a los profesionales de planta.

El sentido de competitividad profesional se tergiversa dentro de las relaciones de colegaje porque *la contratación por Intermediarios promueve relaciones de rivalidad entre las enfermeras por verse entre ellas como competencia*²²⁷, pero

²²³ CI59 sustentado en los siguientes códigos in vivo: **E1-FA** CS140 CS141 CS142 CS143 **E2-VP** CS47 CS48 CS192 **E3-AS** CS60 CS39 CS40 CS41 **E4-JB** CS93

²²⁴ **E1-FA** CS140 CS142 **E2-VP** CS47 CS48 **E3-AS** CS60 **E4-JB** CS93 CS142

²²⁵ CI60 sustentado en los siguientes códigos in vivo **E3-AS** CS40 **E7-SC** CS22 CS28 **E5-OM** CS5

²²⁶ **E3-AS** CS40 **E7-SC** CS22 CS28 **E5-OM** CS5

²²⁷ CI61

no la competitividad profesional, por el contrario, es la malsana competencia en la cual la otra o el otro representa un peligro o una amenaza para mantener su empleo; así lo expresan: “**Dentro de las mismas compañeras de cooperativa la rivalidad porque sabe uno que de pronto hay competencia**”, “**Se siente el riesgo** que de pronto uno dice ¡hay Dios mío! que quedaría mal o que quedaría pendiente”²²⁸; esta rivalidad se presenta porque las instituciones pueden prescindir de un trabajador sin que esto le represente algún inconveniente ético o legal; por esta razón en el contexto laboral actual el sistema económico pone en contravía las relaciones de colegaje, ya que el colega se convierte en el verdugo.

En aquellas empresas o instituciones donde todos están contratados por intermediación pareciera que *la adversidad elimina la rivalidad*²²⁹, cuando afirman que “El hecho de que de todas formas todos, dentro de la misma empresa, estemos con las mismas condiciones **es bueno, todos estamos igual de mal**”, y expresan que las relaciones entre los profesionales están “yo creo que bien, igual pues... todos jodidos...sí esta el medico con su salario bajito, el enfermero con su salario bajito, el auxiliar con su salario bajito, la señora de servicios generales con su salario bajito entonces todos estamos... con salario bajito estamos todos igual”²³⁰.

Pareciera que la rivalidad es eliminada en la medida en que se enmascaran las evidencias pues este grupo de profesionales subsumen su conciencia por ello ni se sienten las inequidades laborales ni sociales. Lo anterior, para ellos y ellas es positivo desde la búsqueda de satisfactores desde el Tener y el Estar para realizar la necesidad de afecto; sin embargo el impacto en la autoestima profesional y personal se refleja en la insatisfacción e incertidumbre con la cual viven nuestros profesionales de enfermería.

El medio laboral caracteriza un ambiente de hostilidad para la recreación de satisfactores para realizar la necesidad de afecto, sin embargo los profesionales buscan estrategias desde el Ser para limitar los alcances de esa hostilidad en sus vivencias laborales, los cuales se presentan como ajustes en las relaciones.

Escasez de tiempos y espacios como principal limitante en las relaciones de afecto²³¹

Las características del ejercicio laboral de los profesionales de enfermería han definido roles que responden a exigencias institucionales. Estos roles han generado sobrecargas laborales que restringen las vivencias afectivas desde el Estar y Tener, que además permean las relaciones familiares de los profesionales, es decir las vivencias en el mundo de lo laboral no solo se quedan para este ámbito sino que se desplazan a lo personal y a lo familiar.

²²⁸ **E5-OM** CS15 CS17

²²⁹ CI62 Basado en los códigos sustantivos siguientes: **E6-HR** CS5 CS14

²³⁰ **E6-HR** CS5 CS14

²³¹ CIR13 código interpretativo de síntesis que relaciona los siguientes códigos interpretativos: CI67 CI68 CI71

La influencia de las condiciones laborales en las relaciones familiares se enmarcan en la limitación de tiempos y espacios para compartir²³²; porque el desempeño de las diversas tareas que la institución impone originan un desplazamiento de tiempos y espacios propios para cumplir laboralmente²³³ estos espacios propios son los que los profesionales de enfermería destinan para los encuentros familiares y sociales, restringiendo los principales satisfactores desde el Estar, es decir, los momentos de encuentro tanto familiar como social.. Los profesionales lo expresan de la siguiente manera:

“El trabajo lo absorbe a uno y ya no tiene una vida social como la que tenía antes”

“Estar... **trabajando lo aleja a uno de la familia**”

“compartir con la familia...ya no es lo mismo, las cosas ya se hacen mucho mas difíciles porque el tiempo de permanencia, el tiempo de compartir, el tiempo se ve limitado”

“Tiene que dedicarle de pronto menos tiempo a los niños por los horarios”

“Lo que interviene de la parte laboral es el tiempo que uno gasta trabajando y que uno no invierte con la familia”

“prácticamente si les estoy dedicando seis horas [a mis hijos] diarias es mucho”²³⁴

La limitación de tiempos y espacios para compartir con la familia, producto de la sobrecarga laboral y la intensidad de las jornadas laborales, es el único impacto que describen los profesionales cuando se les indaga por la manera cómo influyen las condiciones laborales en sus vivencias afectivas con la familia.

Sin embargo el rol que se ejerce en el trabajo es menos impactante porque surgen mecanismos de ajuste²³⁵, veamos como lo describen los profesionales:

“uno trata de equilibrar... Difícil al comienzo... Lo logramos superar”

“Con mi esposo... buscamos tiempo para nosotros”

“En la medida en que uno va adquiriendo experiencia la situación mejora”.

“la experiencia... eso hace que organice uno mejor su tiempo, y de esa forma pueda disfrutar mejor con la familia”²³⁶

Los mecanismos de ajuste implican un acomodamiento a las situaciones que se presentan en las vivencias familiares y laborales para que no haya discrepancia que buscan compensar o equilibrar las carencias afectivas que se establecen en las relaciones familiares, de trabajo y sociales. Estos mecanismos surgen por una *búsqueda de estrategias personales de ajuste en las relaciones familiares*²³⁷, estrategias que se fortalecen a través de la

²³² CI67 basado en los siguientes códigos sustantivos: **E4-JB** CS95 CS96 CS97 **E5-OM** CS18 **E6-HR** CS16 **E7- SC** CS14

²³³ Ver código interpretativo número 15 en el cual se describió esta situación

²³⁴ **E4-JB** CS95 CS96 CS97 **E5-OM** CS18 **E6-HR** CS16 **E7- SC** CS14

²³⁵ CI68 sustentado en los siguientes códigos in vivo: **E1-FA** CS214 CS215 CS67 **E2-VP** CS52 CS53 CS54 CS57 CS62 CS91 CS79 CS80 CS86 CS87 CS88 CS106 CS220 **E3-AS** CS48

²³⁶ **E2-VP** CS54 CS62 CS86 CS220 CS57 CS211

²³⁷ CI70 sustentado en los siguientes códigos in vivo: **E1-FA** CS217 CS218 CS219 CS220 **E2-VP** CS93 CS58 CS59 CS55 CS56 CS90 CS211 **E4-JB** CS99

experiencia laboral, veamos algunas de ellas: “Evito llevar problemas del trabajo a la casa”, o “Prefiero quedarme media hora más acá... pero nunca llevo mi trabajo a la casa”: también se puede “Aprovechar tiempo libre que tengo... El uso del tiempo libre ayuda a que el trabajo no interfiera con la familia”²³⁸.

Los mecanismos de ajuste en las posibilidades de recrear o estimular satisfactores en las vivencias afectivas es una potencialidad que desarrollan los profesionales de enfermería en la realización de su necesidad de afecto, pues a través de ellas movilizan su Ser afectivo en las relaciones familiares e interprofesionales.

En las relaciones intersubjetivas de cuidado emerge la *solidaridad y la receptividad como principales satisfactores en la relación de afecto con los pacientes*²³⁹. La limitación del tiempo en las relaciones también se presenta en el cuidado como resultado de la maquinización de este, sin embargo los profesionales de enfermería potencian sus vivencias afectivas en los cortos y relampagueantes momentos de comunicación y de interacción con los pacientes, de esta forma la solidaridad con el paciente, es decir, el auxilio que le puede brindar el profesional de enfermería a los pacientes, desde su forma más mínima; junto con la receptividad, todos aquellos pequeños momentos de escuchar al otro se convierten en potentes satisfactores que buscan fortalecer las relaciones de afecto con los pacientes desde el Ser y el Hacer de los profesionales. Enfermeras y enfermeros logran sentir tranquilidad e incluso satisfacción cuando la solidaridad y la receptividad median los procesos de relación de cuidado y se magnifican, en este sentido, las mínimas interacciones con los sujetos de cuidado. Nuestros profesionales de enfermería entrevistados lo describen de la siguiente forma:

“La mayor satisfacción en el trabajo es un agradecimiento del paciente”

“Un gracias para uno es grande”

“Uno se siente bien... que uno le sonrió o lo cogió, y él (paciente) se siente bien”

“Escucharlos un minuto... es un minuto que le puedo dar a ese paciente”

“darle un tris de alegría al paciente”

“Uno trata de ser un poquito mas afectuoso hablar con el paciente, así sea un minuto, entender esa situación...uno también es un apoyo”²⁴⁰

Las relaciones afectivas de los profesionales de enfermería desde el Tener y Estar están profundamente limitadas desde las posibilidades que brinda un medio tan adverso como es el mundo de las condiciones laborales precarias con las cuales ejerce el profesional de enfermería.

