

Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales¹

Lorena Mesa Melgarejo²
María Nubia Romero Ballén³

1 Artículo de reflexión. Recibido para evaluación: 10 de diciembre de 2009. Aceptado para publicación: 30 de julio de 2010.

2 Enfermera investigadora, Grupo Gercus, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), Tunja, Colombia. Correo electrónico: lorenamesa@yahoo.com.

3 Docente titular, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), Tunja, Colombia. Coordinadora-investigadora, Grupo Gercus, UPTC. Correo electrónico: gercusuptc@gmail.com, mnromero@gmail.com.

Resumen

Introducción: En el contexto socioeconómico actual hay condiciones laborales adversas y precarización del trabajo en el sector de la salud. Ello propicia que el cuidado se ejerza en un ambiente de pauperización. Este estudio buscó interpretar y comprender cómo esas condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería perturban su calidad de vida y desarrollo humano. *Metodología:* Investigación de carácter cualitativo-descriptivo y teoría fundamentada, que aportaron las herramientas para comprender este fenómeno. *Hallazgos:* Surgen a partir de dos categorías emergentes: (a) el valor de lo humano, que se desconfigura por la precarización del trabajo en enfermería, y (b) el desarrollo humano y la calidad de vida de los profesionales de enfermería, dado entre carencias y potencialidades. Así se entiende cómo se vivencia el ejercicio de cuidado en las actuales condiciones laborales, en un contexto socioeconómico que deslegitima los derechos del trabajador por la 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.

PALABRAS CLAVE AUTOR: enfermería, cuidado, condiciones laborales, trabajo, rol.

PALABRAS CLAVE DESCRIPTOR: personal de enfermería, ambiente de trabajo, carga de trabajo.

Nursing Professionals and Care of the Current Labor Conditions

Abstract

Introduction: In the current socio-economic context, there are adverse working conditions and precarization of labor in the Health Sector. That propitiates caring to be practiced in an environment of pauperization. This study aimed at understanding and interpreting the way those working conditions of the Nursing professionals perturb their quality of life and human development. *Method:* This is a qualitative-descriptive and grounded-theory research. *Results:* They come from two emerging categories: The human value, which is deconstructed because of the precarization of the Nursing labor, and (b) human development and quality of life of the Nursing professionals, which stand between deprivation and potentialities. To such degree, it is understood how the caring practice is undergone in the current labor conditions, in a socio-economic context that delegitimizes the rights of such workers —because of the flexibilization of labor— and the manner this context recreates or represses satisfiers and opportunities for the human development and quality of life of the Nursing professionals.

KEY WORDS AUTHOR: Nursing, care, labor conditions, work, role.

KEY WORDS PLUS: Nursing Staff, Work environment, Workload.

Profissionais da enfermagem e o cuidado nas condições de trabalho atuais

Resumo

Introdução: No contexto socioeconômico atual há condições de trabalho adversas e precariedade no trabalho na área da saúde. Isso propicia que o cuidado seja exercido em um ambiente paupérrimo. Este estudo procurou interpretar e compreender como as condições de trabalho dos profissionais da enfermagem alteram sua qualidade de vida e desenvolvimento humano. *Metodologia:* Pesquisa de caráter qualitativo-descritivo e teoria fundamentada, que contribuíram com a informação necessária para compreender este fenômeno. *Descobrimientos:* Surgem a partir de duas categorias emergentes: (a) o valor do humano, que se desconfigura pela precariedade do trabalho de enfermagem, e (b) o desenvolvimento humano e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem, dado entre carências e potencialidades. Assim entende-se como é vivenciado o exercício do cuidado nas atuais condições de trabalho, em um contexto socioeconômico que deslegitima os direitos do trabalhar devido à flexibilização trabalhista e a maneira como este contexto recria ou reprime elementos de satisfação e oportunidades para o desenvolvimento humano e a qualidade de vida dos profissionais da enfermagem.

PALAVRAS CHAVE: enfermagem, cuidado, condições de trabalho, trabalho, papel.

Introducción

El modelo económico que rige en la mayoría de nuestras sociedades latinoamericanas ha impactado negativamente aspectos sociales y humanos, en la medida en que la población paga los errores en la distribución de la riqueza, en la asignación de recursos, en la organización de las unidades productivas, en el reparto de los beneficios de la producción y en el comercio por parte de los grandes inversores (1). El sistema de salud no ha sido ajeno a los devastadores efectos del rentismo (2), promovido por modelos económicos centrados en la acumulación del capital.

En Colombia, un país con marcadas inequidades económicas, se implementó hace más de 16 años la Ley 100 (3), que regula el sistema sanitario desde la figura del aseguramiento y que beneficia al sector privado (4). El acceso a los servicios de salud es cada vez más restringido y los problemas de salud pública se agudizan e involucran (5), con las graves consecuencias que traen para la calidad de vida y salud, además de la calidad del cuidado de la población y de los profesionales de la salud, porque la perspectiva rentista de este sistema no sólo limita los recursos para atención a la población, sino para las nóminas de los trabajadores de este sector.

Autores como Cárdenas (6), Correa (7), López-Valcárcel y cols. (8), Romero-Ballén (9) y Milanés (10) han descrito la grave situación laboral que viven los profesionales de la salud, producto del sistema neoliberal en Colombia. Desde hace algunos años, la prestación de servicios se ha *externalizado* y 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 (11).

De este modo, la vinculación a lugares de trabajo se da a través de agentes externos, principalmente las llamadas *cooperativas de trabajo asociado*. Estas formas de contratación laboral que se vienen imponiendo en nuestro país en el sector de los servicios (educación, salud, energía, etc.) responden a lo que se conoce como tercerización de la economía, que conlleva una política de flexibilización laboral, entendida como un conjunto de medidas que las empresas asumen para aumentar la eficiencia económica a partir de dos pilares: uno, las contrataciones atípicas y, dos, aumentos en las jornadas o intensidad del trabajo, sin reconocimientos salariales extraordinarios (12).

Los profesionales de enfermería ya no establecen una relación laboral directa con las instituciones de salud, sino con estas figuras intermediarias que someten al personal a sobrecarga laboral, ausencia de medidas de seguridad en el trabajo, falta de derechos a la protec-

ción social (establecida por ley para cualquier trabajador) y límite en el acceso del personal a programas de capacitación y bienestar social (9).

De la misma manera, al profesional de enfermería, al ingresar al sistema, se le exige ser productivo, desde la perspectiva rentista, lo cual se traduce en mano de obra barata y uso eficiente y racional de los recursos —es decir, usar lo mínimo requerido en tiempo y recursos para brindar el cuidado—, que afecta directamente su calidad y oportunidad. Además, se le asignan funciones administrativas intensivas que lo apartan de su rol de cuidador directo. Estas múltiples tareas administrativas requieren tiempo extra de su jornada laboral, que no es retribuido, pero que generan en el profesional desgaste (13) y agotamiento físico y mental, como lo demuestran los estudios de Mesa y Gómez (14), Herrera (15) y Camargo (16). Las actuales condiciones laborales bajo las cuales vinculan a enfermeras y enfermeros a sus puestos de trabajo desconocen tratados internacionales (17,18), condiciones mínimas requeridas y vitalidad del talento humano para el funcionamiento de los sistemas de salud (19).

Las condiciones laborales en que se ejerce el cuidado de enfermería son de pauperización; sin embargo, dentro de este contexto existe un ser humano que vivencia de diversas formas la experiencia de ejercer cuidados en un ambiente hostil, que de alguna manera permean su vida social, familiar y personal y que impactan en su desarrollo humano y calidad de vida (20). Dichas experiencias ni han sido comprendidas ni se les ha dado la relevancia pertinente. Estudiar los significados que se generan alrededor del ejercicio del cuidado como una práctica social (21), desde lo laboral y personal, permite ver a los profesionales de enfermería como actores parte de un sistema (económico, social y político) y el accionar de estos sistemas en la cotidianidad de la enfermería, para reflexionar y reorientar nuestras decisiones sobre la gestión del cuidado desde las realidades que nos rodean, así como para reivindicar la necesidad de resignificar el sentido de lo humano y el autocuidado en las enfermeras.

Para lograr un acercamiento a este fenómeno desde quienes lo vivencian, se desarrolló esta investigación, que buscó interpretar y comprender cómo las condiciones de trabajo de enfermeras y enfermeros influyen en el ejercicio del cuidado de enfermería y en sus necesidades de desarrollo humano y calidad de vida.

Fundamentos teóricos de apoyo

A fin de interpretar y comprender mejor la relación del mundo laboral con el mundo de lo humano y la calidad de vida de los profesionales

de enfermería, se retomaron los conceptos de trabajo de la filosofía marxista (22) y el concepto *reproducción social* (23) de la epidemiología social, entendido este como la dinámica en la relación de producción y consumo de los sujetos, donde la calidad de vida y la salud se establecen por el grado de adecuación de las condiciones de reproducción social de un grupo, es decir, la calidad de vida de un grupo social o sociedad es mejor, mientras más adecuadas sean las condiciones de reproducción social para los procesos vitales. Además, se retomó el concepto *desarrollo humano*, desde la perspectiva de Manfred Max-Neef, en su propuesta del desarrollo a escala humana (24,25), cuyo postulado básico se refiere al desarrollo de las personas y no de los ingresos de una nación.

Metodología

La realidad estudiada es muy compleja, por sus múltiples relaciones e interacciones con el contexto, con la familia, con la profesión y con el mundo propio de los participantes en el estudio; por ello se necesitó una metodología que permitiera comprender las múltiples interacciones de estos profesionales en su calidad de vida, y se escogió trabajar con la investigación cualitativa-descriptiva, basándose en la teoría fundada, propuesta por Corbin y Strauss, cuyo referente epistemológico está en el interaccionismo simbólico.

El análisis de los datos se hizo siguiendo la propuesta de la codificación (26), que contiene en su proceso el microanálisis párrafo a párrafo u oración a oración, siempre buscando los segmentos significativos o unidades analizables para “examinar e interpretar datos de manera cuidadosa” (27), aplicando codificación abierta y haciendo contrastación constante hasta llegar a la codificación axial; es decir, en esta investigación se alcanza un “momento analítico” (28) de las categorías emergentes.

La obtención de los datos se hizo a partir de la entrevista semiestructurada, que siguió una guía con cinco temáticas generales que exploraban el fenómeno de interés. Las entrevistas fueron grabadas con autorización y consentimiento informado de los participantes. Se logró una saturación de códigos interpretativos hacia la séptima entrevista, cuando no se encontraron aportes descriptivos nuevos. Además, se recurrió a memorandos descriptivos y analíticos como apoyo en el proceso de investigación y diagramas que referenciaban las múltiples relaciones conceptuales emergentes en el proceso de encontrar categorías emergentes.

Los participantes fueron siete profesionales de enfermería, dos hombres y cinco 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, Colombia. Las edades varían entre los 25 y los 48 años, con experiencias laborales de entre tres y veinte años; casadas(os), solteras(os), en unión libre, con hijos y sin ellos. Todos los participantes estuvieron siempre comprometidos con el tiempo, espacios y triangulaciones necesarias durante las entrevistas.