Debilidad en el autoreconocimiento de las enfermeras y

²³⁸ **E2-VP** CS55 CS56 CS58 CS59

²³⁹ CI71 sustentado en los siguientes códigos sustantivos **E1 FA** CS95 CS96 CS100 CS107 CS108 CS127 CS128 CS129 CS131 CS196 CS197 CS94 **E2 VP** CS94 CS95 CS96 CS97 CS98 CS99 CS102 CS107 CS108 **E3 AS** CS51 CS54 CS55 CS56 CS59 **E4-JB** CS91 CS92

²⁴⁰ **E1 FA** CS95 CS96 CS127 CS197 **E3 AS** CS55 **E4-JB** CS91

enfermeros²⁴¹

Un importante satisfactor en la necesidad fundamental de afecto es la autoestima como base para el reconocimiento del valor de los otros y las otras. A través de la descripción de las categorías se evidencia lo golpeada que se encuentra la autoestima de los profesionales de enfermería como uno de los impactos negativos más fuertes que se originan por la desconfiguración de lo humano, la precarización del trabajo y la carencia de satisfactores que le brinda el contexto limitando la posibilidad del desarrollo humano.

El impacto negativo de condiciones laborales adversas en la autoestima de los profesionales encuentra un sinergismo en la realidad interna del profesional cuando se encuentra con un reconocimiento de sí mismos debilitado. Lo anterior se justifica a partir de un “Yo” *tácito que implica la negación del Yo*²⁴². A lo largo de la indagación y la comparación constante en lo narrado por nuestro entrevistados emerge un Yo silente. A las enfermeras se les dificulta hablar de sí mismas, desde su postura como mujer y ser humano, no expresan cómo es el sentir desde su Yo, lo expresan desde su condición de enfermeras, madres e incluso trabajadoras: “Yo cómo me he sentido?... pues como enfermera muy bien”, “primero están ellos (hijos) y después si uno”²⁴³. Exponer que existe un Yo tácito, incluso un Yo negado en las mujeres se puede justificar a partir de la cultura patriarcal y de la exclusión de género dentro de la cual nos hemos desarrollado las mujeres, pues por siglos hemos hablado con las palabras de otros. pero no existe una clara justificación en la negación del Yo de los enfermeros, pues ellos también están silentes. La comprensión del yo tácito, que implica la negación del Yo, la encontramos en la vivencia dentro de un ambiente que niega lo humano. Negar el Yo potencia las carencias en el desarrollo humano y la calidad de vida.

El no reconocimiento del Yo ha facilitado la continua *necesidad de compararse frente a otros para verse a si mismos y mismas y poder calificar su situación*²⁴⁴ como contribución al debilitamiento del autoreconocimiento. Veamos como se manifiesta en la experiencia de los profesionales:

“enfermería profesional pues está remunerada no tan bajo, porque **si vamos a mirar la parte de terapias** también es fuerte su trabajo y la remuneración es muy poca”

“Uno se siente mal, realmente uno se siente mal, **cuando uno se compara con los profesionales** que trabajan en la parte de la red publica... con otros profesionales de otras áreas”

“El problema es mas frente a quién comparar... **el salario que están ganando las de cooperativa es el salario terriblemente bajito, frente al de nosotras**, pero si nosotras nos comparamos con otras profesionales y con el tiempo, yo lo que veo es que sobre todo el tiempo **nosotros trabajamos bastante**”²⁴⁵

²⁴¹ CIR14 código de síntesis que relaciona los siguientes códigos interpretativos: CI72 CI73

²⁴² CI73 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: E6-HR CS10: E7-SC CS7 CS8 CS10 y en el MEMORANDO ANALÍTICO número 9

²⁴³ E7-SC CS7 CS10

²⁴⁴ CI72 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: E1-FA CS22 E2-VP CS199 CS205 E3-AS CS104 E5-OM CS23 E6-HR CS8 CS17

²⁴⁵ E1-FA CS22 E5-OM CS23 E6-HR CS8

No se busca dar calificativo a la necesidad de compararse con los demás, se intenta describir cómo esta necesidad refleja la falta de autoreconocimiento frente sí mismo como seres humanos y como profesionales. El reconocimiento y la determinación en un contexto que ha desvirtuado los sentires humanos y profesionales deben tomarse como vital en los procesos de potenciación y de reivindicación de los sujetos.

CARENCIA EN LA POSIBILIDAD DE REALIZAR LA NECESIDAD DE ENTENDIMIENTO²⁴⁶

La necesidad de entendimiento, como necesidad fundamental para el desarrollo a escala humana engloba la condición propia de los sujetos del conocer, comprender, interpretar, investigar, analizar o develar los interrogantes que le surgen a partir de su interacción constante y cotidiana con el mundo y su realidad. Indagar por la necesidad de entendimiento en el mundo de las enfermeras y los enfermeros supone buscar una aproximación en la comprensión de los variados satisfactores que emergen en lo laboral para la realización de esta necesidad desde su Ser, Tener, Estar y Hacer como eje existencial en el desarrollo a escala humana.

No hay acceso a oportunidades reales de desarrollo profesional, este se reduce a la mínima información²⁴⁷.

En el marco de las actuales políticas rentistas del sistema de salud la escasa inversión institucional en garantías y beneficios laborales hacia los trabajadores restringe toda oportunidad y posibilidad de potenciar satisfactores para la realización de la necesidad de entendimiento. Esto se refleja en que *no existe un interés por la formación de los trabajadores, por parte de las instituciones*²⁴⁸ como herramienta fundamental en los procesos de atención con calidad y de mejoramiento de los servicios de salud. Veamos como se expresa: “La empresa como tal **no ha propiciado desarrollo profesional**”, “No nos da para un curso... al menos el tiempo”²⁴⁹. Los espacios de interacción formativa a los cuales tienen acceso los profesionales de enfermería como potenciales recreadores de satisfactores en la dimensión del desarrollo profesional son nulos, en la medida en que no son ni se sienten como efectivos para propiciar *formación*, la cual implica integralidad, por el contrario los que promueven las instituciones son *espacios formativos que se dirigen a la información más no a la formación*²⁵⁰, por ejemplo:

“cuando uno tiene dudas le dan la información necesaria”

“en cuanto a charlas... eh... temas, pero de uno o dos días más o menos sí” “Acá nos capacitan”²⁵¹. Estas charlas o capacitaciones están centradas a lo instrumental o técnico pero las oportunidades reales de

²⁴⁶ Subcategoría 2 (dimensiona y brinda propiedades a la categoría 2)

²⁴⁷ CIR15 código interpretativo de síntesis que relaciona los siguientes códigos interpretativos:

²⁴⁸ CI75 sustentado en los siguientes códigos interpretativos: **E1-FA** CS148 CS149 CS150 CS154 CS163 CS155 **E4-JB** CS103 CS105

²⁴⁹ **E1-FA** CS148 CS149

²⁵⁰ CI75 sustentado en los siguientes códigos interpretativos: **E2-VP** CS111 CS113 CS115 CS131 CS132 CS133 **E3-ASCS**66 CS68 **E7-SCCS**15

²⁵¹ **E2-VP** CS111 CS133 **E7-SC** CS15

desarrollo intelectual y profesional no se brindan

En la medida en que las instituciones puedan limitar y restringir las posibilidades de acceso a desarrollo profesional y formación de posgrados, asegura la no inversión en los trabajadores y por lo tanto la limitación de la emancipación de los profesionales, porque subsume la capacidad crítica y reflexiva de éstos. En las políticas actuales *el objetivo de producción y rentismo prima por sobre el desarrollo profesional del trabajador*²⁵², de esta forma las empresas o instituciones de salud establecen formas de limitar el desarrollo, no solo desde la limitación de espacios y oportunidades sino además desde la coacción de los profesionales, cuando institucionalmente se sobre pone el cumplimiento de las tareas de eficiencia por sobre la posibilidad de desarrollo profesional, lo cual supone una restricción total en las oportunidades de desarrollo. Las instituciones no actúan de una manera clara para el trabajador; para limar su culpa frente a esto las instituciones usan mecanismos de restricción menos evidentes, veamos como se expresa:

“No nos dicen no vaya... pero responda por su trabajo”

“Si uno no esta de turno, pues esta en sus cosas y si esta de turno pues es imposible”

“[Para espacios académicos] no hay ese tiempo... sí lo hay [o la institución lo brinda]... nos dicen estos pacientes los tiene programados mire haber como los programa después”

“Cuando nos envían material educativo... Toca estudiarlo porque evalúan”²⁵³

Lo anterior muestra cómo las carencias en la necesidad de entendimiento se describen a partir de las posibilidades que el medio laboral brinda para su realización desde el Hacer y el Estar del profesional; lo cual implica una negación de un derecho como trabajador y una negación de un derecho para el desarrollo humano por el *no acceso a oportunidades reales de desarrollo profesional*²⁵⁴. Nuestros profesionales de enfermería entrevistados expresan la falta de oportunidades de desarrollo desde una perspectiva de frustración y adversidad en la medida en que no encuentran las mínimas posibilidades; por ejemplo, afirman que “Lo del estudio cuenta de su bolsillo y de su tiempo” para poder seguir estudiando, los profesionales “Tendrían que solicitar el concepto de la empresa” y “Lo que permite la empresa para estudiar es asignarnos el sábado”, por ello “Toca buscárselo uno por sus propios medios si uno quiere realmente capacitarse”, ah!, pero “Un postgrado!... no hay ese espacio, igual si lo hubiera tendría que ser presencial, si es presencial tendría que dejar de trabajar...”²⁵⁵. Como ven, eso es imposible.

La negación de oportunidades del desarrollo profesional ha llevado a un sentido minimalista de la necesidad de entendimiento en la medida en que la

²⁵² CI76 producto de los siguientes códigos sustantivos: **E1-FA** CS156 CS157 **E2-VP** CS112 **E3-AS** CS67

²⁵³ **E1-FA** CS156 CS157 **E3-AS** CS67 **E2-VP** CS112

²⁵⁴ CI78 basado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FA** CS149 CS152 CS153 **E2-VP** CS130 CS125 CS126 CS127 CS128 CS129 **E4-JB** CS104 **E7-SC** CS16

²⁵⁵ **E1-FA** CS152 CS153 **E2-VP** CS128 **E4-JB** CS104 **E7-SC** CS16

*Curiosidad por la información es reducida a la inmediatez*²⁵⁶; los profesionales de enfermería desde su medio laboral no se estimulan a la indagación, ni a la comprensión de los fenómenos que ocurren a su alrededor como producto de la coacción y la falta de oportunidades a la cuales se enfrentan; además como resultado del *desgaste* y la falta de motivación y estímulos en su mundo laboral. Así es descrito por las y los profesionales:

“Resolución de dudas entre compañeras”

“Si algo me genero inquietud... Voy a Internet, averiguo”

“Cualquier duda uno consulta con los demás profesionales... ellos también le guían”²⁵⁷

Las carencias en la necesidad fundamental de entendimiento se tejen alrededor de un medio que no recrea los mínimos satisfactores desde el Hacer, Tener y Estar; sin embargo desde la perspectiva del Desarrollo a Escala Humana las necesidades no solo son carencias, sino que además tienen un fuerte sentido de potencialidad. Por esta razón desde el Ser de las enfermeras aún *pervive la iniciativa del desarrollo*²⁵⁸ como una forma de resistir y mantener su espíritu vivo para realizar su necesidad de entendimiento a pesar de las restricciones del medio laboral. Con relación a este espíritu forjador de desarrollo profesional, afirman que “Quisiera desarrollar... pero por ahora es como difícil” pero, “Me gustaría... tener la opción de por ejemplo un magíster o hacer una especialización”, por que “Uno tiene todas las ganas de seguir estudiando”, y “Si no le da la institución, uno tiene que buscar la forma de ir actualizándose”²⁵⁹

En esta amalgama de potencialidades se expresan a su interior otra serie de contradicciones que se expresan a través del siguiente código interpretativo de síntesis que contribuye a comprender la complejidad de esta necesidad fundamental

Culpas o disculpas en el desarrollo profesional de las enfermeras y los enfermeros²⁶⁰

El desarrollo profesional de las enfermeras y enfermeros es uno de los elementos que permite comprender la articulación de las condiciones laborales con el ofrecimiento de satisfactores dentro de este contexto. Por esta razón cuando emerge que la necesidad de entendimiento esta tan llena de carencias desde las posibilidades y bienes económicos que brinda el medio laboral, se debe buscar las reflexiones de los profesionales sobre el por qué de estas carencias, como parte de una postura de conciencia frente a la realidad actual. El desarrollo profesional debe ser visto, no solo desde el desarrollo individual a través de los estudios de posgrado, sino además los aportes que desde lo cotidiano se hacen al fortalecimiento disciplinar.

²⁵⁶ CI81 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FA** CS161 CS162 **E2-VP** CS135 CS136 CS137 CS138 CS146 CS147 **E3-AS** CS69 CS70 CS71 CS72 CS76

²⁵⁷ **E2-VP** CS135 CS147 CS137 **E3-AS** CS69

²⁵⁸ CI82 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FA** CS162 **E2-VP** CS114 **E3-AS** CS65 CS139 CS109 CS71

²⁵⁹ **E2-VP** CS114 **E3-AS** CS65 **E1-FA** CS162

²⁶⁰ CIR16 código de síntesis que relaciona los siguientes códigos interpretativos: CI79 CI80 CI84 CI85

Las reflexiones de los profesionales frente a las carencias en el desarrollo profesional van más allá de la apatía institucional; las culpas y disculpas que señalan los profesionales están construidas dentro de una serie de relaciones en las necesidades existenciales, es decir, Ser, Tener, Estar y Hacer; que permiten caracterizar las carencias en la necesidad de entendimiento. El problema del desarrollo profesional, no solo se está limitando a la restricción de satisfactores que el medio propicia (Tener y Estar), sino que además los componentes en el Ser y el Hacer propios del profesional también están limitados.

Los profesionales consideran que la principal causa de las carencias en el entendimiento desde el Ser es que *“falta motivación”*²⁶¹; es decir, las enfermeras y los enfermeros no encuentran motivaciones dentro de las condiciones propias del contexto dentro del cual se ejerce para propiciar y movilizar los avances disciplinares, ya que no se evidencia interés ni apoyo institucional o gremial, pues falta *“Que haya alguien que nos jalone”*, ellas siempre esperan que *“Debe haber cualquier apoyo”*, pues sienten *“La falta de apoyo de las instituciones, a nadie le interesa hacerlo”*, y lo más grave para el desarrollo disciplinar es que *“Para la investigación... no hay tiempo... la gente ya perdió el interés”*²⁶²

La falta de motivadores guarda relación con la vivencia en la necesidad de subsistencia de los profesionales la cual anula toda posibilidad de cohesión y fortalecimiento gremial como base para los crecimientos disciplinares y obviamente con los actuales intereses institucionales y empresariales.

El *miedo a la crítica*²⁶³ desde el Ser existencial de las enfermeras y los enfermeros es una disculpa en las posibilidades del desarrollo disciplinar y hace parte de las motivaciones negativas en los procesos de desarrollo; veamos como lo expresan: *“Miedo a que conozcan las ideas de uno”*, *“Miedo a aceptar la crítica”*²⁶⁴, miedos que surgen además de exclusiones a las cuales se enfrentan los profesionales de enfermería, como lo analiza Romero²⁶⁵; de esta forma se establecen elementos de parte y parte en las carencias del entendimiento, es decir existen culpas externas, pero también disculpas internas.

La interpretación que en general emerge producto de la experiencia de los profesionales respecto de su desarrollo profesional, así como de los procesos de investigación, es que *las motivaciones se limitan por ausencia de oportunidades, a demás de un ingrediente de voluntad en los profesionales*²⁶⁶; las culpas y las disculpas se entretajan para dar como resultado un tejido que

²⁶¹ CI79 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E1- FA** CS179 CS180 CS174 CS168 CS181 CS182 **E3-AS** CS64 **E4-JB** CS116 CS118

²⁶² **E1- FA** CS181 CS182 **E4-JB** CS118 CS32

²⁶³ CI84 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FA** CS172 **E2-VP** CS145 CS148 **E4-JB** CS115 CS117

²⁶⁴ **E2-VP** CS148 **E1-FA** CS172

²⁶⁵ Romero Ballen MN. Op. Cit.