Resultados

Los hallazgos de esta investigación se concretan en dos categorías emergentes, denominadas (a) *el valor de lo humano se desconfigura por la precarización del trabajo en enfermería* y (b) *desarrollo humano y calidad de vida de los profesionales de enfermería: entre carencias y potencialidades*, con las cuales se intentó entender, por un lado, cómo se vivencia el ejercicio de cuidado en las actuales condiciones laborales, en un contexto que deslegitima derechos del trabajador y de flexibilización laboral, y, por el otro, cómo este contexto recrea o reprime satisfactores y oportunidades para el desarrollo humano y la calidad de vida de los profesionales de enfermería, quienes viven sus necesidades humanas desde lo carente, pero que encuentran mecanismos y motivaciones que les permiten potenciarlas. Sin embargo, por razones de extensión, en este artículo presentamos el análisis de la primera categoría: *el valor de lo humano se desconfigura por la precarización del trabajo en enfermería*.

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

La desconfiguración de lo humano emerge a partir de la comprensión e interpretación de los textos de nuestras entrevistadas y nuestros entrevistados, que hablan y viven la deshumanización en el ejercicio actual de la enfermería en sus lugares de trabajo, así: “Las mismas actividades nos han llevado a volvernos máquinas 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”.

Por otro lado, ellos describen la precarización del trabajo 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 sé en qué siglo, por allá en el XIII, cuando la gente trabajaba, como dicen, por la comida y la ropita usada”.

Al respecto, Amable (29) refiere que la precariedad o precarización laboral es un fenómeno multidimensional en el que confluyen la inestabilidad del empleo, la falta de empoderamiento, la vulnerabilidad, los bajos salarios, la pérdida de los beneficios sociales y la escasa capacidad de ejercer los derechos laborales. Como explica Amable, este fenómeno se convierte en un impedimento para la apropiación de la salud de los trabajadores. Este concepto tiene importantes puntos de encuentro con las vivencias de los profesionales entrevistados y permiten una mejor aproximación a la relación precarización laboral-calidad de vida y desarrollo humano, ya que “los modos de vida son desestabilizados por la precariedad laboral al redefinir la relación entre subjetividad y estructura social” (29).

El valor de lo humano se desconfigura por la precarización del trabajo en enfermería y, como fenómeno emergente, se comprende en la medida en que la organización conceptual obtenida en el proceso de análisis permitió, a partir de los datos, crear cuatro subcategorías conceptuales que dan dimensiones y propiedades a este fenómeno y están denominadas así: (1) el sentido y el significado de trabajo en la actual modernidad, (2) la expropiación del ser existencial y del ser profesional, (3) cuidado como “teoría de la máquina” y (4) pulsiones en la aceptación de la adversidad. Veamos el contenido descriptivo de cada una de ellas.

Sentido y significado del trabajo en la actual modernidad

El concepto de trabajo en la actualidad ha dejado de ser dinámico en el contexto de lo social y lo humano, para convertirse en uno 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 (30), transformadores y conscientes de su naturaleza ha pasado al plano de la ejecución de tareas, que muchas veces siquiera produce satisfacción.

Un primer elemento que emerge en la comprensión de las características de precarización del trabajo en enfermería y que significan nuevos sentidos de trabajo son las relaciones laborales, que deslegitiman los derechos del trabajador, y en las que predominan pérdida de derechos y de regulación laboral. Enfermeras y enfermeros entrevistados lo expresaron así:

Nos contratan por una cooperativa [y] 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 [y] le descuentan a uno todo lo que es de seguridad social, nosotros no ganamos en ningún momento recargos nocturnos, tampoco hay ni prestaciones, ni pensiones.

Uno tiene que pagar una autoliquidación, como trabajador independiente.

Tiene uno que sacar para salud y para pensión; 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.

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.

La promoción de estas modalidades de contratación ha llevado a una pérdida de derechos y beneficios ganados por el reconocimiento al trabajo y al trabajador. Hoy, el concepto de trabajo como derecho fundamental (31) ha retrocedido en el tiempo, pues el trabajador se ha convertido en un objeto vulnerable, fácilmente canjeable, pues como no existe la obligación por parte el “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:

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.

Las labores de enfermería se ejercen dentro de una desprotección de los riesgos a los que se puede ver enfrentado el trabajador, lo cual pone en peligro el propio derecho a la vida y perturba el derecho al trabajo en condiciones dignas (17). La Constitución colombiana 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” (32). El actual derecho al trabajo siquiera asegura la movilidad de la remuneración, ya que los profesionales expresan sentir un estancamiento en el crecimiento del salario, no sólo en proporción al costo de vida, sino a la cantidad del trabajo:

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.

En general, el sentido y el significado del trabajo como eje en los procesos de reproducción social y potenciador de las capacidades humanas se empiezan a transformar negativamente, por la pérdida de los derechos del trabajador a través de las relaciones laborales que los deslegitiman y de los sistemas políticos y económicos que los sustentan. Esta situación genera un segundo elemento de análisis: la insatisfacción frente al valor del trabajo.

El valor social que representa el salario, en las actuales condiciones laborales, no compensa el desgaste y el consumo de la fuerza de trabajo en el proceso desarrollado; no existe en el discurso de entrevistadas y entrevistados una relación entre el reconocimiento a su trabajo y el salario devengado. Expresan sentir desequilibrio entre la retribución económica y la inversión de tiempos, espacios, competencias, esfuerzos (físicos y mentales) y capacidades, como se evidencia a través de estas reflexiones:

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.

Uno ve que no se ve bien compensado, no es bien remunerado su trabajo.

Los profesionales viven con una profunda insatisfacción salarial frente a la responsabilidad asumida, por ejemplo: “Trabajo de tanta responsabilidad, no compensa”. Sienten que el trabajo, en el que se asume no sólo 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, genera mucho estrés. 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 y crea 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, o mayor diría, pero menos remunerado, menos valorado”.