²⁶⁶ CI85 sustentado en los siguientes códigos in vivo: **E1-FA** CS173 CS174 CS180 CS181 **E4-JB** CS121 CS120 CS122 CS123 **E5-OM** CS24 CS22

no fomenta satisfactores para realizar la necesidad de entendimiento; sin embargo existe una conciencia de la voluntad como eje vital en la posibilidad de recrear estos satisfactores, desde lo individual o lo colectivo:

“Uno se ve menospreciado por las directivas, por sus compañeros, por todo el mundo... obviamente no hay motivación”

“El problema es que no los estamos haciendo [desarrollos disciplinares] o si se están haciendo, no se están demostrando”

“[investigación] estuvimos haciendo una... si hemos tratado... pero la cuestión es tiempo, tiempo es lo que no hemos tenido pero ganas sí”

“[El desarrollo profesional] eso depende del recurso económico y del tiempo... ya es interés de cada uno y si adquieren el dinero y el tiempo para hacerlo”

“El tiempo cuenta [en una investigación que se realice]... no todo el mundo va a decir ah todo el tiempo mío va pal´trabajo”²⁶⁷

La investigación y el desarrollo individual de los profesionales de enfermería encuentra culpas en la falta de apoyo institucional y disculpas en el buscar tiempos para desarrollarlos.

Otro componente que caracteriza las culpas o disculpas en el desarrollo profesional es la *sobrecarga laboral en tiempo y espacio que anula toda posibilidad de lectura, de estudio, de repensar la práctica*²⁶⁸; pues “Llega uno tan cansado que uno no quiere estudiar eso no le cabe en la cabeza a nadie”, “En este momento uno no tiene tiempo... sale uno muy cansado, muy desgastado, física y psicológicamente que no quisiera... saber nada mas”, además “Uno como que se encarrila en la actividad que hace” y “El tiempo no nos da para eso”²⁶⁹, para eso que llamamos desarrollo profesional.

Las cargas laborales de los profesionales de enfermería son determinantes en la búsqueda de satisfactores para realizar sus necesidades. De igual manera el tiempo, ya que para los enfermeros y enfermeras es un concepto que existe solo en la dimensión de lo limitado y escaso, esto quiere decir que en las actuales condiciones laborales dentro de las que se desarrolla el ejercicio profesional el tiempo es también una carencia; la cual existe y es real en los espacios del Tener y del Estar.

La práctica del cuidado, en las actuales condiciones, no induce a acciones sistemáticas de desarrollo disciplinar²⁷⁰

Los roles redefinidos en las actuales condiciones laborales y la precarización del trabajo han establecido una serie de carencias en las vivencias de entendimiento de los profesionales de enfermería. Dichas carencias han tenido un impacto negativo en el desarrollo disciplinar de la profesión por la limitación de espacios, tiempos y oportunidades en la realización de posgrados de los profesionales como herramienta en la consolidación de nuevas concepciones del cuidado, así como el fortalecimiento de las existentes y en la restricción de

²⁶⁷ E4-JB CS122 CS123 E5-OM CS24 CS22: E1-FA CS180

²⁶⁸ CI80 sustentado en los siguientes códigos in vivo: E1- FA CS169 CS180 E2-VP CS110 CS149 CS151 CS152 E3-AS CS64 CS80 E4-JB CS116

²⁶⁹ E1- FA CS169 E3-AS CS64 E2-VP CS151 CS110

²⁷⁰ CIR17 código de síntesis que relaciona los siguientes códigos interpretativos: CI86 CI87

movilizadores para la investigación y la reflexión crítica sobre la práctica del cuidado que permita procesos de crecimiento y desarrollo.

Lo anterior se hace tangible cuando vemos que *la práctica del cuidado no induce a una acción sistemática de mediano alcance*²⁷¹; es decir, la práctica de enfermería se ha establecido en torno al hacer. Un hacer que responde en gran medida a las tareas exigidas por un interés externo a los objetivos propios de la profesión y un hacer que no activa ni moviliza acciones de transformación o que motive a contrastar teorías de cuidado en nuestras realidades como una forma para revalidar el cuidado como objeto de conocimiento. Por esta razón las enfermeras no se motivan a leer sobre cuidado, menos se motivan a escribir sobre su objeto de estudio. Por ello afirman que la cotidianidad las induce a “Leer más sobre patología... que cuidado como tal”, pero “De cuidado... no he escrito nada”, y han leído “Sobre el cuidado... de pronto en la universidad”²⁷². El hacer y el hacer las atrapa en la rutina de la tarea diaria, así pasan los días...

En la experiencia laboral actual de las enfermeras *no hay fomento del desarrollo del cuidado como producto de la práctica cotidiana*²⁷³, el cuidado que se construye en la actualidad se hace a través de realidades ajenas, con bases que no corresponden a las experiencias actuales, pues la realidad es que las limitaciones y restricciones en el desarrollo disciplinar no permiten construir desde la cotidianidad bases para el conocimiento y la investigación sistemática, de tal manera que se den a conocer resultados de procesos de interacción con el medio a través de publicaciones u otros medios. Sin embargo los profesionales de enfermería crean, renuevan o descubren elementos para mejorar o facilitar su práctica cotidiana -de cuidado y del rol actual-, pero no es metódica y no tiene alcances, se queda en el espacio de lo privado y lo empírico, por ejemplo cuando se enfrentan a alguna situación y consideran que “No me sirvió de esta forma voy a hacerlo de esta otra”, les queda la satisfacción de que “Nos hemos dado cuenta de que se puede hacer... que podemos cambiar” y valoran a su interior las “Cosas que nosotras... hemos implementado” pero aunque no las sistematizan ni la divulgan o socializan con las colegas ni con otros profesionales de la salud porque “esos espacios los pierde, no lo hemos intentado... ha sido como falta de insistencia” y además “Uno deja escapar la posibilidad... de dar a conocer” sin embargo consideran que “Día a día uno va mejorando muchas cosas”,y “Trata uno de estar renovando y estar mejorando”²⁷⁴. Por todas estas razones el cuidado desde estas realidades no fomenta desarrollo disciplinar.

Las carencias en el entendimiento se caracterizan no solo por que no se recrean satisfactores desde las condiciones laborales, sino además porque las motivaciones en el profesional están inmóviles.

²⁷¹ CI86 sustentado en los siguientes códigos interpretativos: **E1-FA** CS175 CS176 CS177 **E2-VP** CS134 CS140 CS141 CS142 CS143 **E3-AS** CS73

²⁷² **E1-FA** CS175 CS176 **E3-AS** CS73

²⁷³ CI87 sustentado en los siguientes códigos in vivo: **E1-FA** CS177 **E2-VP** CS142 CS143 CS144 CS145 CS152 **E3-AS** CS74 CS77 **E4-JB** CS126

²⁷⁴ **E2-VP** CS143 CS144 CS152 CS145 **E3-AS** CS74 CS75 CS77

LAS CONCIENCIAS EN ENFERMERÍA²⁷⁵

La conciencia es la facultad humana de decidir y hacerse sujeto activo de sus actos y responsable de las consecuencias que de ellos provienen. En un sentido psicológico, la conciencia aparece como una capacidad cognitiva relacionada con la atención, que permite a los seres humanos percibir de manera más profunda la globalidad de un objeto y su propia existencia²⁷⁶. Para Marx, la conciencia es determinante en los actos de los seres humanos en los procesos de socialización.

Por esta razón la conciencia desde el Ser en el entendimiento es uno de los principales satisfactores ya que de él derivan todas las posibilidades de recrear otros satisfactores como la receptividad, la racionalidad y las acciones desde el Hacer, el Estar y el Tener. Pero debe ser una conciencia crítica de su realidad, la cual permite estimular las transformaciones y la movilización de los sujetos para que estas se den. En enfermería las conciencias aparecen como un satisfactor a veces sinérgico, a veces pseudo-satisfactor; en general un satisfactor que aunque limitado, se establece como la principal potencialidad en la necesidad de entendimiento.

Los profesionales describen cómo surgen las *conciencias* desde sus experiencias cotidianas así:

Conciencia limitada sobre la reflexión de la practica cotidiana²⁷⁷

La conciencia critica como satisfactor en la necesidad de entendimiento debe orientarse a movilizar al Ser y generar transformaciones en su entorno, por esta razón la conciencia que emerge en los profesionales producto de sus reflexiones sobre su práctica de cuidado y su realidad laboral es limitada, en la medida en que solo se da en su discurso pero no en sus acciones. Estas conciencias se dan en torno a su rol actual, a sus carencias desde el entendimiento y a si mismas (os) como profesionales.