El sentimiento de insatisfacción frente a las expectativas y posibilidades que ofrece la remuneración se agudiza cuando la enfermera o enfermero encuentran que su salario es escaso para alcanzar los mínimos de vida deseados; cuando las responsabilidades consigo mismos y con sus familias en educación, vivienda, alimento y vestido es lo que medianamente colma, y, en fin, cuando sienten que sus necesidades están limitadas en su realización por la precarización de su salario, porque sus ingresos económicos de una u otra forma no les permiten la realización plena:

Tengo mi sueldo contado para este mes y si saco algo me descuadro.

El salario que recibo es para sobrevivir, el apoyo de mi esposo es fundamental, porque sola no podría.

Apenas para el mes, lo suficiente.

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”.

La insatisfacción frente al valor del trabajo, por las responsabilidades que se asumen y por las expectativas y posibilidades que ofrecen los ingresos, es evidente cuando refieren que su salario sólo permite tener acceso a las capacidades básicas: “Para sobrevivir”.

El desgaste del trabajador (33) es un elemento más que surge del análisis de las experiencias de los entrevistados y que describe una dimensión importante en los nuevos significados del trabajo. Las responsabilidades que asumen los profesionales de enfermería en su ejercicio profesional, dentro del marco de las exigencias institucionales, junto con las actuales condiciones laborales, han generado un agotamiento (físico y mental) que se traduce en desgaste, producto de las intensas jornadas laborales, no sólo por los turnos ordinarios y la recarga de trabajo, sino porque dichos turnos o jornadas se aumentan en dos o tres más que se destinan para cumplir tareas exigidas por la institución.

Estas horas provienen del tiempo de la enfermera o del enfermero y, además, no son reconocidas (no pago de horas extras, ni dominicales ni festivos). Entre tanto, los turnos restringen tiempos y espacios de descanso o pausas mínimas recomendadas por salud ocupacional dentro de intensas jornadas de trabajo. Tales excesos son un importante elemento que ocasiona detrimento de la salud psíquica de los trabajadores de la salud (34). 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 nueve horas diarias, no son nueve horas diarias son diez u once.

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 doce horas o noches.

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

Uno no sale nunca a la una, siempre una o dos horas más.

No hay espacio para uno, tengo que buscar, tengo que sacrificar todo mi tiempo.

Yo gasto más del tiempo, siempre salgo después de las doce.

No se debe hacer [descansar], no debemos estar en la cafetería. Eso está 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.

Con esta sobrecarga laboral que desplaza tiempos 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 o el disfrute familiar de todo ser humano. Además, existe una sobreexigencia propia que los profesionales de enfermería se autoimponen para mostrar imagen de eficiencia ante la institución o empresa. Por mantener su trabajo, llevan al máximo sus capacidades para rendir como lo espera la institución, lo que contribuye aún más al desgaste físico y emocional de la enfermera o enfermero. Algunos entrevistados lo expresan así:

Cuando uno tiene un trabajo trata de conservarlo lo más que pueda, las empresas o las instituciones aprovechan para ponernos un poco más de carga laboral.

Siempre trata uno 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.

Las empresas buscan el máximo control sobre el tiempo laborado y niegan la oportunidad de espacios para el trabajador o trabajadora. El acceso a tiempos de descanso se debe ver como necesario en trabajos que implican altos grados de concentración y atención, como es el caso de cuidar a seres humanos, donde los errores, por pequeños que sean, pueden poner en grave riesgo la vida de las personas o del profesional. Además, sumado a las intensas jornadas laborales y a la falta de espacios de descanso, dentro de esta caracterización del desgaste, se encuentra la necesidad de buscar compensadores económicos para estabilizar los ingresos recibidos, a través de trabajos simultáneos. Los profesionales de enfermería se ven obligados a asumir dos trabajos, lo cual significa doble responsabilidad profesional, pues mantener el empleo implica rendir y cumplir eficientemente en ambos y ello incrementa el desgaste:

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 todos los requerimientos y las necesidades que tenemos en este momento y más sola y con dos hijos pues me toca trabajar así.

El desgaste psíquico y físico ocasionado por la carga laboral de los profesionales de enfermería influye en su salud mental y física, lo cual es la principal referencia para hablar de la forma como las condiciones laborales afectan su calidad de vida. Enfermeras y 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, por ejemplo:

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

A nivel de la salud sí 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.

Uno sale exhausto a causa del estrés.

Un último elemento determinante en la subcategoría *sentido y significado de trabajo en la actual modernidad* es el efecto negativo de los procesos de modernización en el ejercicio de enfermeras y enfermeros. 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 evidencia cómo la industrialización ha convertido en objeto al sujeto, al ser humano; por esta razón se siente la fractura de los idearios de progreso de la modernidad. Esta situación ocurre, 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” (35).

El efecto perverso 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; empezaron a escucharse dentro del argot de los profesionales de enfermería términos como reestructuración, flexibilización, productividad, eficiencia financiera, etc., que se hicieron cotidianos, pero en una cotidianidad del temor y la incertidumbre. Este efecto trajo, además, la transformación en el rol ejercido por los profesionales de enfermería.

La adopción de medidas de flexibilización laboral sería uno de los primeros efectos sentidos dentro de los procesos de modernización y de las reformas al sistema de salud bajo los postulados neoliberales, las cuales implican ciertos cambios en el sistema, principalmente de contratación. Este sistema de intermediación para la contratación laboral se aplicó en diferentes áreas de servicio públicos, con dos fines: uno, deshacer la relación laboral directa, y dos, contratar (bajo criterios

de economía) a través de los intermediarios, a fin de reducir gastos estatales. Así se percibe:

[Esta contratación por cooperativas] busca 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.