Las reflexiones del profesional de enfermería sobre el ejercicio de cuidado en las condiciones que hoy se brinda generan una *conciencia de la afectación del cuidado por la limitación del tiempo*²⁷⁸; tiempo que hace parte del control de la eficiencia por parte de las instituciones de salud. El control estricto e irracional del uso del tiempo en la práctica de enfermería ha limitado el desarrollo del ejercicio de cuidado y genera un sentimiento de insatisfacción en los profesionales y un impacto negativo en la calidad del cuidado, así es expresado:

“Sí, esa limitación del tiempo no ha sido como de mi agrado, no se siente uno bien”

“El tiempo no es el suficiente”

“A uno le hablan de calidad le dicen del cuidado, hacer así, hacer

²⁷⁵ Subcategoría 3 (dimensiona y brinda propiedades a la categoría 2)

²⁷⁶ Aluni Rafael, Penagos Julio César. Psicología y Conciencia: el eje conceptual. Revista de Psicología Edición Especial año 2000. Universidad de las Américas-Puebla

²⁷⁷ CIR18 código de síntesis que relaciona los siguientes códigos interpretativos: CI44 CI84 CI83

²⁷⁸ CI44 basado en los siguientes códigos in vivo: **E1-FA** CS227 CS224 CS232 **E2-VP** CS28 CS164 CS186 **E3-AS** CS32 CS34 CS33 **E4-JB** CS136 CS138 CS139 CS140

esto... pero no se le olvide que son 15 minutos”

“Es muy difícil que en 15 minutos uno pueda alcanzar a llenar tantos registros, fuera de eso a darle indicaciones, recomendaciones, revisarlos”

“Mucho volumen de pacientes y muchísimas actividades... no tenemos continuidad por las interrupciones”

“El tiempo, el turno no alcanza para todas las cosas que hay que hacer o sea para dar el cuidado... lo prioritario para nosotras es la administración de medicamentos, las curaciones y revisar las historias clínicas”²⁷⁹

De este mismo modo los profesionales de enfermería, al indagar sobre sus vivencias de entendimiento reflejan una *conciencia retórica de las posibilidades de investigación y estudio que brinda la enfermería como disciplina*²⁸⁰; retórica porque solo esta presente en su discurso, ya que, como se describió anteriormente, la práctica del cuidado no ha fomentado crecimiento disciplinar, porque muchas cosas dentro de la practica “Si nos las cuestionamos pero...no nos dan más posibilidad”, o como otros profesionales de enfermería afirman:

“Nos critican nuestra falta de producción científica, falta de investigación... pero pensamos que eso requiere apoyo”

“Nosotros si pensamos, cómo hiciéramos para... mejorar... investigar... pero nos quedamos hasta ahí”

“He estado pensado cómo hacer algo... como un estudio... pero...”

“Nosotros mismos debemos generar cambios importantes basados en... la investigación... pero no se dan”²⁸¹.

En la medida en que los profesionales verbalizan sus reflexiones acerca de su ejercicio y su desarrollo profesional emerge un análisis desde su Yo interno sobre la problemática que vivencian; surge entonces una *Autocrítica, la cual genera una conciencia sobre la necesidad de cambio*²⁸². Esta conciencia también es limitada en al medida en que no es puesta en acción, algunos ejemplos son los siguientes: “No es posible que uno permita que las cosas se queden como están”, “Las soluciones solamente se dan si nosotros las asumimos”, “Los cambios tienen que partir de nosotros mismos para que realmente algún día podamos tener una profesión muy bien establecida”²⁸³.

Las carencias desde el entendimiento están claramente establecidas, sin embargo las potencialidades no son aún un eje articulador en la posibilidad de realizar la necesidad de entendimiento, si bien es cierto, la conciencia es un satisfactor desde el Ser, esta conciencia se encuentra en un primer estado de percepción, lo cual le impide funcionar como un motor que movilice a los sujetos.

²⁷⁹ **E1-FA** CS227 CS224**E2-VP** CS28 CS186 **E3-AS** CS32 CS34 **E4-JB** CS136

²⁸⁰ CI77 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FA** CS151 CS166 CS167 CS183 CS178 CS164 CS165 **E2-VP** CS116 **E3-AS** CS79 CS86 CS78 **E4-JB** CS23 CS24 CS25 CS30

²⁸¹ **E1-FA** CS167 CS151 CS164 **E3-AS** CS79 **E4-JB** CS23

²⁸² CI83

²⁸³ **E4-JB** CS102 CS108 CS124

Dilema ético y moral entre las exigencias institucionales y el ser de la profesión²⁸⁴

Las reflexiones críticas sobre el rol y el ejercicio actual de las enfermeras en contraposición con la formación universitaria y la interiorización del cuidado como una relación intersubjetiva, han originado un *dilema ético y moral entre la exigencia institucional actual y el ser de la profesión, en relación con una visión desde lo moral de la profesión*²⁸⁵. Este dilema surge a partir de la concepción de moralidad del cuidado. Para los profesionales de enfermería el acto de cuidado esta mediado por un elemento vital de servicio al otro, “La enfermería requiere muchísima actitud...entrega”, “Es una Profesión de servicio”, “La satisfacción mas grande el poder dar algo de uno... El poder servir”²⁸⁶. Cuando el profesional a través de sus conciencias se percata que en su ejercicio profesional el servicio al otro, es decir, al sujeto de cuidado se ha desplazado por el servicio financiero a las instituciones y empresas de salud, inicia a coexistir con un dilema desde su moralidad.

Este dilema se refuerza cuando esas mismas conciencias le permiten evidenciar que sus actos de cuidado y su rol actual -los cuales responden a exigencias institucionales- establecen un ejercicio poco ético, porque el *cuidado se brinda como teoría de la maquina*²⁸⁷ dentro del cual se controlan todo tiempo y movimiento:

“Salir por salir rápido no hay ética... [uno busca] salir satisfecho con la atención que uno da“

“Limitar la consulta [a quince minutos]... es un poco incomodo para nosotras”

”Sí esa limitación del tiempo no ha sido como de mi agrado, no se siente uno bien... el hecho de tener que sacar corriendo al paciente yo no me siento bien”²⁸⁸

Las enfermeras y los enfermeros sienten que una de las causas principales en el surgimiento de dilemas es la *restricción de espacios, en función del tiempo, para brindar cuidado*²⁸⁹, así lo expresan: “El tiempo limitado si nos ha ido... disminuyendo como ese contacto como...con el paciente”, “La relación... es buena pero pues el tiempo debería de ser un poco mayor”, “Toca demorarse uno en atenderlos, para poder atender la parte administrativa”²⁹⁰. La restricción de espacios para brindar cuidado pone al profesional frente al deber hacer institucional y el deber ser profesional, generando una *conciencia de una práctica impropia*²⁹¹; veamos como lo expresan los profesionales entrevistados:

²⁸⁴ CIR19 código de síntesis que relaciona los siguientes códigos interpretativos: CI36 CI45 CI47 CI64

²⁸⁵ CI47 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E2-VP** CS101 CS187 CS23 CS22 CS186 CS188 **E3-ASCS34** CS36 CS92 **E1-FA** CS188 CS189 **E2- VP** CS154 **E3-AS** CS85 **E4-JB** CS132 CS133 **E5-OM** CS23

²⁸⁶ **E2 VP** CS154 **E1FA** CS189 **E3AS** CS85

²⁸⁷ Ver subcategoría 3 de la categoría 1.

²⁸⁸ **E3-ASCS34** CS36 **E2-VP** CS23

²⁸⁹ CI45 basado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FACS88** **E2-VP** CS100 CS102 **E3-AS** CS24 CS25

²⁹⁰ **E2-VP** CS100 CS102 **E3-ASCS25**

²⁹¹ CI36 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FA** CS205 CS207 CS208 CS201 CS204 CS202 CS203 CS232 CS227**E4-JB** CS34 CS139 CS140

“Hay cantidad de cosas que no deberíamos hacer nosotras... Son cosas que una secretaria podría hacer”

“Uno no da cuidado... es cuestión administrativa”

“Complicado porque es que todo es contra el tiempo”

“Mucho volumen de pacientes y muchísimas actividades... no tenemos continuidad por las interrupciones”

“No existe una continuidad real en el cuidado... todo también es culpa del tiempo”²⁹²

Lo impropio en la práctica se presenta desde dos sentidos: uno, desde el sentir que el rol que se ejerce es completamente ajeno al rol de cuidadores que se *debería* ejercer de acuerdo con su formación; y dos, desde un sentido de moralidad y ética de los actos indebidos, es decir que el ejercicio que se desempeña hoy no es el indicado.

Las insatisfacciones frente a las condiciones laborales, la baja autoestima profesional y los dilemas frente al ejercicio actual han propiciado en los profesionales un sentimiento de *inconformidad con el ejercicio profesional*²⁹³, evidenciado en la sensación de sacrificio y esclavitud que representa la enfermería, por ejemplo: “Se tiene esa idea de... que es una carrera **esclavizante** que nadie la valora”, “A demás de ser la mas humana de todas es un poco una de las mas sufridas”, “me gusta y doy lo que puedo pero... no tengo recompensa, no tengo aliciente”²⁹⁴. La inconformidad, desde el entendimiento, se convierte en un satisfactor por la potencialidad que representa para la realización de esta necesidad; es decir, si el Ser existencial a través de sus conciencias siente inconformidad, lo que se traduce en malestar (no bienestar), busca otros satisfactores que sinérgicamente puedan transformar la realidad y movilizar a los sujetos.