Afin a los objetivos de reducción de costos para el Estado y de la flexibilización del empleo, se inició uno de los procesos que generó mayor preocupación e incertidumbre en los trabajadores de la salud, la denominada *reestructuración institucional*, que afectó no sólo a cada trabajador en lo individual, por el temor de ser despedidos u obligados a cambiar las condiciones de contratación, sino por el impacto negativo dentro de las relaciones interprofesionales, pues la reestructuración generó un ambiente de trabajo hostil. Las enfermeras entrevistadas que vivieron esta situación lo expresan así:

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.

El personal de planta siempre tiene como un poquito más de beneficios, tienen, un poco de ventajas que uno quisiera tener.

La modernización trajo como efecto negativo la implementación de sistemas de tiempos y movimientos, como reflejo de rendimiento y de productividad, para poder medir a los trabajadores en las instituciones y las empresas, por ejemplo: “Uno está controlado todo el tiempo por el sistema... Cuántas consultas hizo”. 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.

Por otro lado, el rendimiento solicitado o exigido es evidente, en la medida en que el profesional de enfermería demuestre que produce. La producción es eje fundamental de las exigencias institucionales y ello lleva al profesional a sentirse bajo una constante presión que obliga a responder a estas exigencias forzando al máximo sus capacidades. Se le exige al profesional de enfermería que realice diversas funciones, además de las propias de su rol. Veamos cómo 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 más actividades de las que deben hacerse, eso genera estrés.

Hay actividades, que no van dentro de la consulta, que tenemos que cumplir en horario extralaboral, eso va dentro de las funciones que tenemos nosotras.

Llega fin de mes, ¿cumplimos? ¿No cumplimos?, [con las metas establecidas por la institución]. Está uno bastante preocupado.

El conjunto de exigencias institucionales apuntan a verificar si el profesional de enfermería es eficiente en el plano financiero, por lo que el profesional responde sobreexigiéndose laboralmente para cumplir, por la necesidad de conservar un puesto de trabajo: “Si uno no rinde, se va”. 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 ha implementado al sistema de salud que, incluso, rompen con la necesidad humana de relacionarse, 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.

Difícil hacer amistades... No hay tiempo suficiente.

Con mi compañera ni me veo en todo el día.

El contacto interprofesional sólo se da con relación al trabajo puntual.

Estas formas “modernas” de contratación laboral, como afirma Romero, han proletarizado la profesión y le han expropiado el estatus logrado a través de la historia de la enfermería, con la producción de conocimiento, con el aporte social de la profesión en defensa de los más vulnerables (36). De esta forma, se afirma la negación del trabajo como expresión de relaciones humanas; así mismo, la limitación no se da solamente en las relaciones interprofesionales, sino con los pacientes, ya que la relación intersubjetiva es una *relación relámpago*, concepto que se describe más adelante.

Expropiación del ser existencial y del ser profesional

La perspectiva del desarrollo humano, planteada en la carta de las Naciones Unidas, prometió para el siglo XXI “promover el progreso social y mejores niveles de vida en un entorno de mayor libertad” (37). Asumimos tal perspectiva, porque involucra dimensiones desde lo individual y lo colectivo que posibilitan hacer efectivas las “capacidades” humanas, a través de “oportunidades” que se brindan desde los medios social, económico, político e incluso biológico (38), además de considerar, como lo plantea Max-Neef, que el desarrollo humano ha de estar orientado en gran medida hacia la satisfacción de las necesidades humanas, pues esto nos obliga interpretar y evaluar la realidad de una manera distinta a la convencional.

El trabajo, desde el sentido humano, busca potenciar esas capacidades dentro del marco de las relaciones sociales; así como reflejar estados de libertad y bienestar en los sujetos. En el proceso de investigación se describe cómo el sentido y el significado del trabajo en las actuales condiciones laborales se ha desnaturalizado. Desde esta perspectiva, los textos de los profesionales de enfermería evidencian cómo los sistemas económico y político expropián el *ser existencial* a través de la negación de la certeza de su presente y del bienestar, y el ser profesional, mediante la redefinición de su rol. Unos son los deseos políticos estratégicos, pero otras son las realidades en que viven y trabajan los profesionales de enfermería.

La expropiación del ser existencial desde la experiencia de las enfermeras y los enfermeros se origina por una vivencia permanente en la

incertidumbre. El profesional de enfermería ve su inestabilidad laboral desde la perspectiva de la negación del futuro mediano e inmediato, y esto se relaciona con un sentimiento de vulnerabilidad de los seres, porque no se sabe qué pasará con ellos. Ello genera estados de angustia en los profesionales. La consecuencia de la negación del futuro es la vivencia en la inmediatez, que lleva a los profesionales a limitar sus expectativas de vida desde lo económico, lo social y lo personal:

Uno ve que la gente está mal, eso lo impacta a uno y lo cuestiona.

Estamos en la incertidumbre.

¡En cualquier momento nos pueden retirar! ¿Qué motivación? Uno piensa en el futuro y todo, entonces es desmotivante.

Hay angustias.

Uno se pregunta, ¿pero para dónde vamos?

Hay mucha inestabilidad, incertidumbre, ¿sigo, no sigo?

Nosotros quedamos como en el limbo.

Para qué tanto esfuerzo si uno no sabe cuándo sale de aquí.

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

No sabemos adónde vaya a llegar la situación de este país, mucho más hacia atrás, con menos en estabilidad, menos retribución, menos ambiente laboral adecuado.

No piensa uno en un futuro sino piensa en hoy, por hoy.

Los profesionales de enfermería añoran condiciones de trabajo que les brinden 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. Las motivaciones personales y profesionales desde lo laboral están limitadas y ello afecta su mundo afectivo y desarrollo intelectual. El discurso de enfermeras y enfermeros refleja desmotivación, producto de la experiencia vivida en condiciones laborales adversas:

Mientras estuve con vinculación laboral, tenía más opciones, tenía un poquito de estabilidad, no estaba en incertidumbre.

Con esas condiciones en las cuales se entra a laborar, posteriormente se pierde el ánimo.

Después de mi experiencia laboral estudiaría algo más.

Por otro lado, describir el rol ejercido por los profesionales de enfermería en el ahora es descubrir cómo las expectativas sociales de la práctica de enfermería se transforman en un papel definido desde las expectativas institucionales o empresariales. El ejercicio de cuidado, desarrollado por enfermeros y enfermeras, ha tomado dimensiones diferentes: en el actual ejercicio se evidencia una fuerte concentración de actividades ajenas al ejercicio de la enfermería como respuesta a las exigencias institucionales, 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 sé cómo se maneja, porque a nosotros no nos han dado un curso como tal.

A partir de esa fuerte concentración de actividades ajenas se inicia la redefinición del rol de la enfermería por parte del sector empresarial o institucional. Actualmente, la labor que cumplen las enfermeras se ha denominado *rol del todismo*. El *todero* es un concepto que surge desde la jerga popular para definir a una persona que asume funciones diferentes, propias o ajenas a su preparación, para responder a todas las eventualidades y a todas las exigencias. Es un término coloquial que se ha venido implementado para nombrar lo que hacen los profesionales de enfermería. Su inmensa creatividad 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 preparado 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, la entrega de informes mensuales o quincenales y la responsabilidad administrativa de los servicios o áreas, entre las más sobresalientes. Este rol emerge de las siguientes afirmaciones de los entrevistados:

Dentro de lo que hacemos, por ejemplo, es incluso verificar que las basuras se clasifiquen, que el aseo no está bien hecho, la caja está dañada, el bombillo no funciona, no están formulando bien, no se despachó bien, las muestras de laboratorio, no hay sábanas, no hay cobijas, los baños se dañaron, la familia no sabe para dónde coger, que la ambulancia no llega, llame al uno al otro, que 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 más uno pueda y haciendo lo más 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 médica, 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 trámites 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, y hasta que ya ... entregar turno.

En el rol del todismo, el ejercicio del profesional de enfermería se ha centrado en la administración de los servicios y no del cuidado. A través de estas expresiones podemos interpretar y comprender este fenómeno que se ha venido implementando y que se siente como ajeno, pero que se debe hacer, porque es parte de las exigencias y de las condiciones laborales actuales. Se convierte, además, en un rol que propicia la emergencia del desgaste del profesional de enfermería:

Uno no da cuidado, es cuestión administrativa.

Nosotros administramos un servicio.

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

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, al cuidado de enfermería y de la salud —por ejemplo, el cuidado de insumos, contabilidad de costos y servicios—. Ello desplaza la relación de cuidado a la persona, 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. Al respecto Romero (36) considera que esta situación es una de las tareas urgentes de superar en el ejercicio actual de las enfermeras. La resignificación del acto de cuidado, cuya “esencia está en los sujetos”, debe ser una estrategia de resistencia ante la adversidad.

Cuando el rol del profesional es redefinido para dar respuesta a necesidades de eficiencia financiera, la relación social intersubjetiva que media 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 aleja al profesional de la relación dialógica con el sujeto de cuidado.

Las políticas rentistas del sistema de salud, aparte de que han vulnerado el derecho a la salud, a través de su transformación en un servicio que hace parte del mundo de las mercancías (5), han originado una carencia del derecho al cuidado de la salud en condiciones dignas. 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” (39), no sólo veríamos el cuidado humanizado como el reflejo del acto de la enfermera o enfermero, sino el reconocimiento de su propia humanidad y de los contextos en los que este se desarrolle.

Los lugares donde desarrolla su ejercicio el profesional de enfermería no promueven 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: “Trabaja uno con las uñas”. Se bus-

ca el ahorro en la contratación del personal sometiendo a enfermeras y enfermeros a responsabilizarse de dos servicios (cuarenta o más pacientes) o, como el caso de algunas instituciones, implementando el número de profesionales según un índice ocupacional, que pone en riesgo la calidad del cuidado y la vida misma de los pacientes, a pesar de la evidencia frente al mejoramiento de la calidad del cuidado y la satisfacción de los pacientes, la disminución en la mortalidad y en la aparición de complicaciones al aumentar la ratio enfermera-paciente (40). La mejor descripción la hace una de las entrevistadas:

Son 21 camas. Si hoy tengo 12 pacientes, ese día la devuelven [a la enfermera contratada por cooperativa], porque sólo quedaron 12 pacientes en el servicio A, entonces como en el servicio B hay 20 pacientes, la del servicio B se hace cargo de los dos, una sobra. Una se hace cargo de los dos (servicios), y la otra se devuelve.

Esta situación necesita un análisis desde la responsabilidad y el riesgo, ya que la ley de ética de enfermería aclara que la responsabilidad del cuidado no puede ser delegada (41). Sin embargo, lo que se presenta en la cotidianidad es que 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, aunque no es fácil ejercer supervisión o cumplir con las acciones de cuidado que todos los pacientes requieren. Por esta razón, muchas veces el cuidado directo lo asumen terceros (principalmente el personal auxiliar), pero la responsabilidad real de lo que pueda suceder en los servicios la asume la enfermera por “decisión-obligación”, es decir, decisión, en la medida en que el profesional acepta asumir estas responsabilidades, pero por una obligación y exigencia institucional.