BUFFER EN LAS VIVENCIAS DE LAS ENFERMERAS²⁹⁵

Comprender e interpretar las vivencias de afecto y de entendimiento, como parte del desarrollo humano de los profesionales de enfermería en un contexto de adversidad laboral permitió descubrir que estos seres humanos han encontrado alternativas en la vida, como motivadores y mediadores en esta hostilidad. Para entender cómo funcionan y qué tan importantes son estas alternativas hemos recurrido al concepto de *buffer*, que es utilizado en diferentes campos de las ciencias naturales por ejemplo: en bioquímica el concepto de buffer o tampón hace referencia a moléculas químicas que son capaces de ceder o recibir electrones para lograr el equilibrio y la estabilidad química en los líquidos corporales; en la informática son mecanismos alternos a la memoria principal de los computadores en momentos en que esta está saturada; y en la electrónica es un concepto que se utiliza para denominar fuentes de energía que son utilizadas para alimentar los dispositivos eléctricos cuando no hay energía de la fuente principal, estos buffer son capaces de mantener o compensar las pérdidas de energía en estos dispositivos.

²⁹² **E1-FA** CS205 CS207 CS232 CS227CS201 **E4-JB** CS139 CS140

²⁹³ CI64 basado en los siguientes códigos sustantivos: **E1 FA** CS187 CS191 CS193 CS60 **E2 VP** CS205 **E3 AS** CS90 **E4-JB** CS26 CS147

²⁹⁴ **E1 FA** CS60 **E3-AS** CS90 **E4-JB** CS147

²⁹⁵ Subcategoría 4, brinda dimensiones a la categoría 2

El concepto de buffer pretende explicar los mecanismos de motivación y permanencia de los profesionales de enfermería en su ejercicio laboral, los cuales se convierten en potencialidad en la búsqueda del bienestar, no solo de las necesidades del desarrollo humano sino también de la calidad de vida.

Búsqueda permanente de amortiguadores en la vida²⁹⁶

Los buffer que activan las enfermeras y los enfermeros como amortiguadores se dan desde diferentes campos del ser, tener y estar, que buscan compensar la falta de oportunidades y las carencias en la búsqueda de su libertad, desarrollo y bienestar como referentes en la calidad de vida.

Los *Buffer en el mejoramiento de la calidad de vida*²⁹⁷ se orientan a buscar la armonía personal, profesional e incluso familiar a través de mecanismos o estrategias que el medio y ellos mismos se proporcionan, convirtiéndose en la principal base de sustentación y permanencia en la vida de los profesionales, aquello que les permite atenuar la adversidad. Algunos de estos buffer que se presentan en nuestros entrevistados son los siguientes: “estoy llevando un proceso en mi vida... un trabajo personal [ayuda a balancear la vida]”, “Me motiva... yo tengo unas teorías [sobre la concepción de la vida] eso me ha ayudado bastante, bastante”, “El apoyo de mi familia”²⁹⁸.

La búsqueda de estos amortiguadores establece un tejido social de sostenimiento emocional, las vivencias familiares constituyen una base fundamental en este sostenimiento, de esta forma las *relaciones al interior de la familia se consolidan como redes de apoyo frente a la adversidad*²⁹⁹. Para los profesionales la familia es el principal buffer, veamos como lo expresan:

“En la casa el apoyo es grande”

“Uno llega a la casa a contar lo que le paso en el trabajo, llega triste se pone uno mal, pero ellos [la familia] le dan siempre a uno animo”

“Uno traslada los problemas...la familia sufre al lado de uno... el apoyo familiar es indiscutible”

“El apoyo de mi esposo es fundamental”

“[por ellos por mis hijos] porque pues primero están ellos”³⁰⁰

Los buffer no solo se presentan en lo personal o emocional; los profesionales de enfermería también buscan buffer desde lo económico, de esta forma se crean *Redes de apoyo internas y externas que compensan los ingresos salariales*³⁰¹, las cuales se buscan producto de la *insatisfacción frente al valor del trabajo*. Veamos algunos ejemplos: “Tenemos dos cooperativas... nos dan un ingreso adicional”, “Estoy trabajando en otra particular , en mis tiempos

²⁹⁶ CIR20 código de síntesis que relaciona los siguientes códigos interpretativos: CI89 CI12 CI69 CI92

²⁹⁷ CI89 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FA** CS62 CS63 CS64 CS65 CS66 CS92 CS93 CS220 CS221 CS222 CS223 **E3-AS** CS101 **E5-OM** CS20

²⁹⁸ **E1-FA** CS62 CS65 CS92 CS66 **E3-AS** CS101

²⁹⁹ CI69 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FA** CS67 **E3-AS** CS48 CS102 **E4-JB** CS87 CS88 CS89 CS95 CS96 CS97 CS98

³⁰⁰ **E3 AS** CS48 CS102 **E4-JB** CS88 CS89 **E1 FA** CS67 **E7- SC** CS7

³⁰¹ CI12 sustentado en los siguientes códigos sustantivos: **E1-FA** CS223 **E2-VP** CS3 CS4 CS200 CS201 CS202 CS203 **E3-ASCS**101 CS38 **E4-JB** CS4

libres en la cual me pagan dos mil pesos por consulta”, “El apoyo de mi familia [mi papá tiene una buena pensión]”³⁰². Estas redes se establecen en dos extremos, uno que busca proporcionar un mejor nivel de vida a través de aumentar los ingresos económicos recibidos, es la intencionalidad de buscar dichas redes; el otro extremo, hace referencia al desgaste y contrariedad en la calidad de vida que esto genera.

Otro de los amortiguadores que se han encontrado los profesionales de enfermería es *el agrado por el ser social y real de la profesión*³⁰³, como principal (o único) buffer dentro del mundo de lo laboral. El gusto y la motivación por lo que se hace propio del rol profesional es lo que permite encontrar satisfacción en el ejercicio que se desarrolla, así lo expresan:

“Disfruto de la enfermería... ver que un pacientito salga adelante”

“El contacto con los pacientes”

“Con el trabajo muy rico, con los paciente delicioso... por ese lado bien me siento muy bien”

“Lo que uno hace es obviamente el cariño, la atención... es un servicio que se debe brindar a la comunidad de la mejor manera así no recibamos toda la remuneración”

“Mientras uno trabaje en lo que a uno le gusta bien”³⁰⁴

De este modo los buffer o amortiguadores en la realidad de las enfermeras y enfermeros han permitido encontrar pequeñas satisfacciones y grandes motivaciones en la continuidad de sus vivencias, estableciéndose como los mecanismos de aporte de *energía* que les permite resignificar sentidos humanos en un contexto adverso que describe carencias y potencialidades en el desarrollo humano y la calidad de vida.

³⁰² **E2-VP CS3 E3-ASCS101 CS38 CS101**

³⁰³ CI92 basado en los siguientes códigos in vivo: **E1-FA CS94 CS194 E2-VP CS161 CS162 E3-AS CS13 CS56 CS57 CS85 CS91 E4-JB CS133 E5-OM CS24: E7-SC CS4**

³⁰⁴ **E1-FA CS94 CS194 E2-VP CS161 E3-AS CS13 E5-OM CS24 E7-SC CS4**

7. CONCLUSIONES

- La precarización del trabajo comprendida desde las vivencias cotidianas de los profesionales de enfermería permitió evidenciar que la enajenación del trabajo, de la cual habló Marx siglos atrás, no se ha superado. El hoy de los profesionales es una lucha por la necesidad de sobrevivencia, en la cual habita la incertidumbre y la negación de toda posibilidad de proyección hacia el futuro y de visualizar proyectos de vida. El concepto de trabajo simboliza la forma de poder acceder a un mínimo de ingresos para el sostenimiento, ensombreciendo las posibilidades de desarrollar y expresar potencialidades humanas, porque el interés actual de las instituciones y las empresas de salud es la productividad y el rentismo en los cuales no cabe el sentido humano.
- El mundo laboral actual ha redefinido el rol y el perfil profesional, enfrentando las necesidades de los sujetos de cuidado con las necesidades institucionales, además enfrentando el sistema de salud con el sector educativo porque la validación de los roles de las enfermeras y los enfermeros, parecen ser otros los que los definen con intereses contrarios a los principios deontológico de la profesión. Los nuevos roles en el ejercicio actual transforman la gestión del cuidado por la administración de los servicios; la relación intersubjetiva por patrones estandarizados de atención; el acto de cuidado por acciones técnicas puntuales; la satisfacción y autoestima profesional por inconformidades y dilemas ético y morales frente al rol ejercido.
- La concepción del tiempo en las enfermeras y los enfermeros que se ha desarrollado a través del ejercicio profesional se enmarca en la escasez y la negación de este en toda actividad y vivencia cotidiana, tanto laboral como familiar y personal. Para los profesionales de enfermería el tiempo es una dimensión que perdió todo valor en el ejercicio de cuidado, porque el tiempo máximo que se exige institucionalmente es demasiado escaso en la práctica; además, porque el *uso racional del tiempo* desde la noción empresarial e institucional es un indicador de la eficiencia financiera, lo que implica hacer mucho en poco tiempo. Las intensas jornadas y la sobre carga laboral han aminorado la dimensión del tiempo con la familia y consigo mismas (os) porque su jornada se extiende en dos o tres horas más, que no son remuneradas por la institución, pero que si cobran valor en sus espacios familiares y personales.
- Las condiciones en las que se desarrolla el ejercicio de enfermería, desde la experiencia descrita, nos expone un panorama de *pobrezas*, ya que “cualquier necesidad humana fundamental que no es adecuadamente satisfecha revela una pobreza humana”³⁰⁵, impactando