La anterior situación, junto a “la falta de recursos de todo tipo, porque no es posible contratarlos por los costos que genera”, define el significado de la calidad del cuidado desde lo monetario. Estas condiciones de trabajo niegan a priori la calidad del cuidado humanizado que se pudiera brindar; además, el gran volumen de pacientes a cargo de la enfermera en el área clínica la obliga a brindar cuidados a la carrera, pues debe distribuir su tiempo para cada una de las actividades del servicio, no sólo de cuidado directo, sino de manejo administrativo y la resolución de posibles eventualidades.

Este tipo de cuidados están en detrimento de la esencia de la profesión, “se despojan de la conciencia de la enfermera y el enfermero los principios y las teorías que dan sentido al cuidado, la creatividad de estos se centra en el ‘nuevo objeto’ que les ha otorgado el modelo

rentista” (36), incluso puede relacionarse con la imagen social que proyecta ante la sociedad:

Trabajar con lo que se tiene cuando uno realmente quisiera hacer muchas más cosas.

Usar la creatividad para prestar servicios adecuados, trabajar con las uñas. [Los cuidados a los pacientes] se dan muy a la carrera.

Cuidado de enfermería no como debe ser, sino corriendo.

El “cuidado humanizado en tanto cuida la existencia humana, no puede ser un cuidado pasivo [...] es un cuidado que se expresa en un acto de acción-reflexión” (36), y en este estudio, el cuidado humanizado está aminorado en espacios, tiempos, calidad y actos, producto de la negación de este en la práctica. El cuidado de enfermería, como tal, está 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”, y en la parte comunitaria, “Hay que concretar [en la consulta de enfermería], no podemos dejar que un paciente se nos extienda”.

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 y que deja 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 médico no vaya a hacerme ninguna objeción, sencillamente realizar un poco de actividades y las cumplo y dejo de lado ese paciente.

[Cuidado solo], en el sentido de la curación, la parte administrativa quita mucho tiempo.

Así, la expropiación del ser profesional, caracterizado por Romero como una expropiación de la esencia y del sujeto de cuidado ante la desvirtuación del rol profesional al que se ha visto sometido (42), toma fuerza cuando la base del cuidado, la relación intersubjetiva, es una relación relámpago, donde prima el uso racional del tiempo en pro de la productividad, ya que hay una restricción de espacios, en función del tiempo, para brindar cuidado. La voz del otro y la otra no son consideradas significativas en el modelo rentista de salud, a pesar de ser “clientes”.

Sin embargo, para la enfermería, que basa su saber-hacer en la comunicación terapéutica, sigue siendo necesaria la relación con los otros, por mínima que esta sea. El problema es que no se brindan las condiciones para que esta se origine: la carga laboral en el servicio de enfermería imposibilita que se destine un tiempo determinado para dicha relación, ya que incluso se debe ceder tiempo para cumplir con las otras tareas; por esta razón la relación con los pacientes se resume en ocasionales momentos de comunicación:

Escucharlos un minuto o cuando me llaman, hacerles caso. 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.

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

El tiempo limitado. Sí se nos ha ido disminuyendo ese contacto con el paciente.

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

La comunicación con los pacientes se limita a mínimos momentos de interacción de palabras, y en la mayoría de las veces hacen referencia a los estados clínicos. La comunicación enfermera-paciente o enfermera-usuario no es en doble sentido, no es dialógica (41), 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 ello se considera 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 limitadas a las exigencias de terceros.

Por medio de lo descrito por los entrevistados, la expropiación del ser existencial y del ser profesional demuestra las pocas oportunidades que desde el trabajo, en el sentido actual, se despliegan para posibilitar que el ser humano alcance estados de libertad y bienestar tanto personal como profesionalmente, estados fundamentales y valiosos en el desarrollo humano y la calidad de vida.

Cuidado como teoría de la máquina

¿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 por el modelo rentista? 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 contrastes con la teoría de Taylor, a la que 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) [...] 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 para el control. (43)

En el enfoque típico de este modelo de administración se hace hincapié en el cumplimiento de tareas, y como principal objetivo la búsqueda de la productividad a través de la eficiencia y la estandarización, 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.

La experiencia verbalizada por los entrevistados 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; por esta razón se considera que existe una concepción taylorista en el ejercicio del cuidado.

El primer contraste del ejercicio del cuidado con la teoría de la máquina es el afán institucional por ser rentables económicamente. A fin de conseguirlo se han determinado numerosas estrategias que van desde la austeridad en los recursos disponibles para el cuidado hasta los ahorros en personal requerido para brindar con eficiencia técnica y calidad el cuidado, pues poca inversión significa maximización de la eficiencia financiera. Así es expresado por nuestros entrevistados:

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

Faltan recursos de todo tipo [insumos y personal].

[El cuidado] se está brindando ahora como un ámbito eminentemente económico.

Actualmente, la cantidad se impone por encima de la calidad del cuidado y ello implica un riesgo para la salud de los usuarios o pacientes; se busca la rentabilidad a través de la cuantificación del cuidado de enfermería. Algunos ejemplos justifican esta afirmación:

La exigencia ahora es como de produzca, nos miden sólo eso.

Ni siquiera quieren medir calidad; ahora es cantidad.

Nos exigen un número de consultas y se deben cumplir.

Evalúan nuestro rendimiento sobre el 80% de consultas, realizadas sobre la meta establecida.

Es importante señalar que la cuantificación del cuidado, a la cual 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, se sustenta en la expresión de eficiencia, en términos de porcentaje, como reflejo del rendimiento de los profesionales en el sistema actual de salud; además, esta forma de medir a los trabajadores a partir del uso del tiempo y de los recursos es la mejor manera de establecer el control, como lo manifestaba Taylor.

Por esta razón se le establece un mínimo de consultas a la enfermera o enfermero, para que las desarrolle en el mes. Esta es la expresión de su utilidad y rendimiento, el número de historias que se grabaron en el sistema en un día de consultas, reflejo de cuántos pacientes se atendieron o de visitas realizadas, sin que la institución o el sistema se preocupen por la calidad del ejercicio de cuidado y los recursos adecuados para su desarrollo, el interés por el cuánto, sin importar el cómo.