³⁰⁵ Max-Neef Manfred con colaboraciones de: Antonio Elizalde y Martín Hopenhayn. DESARROLLO A ESCALA HUMANA: Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones

no solo el ejercicio e cuidado sino la vida misma de estos seres humanos; sin embargo ellos y ellas no esta subsumidos en estas pobrezas ya que encuentra otras motivaciones, como una forma de amortiguación en la vida, que les permite encontrar estados de satisfacción, que hacen contrapeso frente a las pobrezas y la adversidad.

- Descubrir en el mundo subjetivo de las enfermeras y enfermeros carencias y potencialidades en las necesidades humanas fundamentales, como parte de la propuesta de Max-Neef, permite comprender cómo se pueden comprometen, motivar y movilizar los sujetos en la búsqueda del bienestar como eje articulador en la calidad de vida y el desarrollo humano.
- Los ingresos económicos junto al impacto en la salud son los principales indicadores para autoevaluar la calidad de vida, lo cual refleja lo restringido de las vivencias de desarrollo, libertad y bienestar de los profesionales producto de las condiciones laborales precarias. Estos indicadores se relacionan con la falta de “oportunidades”³⁰⁶ la búsqueda del bienestar como principal referente en la calidad de vida, junto la libertad y el desarrollo humano.
- La Calidad de vida y Desarrollo humano como procesos ontológicos conexos para encontrar estados de libertad y bienestar debe lograrse a través de una combinación de factores externos e internos. En un ambiente externo en el cual los ofrecimientos de satisfactores y las oportunidades son tan escasas, los factores internos y el Ser deben fortalecerse a través de la resignificación de lo humano y lo subjetivo en la formación profesional, como una forma de apuntar a una práctica de enfermería que reivindiquen los objetivos sociales y disciplinares de la profesión. También se trata de ayudar a fortalecer la resistencia ante los devastadores efectos de las condiciones laborales actuales promovidas por un sistema político y económico que desconoce la dignidad del trabajo, por qué no, contribuyendo a la transformación de esta realidad.

³⁰⁶** El concepto de oportunidad, desde Sen y Nussbaum, hace referencia a aquello que son capaces realmente de hacer los sujetos con las posibilidades que el medio y los arreglos sociales les brindan y con las capacidades que ellos tienen a disposición, para lograr el bienestar, como principal indicador de la calidad de vida.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

El siguiente glosario de términos se construye con el fin de ubicar mejor a lector en el contexto del informe final de trabajo de investigación.

CATEGORÍAS: En la descripción estas se encontraran como títulos centrados y en negrilla y referenciadas a pie de página.

CS (número): Estas siglas significan código sustantivo, siempre irá acompañada de un número que significa el orden del código sustantivo en la entrevista realizada. En la descripción de categorías los códigos sustantivos o in vivo se encuentran entre comillas, con su respectiva referencia a pie de página.

CI (número): Esta sigla nos da a entender que se trata de un código interpretativo, también se encuentran numerados, para facilitar su ordenamiento y ubicación en las tablas de presentación de datos (anexo 1 y 2). Dentro de la narración de la descripción de categorías estos se encuentran escritos en letra cursiva y en la referencia de pie de página se explicita que códigos sustantivos lo sustentan.

CIR (número): Significa código se síntesis interpretativo, con los anteriores se encuentran numeradas para su ordenamiento y sistematización. En la descripción de categorías estos se encuentran como subtítulos escritos en negrilla y en la referencia a pie de página se encuentra que códigos interpretativos relaciona.

E(número)-XX: La letra e representa la palabrea entrevista, ésta está seguida de un número que significa el orden en el cual se hizo la entrevista, E1, es la primera E2 es la segunda entrevista y a sí sucesivamente. Seguido de esto encontramos dos letras que representan las iniciales del nombre y apellido del profesional de enfermería a quien se entrevisto, como una forma de facilitar y diferenciar la identificación de los códigos sustantivos o in vivo.

SUBCATEGORÍAS: Las subcategorías, en la descripción de los fenómenos emergentes se escribieron en mayúscula, letra cursiva y subrayadas. Igualmente se encuentran referenciadas en las notas de pie de página donde se especifica a que categoría brinda propiedades.

BIBLIOGRAFÍA

ALUNI, Rafael y PENAGOS, Julio César. "Psicología y Conciencia: el eje conceptual". *Revista de Psicología*, edición especial año 2000. Universidad de las Américas-Puebla

AVELLANEDA, Luis Carlos. *Proyecto de Ley 052*, Ponencia. Plenaria del Senado de la República.. Agosto 16 de 2005

Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporación..

BREIHL, Jaime. *Reproducción Social y Salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras*, Guadalajara. Editorial Universidad de Guadalajara, 1991

BREILH, Jaime y GRANDA, Edmundo. *Investigación de la salud en la sociedad*. Ediciones CEAS, Quito 1982.

CIFUENTES, Muñoz. Republica de Colombia Defensoría del pueblo. Serie Red Nacional Promotora de derechos humanos. Universidad del Valle. En www.unilibre.edu.co/catedra_ger/molina/derechos.

CARRILLO, Jairo
www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/arjcarrillo01.htm

CHIAVENATO, Idhiberto. *Introducción a la teoría general de la administración*. Parte 3: Enfoque clásico de la administración. MacGraw Hill Interamericana. Agosto de 1998

CORREDOR MARTÍNEZ, Consuelo, *Los límites de la modernización*, Capítulo 1: la modernidad y la modernización como procesos. Editorial Cinep, Facultad de Economía UNAL, 1997.

CARTILLA LABORAL LEGIS. Editorial Legis. 1998.

CARVALLO, Beatriz. *Impacto de las reformas del sector público en las condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras*. ANEC. 2001. En www.Anec.org.co

CASTRILLON, María Consuelo. *La práctica de enfermería como objeto de estudio*. En www.udea virtual/ Artículos seleccionados. Facultad de enfermería. Noviembre de 2004.

-----, Malvarez de Carlino Silvina Enf. Phd *El panorama en América Latina* Universidad de Antioquia, Bogotá, Colombia Octubre 8 de 2005 Pág 12-14.en: www.oit.org.articulosrelas.

CASTRILLÓN AGUDELO, María Consuelo y MALVÁREZ, Silvina María

Panorama de la fuerza de trabajo en América latina, Biblioteca Sede OPS -
Catalogación en la fuente

CAÑÓN, Ricardo María. *Tres concepciones políticas de trabajo*. Tesis de grado
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1984.

CIFUENTES MUÑOZ. Republica de Colombia, Defensoría del pueblo. Serie
Red Nacional Promotora de derechos humanos. Universidad del Valle. En
www.unilibre.edu.co/catedra_ger/molina/derechos.

CORREA ALBA, Serna Luz. *Situación laboral de las profesionales de
enfermería en instituciones de salud*. Universidad de Antioquia. Medellín 1999.
En www.udea.edu.co.

CORREDOR MARTÍNEZ, Consuelo, Capítulo 1: *La modernidad y la
modernización como procesos*. Editorial Cinep, Facultad de Economía UNAL,
1997.

CUESTA ESCOBAR, Giomar. *La dimensión social de la práctica de enfermería*.
Artículo UdeA. www.udea.edu.co/fenfermeria

CUELLAR RODRÍGUEZ, Gerardo. *El papel del Trabajo en la cosificación del
hombre*. ROA impresiones. Neiva Colombia. 2000.

ENGELS, Federico. *El papel del trabajo en la transformación del mono en
hombre*. Editorial cupido. 2001 Impreso en Colombia.

FLICK, Uwe. *Introducción a la investigación cualitativa*, Ediciones Morata, SL.
Madrid. 2004.

GAMBOA JIMÉNEZ, Jorge. *Código Laboral, sustantivo del trabajo y
procedimiento laboral anotado*. Editorial Leyer. Santa Fe de Bogotá Colombia.
Enero de 2004.

HOLL-HADULLA, Rainer M. *El arte psicoterapéutico. La hermenéutica como
base de la acción terapéutica*. Editorial Herber. Barcelona 1999.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS. *Normas Colombianas
para la presentación de trabajos de investigación*. Con la reforma a la norma
1486. Santafé de Bogota D.C.: ICONTEC 2005 – 2006.

LAURELL, FRANCO, NUNES, BREILH. *Debates en medicina social*. Capítulo
3: Trabajo y salud: estado del conocimiento. Editorial OPS, ALAMES. 1991.

LOZANO, Fabio. *Contrastación de los paradigmas en el abordaje de la
evidencia científica: Neopositivismo vs. Hermenéutica crítica*. Fotocopia de la I
Jornada sobre Sentido y pertinencia de la evidencia científica en Enfermería,
UPTC, Tunja, agosto 2004.

MARX Y ENGELS. *Obras escogidas tomo I, trabajo asalariado y capital*,
editorial progreso Moscú 1976

MAX-NEEF. Manfred, Antonio Elizalde y Martín Hopenhayn. *Desarrollo a Escala Humana: Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*, Editorial Nordan-Comunidad. ISBN: 84-7426-217-8 Barcelona Primera edición: marzo 1994

-----Desarrollo a Escala humana. *Necesidades Humanas y Sociedad*. Pág. 4
Fuente: Ecoportal.net: el directorio ecológico natural

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD. *Colombia Mujer y Trabajo*. Colección 3. Imprenta nacional de Colombia 1995.

PINTO, Lyda, "Modalidades de Contratación Laboral". Memorias del I Congreso de Profesionales de Enfermería Clínica y VIII Simposio. En Revista: *actualizaciones en Enfermería*.

REALE, Giovanni y ANSTISERI D. *Historia del pensamiento filosófico y científico*. Capitulo XXII: Hans-George Gadamer y la teoría hermenéutica. Editorial Heber. Barcelona 1995.

ROMERO BALLÉN, Maria Nubia. "Los cuidados de enfermería en la adversidad". Revista *Presencia* 2005 ene-jun; 1(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n1/11articulo.php>> [ISSN: 1885-0219]

----- Necesidades de salud de las poblaciones desde la perspectiva del Desarrollo a Escala Humana. Actuaciones de la enfermera comunitaria. Ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Salud Comunitaria, Madrid, sept 2005

ROLDÁN. *Más allá del principio del placer* - Seminario de Psicoanálisis. En: arturoroldan.salvatierra.biz/mas_alla.htm

SÁNCHEZ, Beatriz. *Cuidado y práctica de enfermería*. Editorial Universidad Nacional. Santa Fe de Bogotá, 2000.

SOBRAL, TAVARES ,DOS SANTOS, SILVEIRA. *Sensibilizando la formación del cuidador*. Ensayos – Reflexiones. Enfermería Global Revista electrónica No2 Mayo de 2003. en www.um.es/eglobal/

SENN, Amartya y NUSBAUM Marta (compiladores). *Calidad de Vida*. capituloII: Capacidad y Bienestar. Fondo de cultura económica, Edición 1996.

SURATEP. *Motivación y Gestión Humana*. Modelo Empresa Saludable. Medellín Colombia 1998.

TRIBUNAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, Ley 911 de 2004

VALLEJO, Astrid Helena. *Políticas Públicas en salud y seguridad social y su impacto en la población*. Memorias del XVI congreso de Enfermería. Medellín Julio de 2005.

VARGAS PARRA, Myriam. *La herencia de siglo XX un desafío para la enfermería del siglo XXI*. Memorias del Primer Congreso de profesionales de enfermería clínica y VII simposio de Actualizaciones en enfermería.

YÁÑEZ, MEDEL, DÍAZ. “La relación laboral normal: ¿desarticulación o modificación?”. Este artículo forma parte de la investigación “Género y trabajo en el contexto de flexibilidad productiva y laboral”, Proyecto Fondecyt^o 1980215 y ha sido publicado en: *El trabajo en Chile: aportes desde la investigación*..Proposiciones 32. Ediciones SUR. SUR/CEM. Santiago de Chile. 2001.

ANEXOS

PLAN GENERAL DE LA ENTREVISTA

1. Datos generales: Edad Hijos/esposo
Institución donde labora (tipo), servicio o área, Tiempo de vida laboral
2. Condiciones de trabajo:
 - . Cuénteme cuales son las condiciones laborales bajo las que ejerce actualmente. (Tipo de contrato, Salario, prestaciones legales y extralegales)
 - . ¿Qué piensa de estas condiciones laborales?
 - . ¿Qué opina de su retribución económica y prestacional?
 - . Cuéntenos cómo es un día de trabajo como enfermera/o. (recibo y entrega de turno, tiempos con los pacientes, características del ejercicio)
3. Afecto y condiciones laborales.
 - . Cuéntenos cómo es el ambiente laboral en la institución donde labora?,
 - . ¿Qué opina de conseguir amistades en el trabajo?.
 - . ¿Cuáles son las formas más comunes en las que usted vive el afecto? (consigo misma, con su pareja, con su familia, en su entorno laboral y con sus pacientes)
 - . Cuéntenos de que manera las condiciones laborales le permiten desarrollar o no sus capacidades afectivas.
4. Desarrollo de la capacidad intelectual.
 - . Háblenos sobre el desarrollo profesional que ud. ha tenido durante el tiempo que ha laborado.
 - . ¿Qué espacios y encuentros académicos le ofrece su entorno laboral?...
 - . ¿Qué hace su institución para facilitarles fuentes de capacitación?
 - . ¿Háblenos de las situaciones en su trabajo que le generen inseguridad o cuestionamientos... ¿cuéntenos que hace cuando se encuentra uno de estos?
 - . ¿Háblenos de que manera su trabajo estimula su interés por leer, escribir, investigar?
5. Aporte de las condiciones de trabajo al cuidado.
 - . ¿Qué, ha leído o escrito sobre el cuidado de enfermería o de la salud desde que inicio a trabajar?
 - . Cuéntenos sobre algunas innovaciones que haya realizado en su trabajo.... (¿han sido por voluntad propia o por que se le solicito?)
 - . Qué tanto las condiciones de trabajo le permiten ejercer el ideal del cuidado de enfermería que usted desea (ojo se trata de ver satisfacción o frustración)
 - . ¿Le gustaría que alguno de sus hijos/as o parientes estudiaran enfermería? ¿Por qué?
 - . ¿Qué es lo que más disfruta de la enfermería?... ¿qué le disgusta?. Si el tiempo volviera atrás...¿Volvería a estudiar enfermería?

CARTA DE PRESENTACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO³⁰⁷

TEMA DEL ESTUDIO: Condiciones de trabajo y su relación con el desarrollo profesional y humano de los profesionales de enfermería.

INVESTIGADORES RESPONSABLES: Carol Andrea Gómez y Lorena Mesa Melgarejo.

DIRECTORA DE LA INVESTIGACIÓN: Maria Nubia Romero, profesora titular de la escuela de Enfermería, Facultad ciencias de la salud, U.P.T.C.

El objetivo de este estudio es Interpretar y comprender cómo las condiciones de trabajo de l@s enfermer@s generan impacto en sus necesidades fundamentales de afecto y de entendimiento impactando su calidad de vida y desarrollo humano y su relación con el ejercicio del Cuidado de enfermería.

Respetada colega. partiendo de su experiencia, usted podrá ayudarnos a comprender mejor esta situación.

Su participación consistirá en responder preguntas sobre su vida profesional y el entorno laboral, estas preguntas se harán en un encuentro que será acordado con anterioridad. Las entrevistas serán grabadas en un casete, si usted nos lo permite. La confidencialidad de los datos, incluyendo el anonimato, se asegura porque utilizaremos codificación en lugar de nombres; dichas grabaciones serán utilizadas solo con el fin de lograr los objetivos propuestos.

Su colaboración en esta investigación es voluntaria, no existe ningún riesgo en la participación en el estudio, a no ser que considere incomodo hablar de su situación. Usted no obtendrá beneficio económico por su participación; el beneficio será personal-profesional por la oportunidad de reflexionar sobre su experiencia y quizá le permita replantear aspectos de su vida.

CONSENTIMIENTO DE LA ENFERMERA (O)

Yo _____ Declaro haber leído la carta de participación en el estudio, comprendo la naturaleza, el objetivo y los beneficios de esta investigación y soy conciente de los aportes de mi participación. En consecuencia acepto de manera libre y voluntaria participar en esta investigación y doy mi consentimiento para que sean grabadas las entrevistas.

FIRMAS:

Enfermera (o)

Carol Gómez y Lorena mesa

³⁰⁷ Modelo tomado de HEIERLE Cristina. Cuidando entre cuidadores: intercambio de apoyo a la familia. Fundación Index. Primera Edición. 2004. Anexo B. Pág. 145-146.