Lograr la cuantificación del ejercicio de enfermeras y enfermeros implica que las instituciones y las empresas donde laboran hayan es-

tablecido reglas de cálculo que expresan la eficiencia de la enfermera. Dichas reglas de cálculo 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, cuántos electrocardiogramas tomó la enfermera, cuántas glucometrías, cuántas curaciones y, en general, cuántos procedimientos técnicos realizó. Así lo verbalizan nuestras entrevistadas:

Tienen en cuenta la cantidad de pacientes que uno atiende, la cantidad de actividades.

Veinticuatro pacientes diarios, de acuerdo con la jornada laboral diaria, por hora cuatro pacientes. Estos se multiplican, nos da la cantidad de actividades que tenemos que hacer en el mes.

Lo que hacemos toca pasarlo a un informe de cuánto.

A través de estas estrategias de cuantificar el cuidado, se busca establecer qué tan eficientes logran ser los profesionales de enfermería, en términos financieros, desde la concepción teylorista. La eficiencia refleja cuántas tareas se cumplieron en el tiempo establecido. Determinar la eficiencia de los profesionales hace parte de mecanismos para saber 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 sobreexigencia propia de 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 los entrevistados emerge el establecimiento de tiempos y movimientos en su ejercicio profesional. La estandarización del tiempo destinado para la ejecución del cuidado hace parte de la idea que las empresas e instituciones de salud consideran suficiente para brindar cuidado:

Quince 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 dos a tres horas más o menos en un servicio de treinta pacientes.

En quince minutos la enfermera debe lograr aprovechar al máximo para cumplir con los requisitos establecidos por las instituciones; por esta razón también se estandarizan las acciones: la empresa o la institución debe asegurarse de que realmente en ese tiempo destinado se haga lo que realmente se debe o, mejor, aquello que se requiere, sin tener en cuenta la individualidad, ni principio de enfermería alguno para brindar un cuidado integral e individualizado, y los profesionales son conscientes de ello:

Sobre todo con personas de la tercera edad es muy, muy difícil en quince minutos. El solo hecho de tomarles el peso es una demorita. Para pararse, por la estabilidad que ellos no tienen, entonces se pasan al peso y luego toca tener paciencia, con unos más 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.

Las instituciones o empresas no se percatan de estas necesidades, porque 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. Ejercer bajo la estandarización de tiempos y movimientos permite a la institución medir fácilmente a los trabajadores, por esta razón se implementan sistemas para controlar tiempos y movimientos y es un reflejo de rendimiento y productividad, en el cual el control se centra en la expresión en porcentaje de la eficiencia:

Debemos estar ceñidos a unas estructuras establecidas, actuar con base en esas estructuras para el bien financiero de la institución.

Evalúan sobre el 80% de consultas, cuando están por debajo del 50%, [hay un] llamado de atención.

El número 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, digamos, seis horas diarias hasta el sábado. Entonces serían seis por cuatro, veinticuatro pacientes diarios.

La imposición de la teoría clásica de la administración nos lleva a pensar que actualmente el ejercicio de cuidado es maquinaria de producción, como lo concluye uno de nuestros entrevistados: “Las mismas actividades nos han llevado a volvernos máquinas 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”. El cuidado como teoría de la máquina desconoce el carácter humano y social implícito y logrado como parte del desarrollo histórico de esta disciplina profesional de la enfermería.

Desde el análisis de los datos, 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?, permite representar el ejercicio del cuidado a la luz de una de las teorías más deshumanizante en los ámbitos de producción industrial. A pesar de que el acto de cuidar es una práctica que se expresa por valores humanos y cuyo su fin es beneficiar al otro, reconociendo su subjetividad en la interpretación de la realidad, se centra en la ejecución de tareas controladas y estandarizadas en pro de la eficiencia financiera.

Pulsiones en la aceptación de la adversidad

Esta subcategoría describe por qué el profesional de enfermería acepta y es capaz de vivir o sobrevivir en esta adversidad. Para ello se retoma del psicoanálisis el concepto teórico de pulsión, 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 deseo, entendidas como un factor que impulsa a la modificación, a la evolución, a la conservación o destrucción de la naturaleza (44). El concepto de pulsión permite comprender qué lleva a 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.

Una de esas pulsiones o impulsos en la aceptación de la adversidad se relaciona con la imagen que los profesionales de enfermería proyectan para cumplir con el sistema y no desde la construcción disciplinar-profesional, una imagen que los hace vulnerables frente a la conveniencia institucional, porque lo que proyectan es lo que consideran debe reflejar como respuesta a lo que las instituciones establecen, con el fin de aumentar las posibilidades de mantener el empleo. Es decir, a los profesionales de enfermería les ha correspondido demostrar, a través de sus acciones y de la historia, que son capaces de asumir cualquier rol, de hacerse ver ante los demás como profesionales competentes e

idóneos. Por desgracia, dentro de los actuales intereses demostrar esto ha llevado al abuso laboral y profesional y no al reconocimiento de la profesión:

Nos ven como las personas más comprometidas, personal incondicional, entregadas al trabajo.

Si nos rebelamos, entonces somos las malas del paseo.

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

[A] enfermería nadie la reconoce, pero en el momento de la crisis es a la primera 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.

El autoconcepto de las enfermas y enfermeros como profesionales siempre dispuestos se refuerza cuando asumen lo que se les asigne con mucha responsabilidad y disposición, pasando por alto sus propios intereses y convicciones, lo cual está relacionado con la necesidad de reconocimiento:

Uno no es capaz de dejar las cosas a medias.

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

Es como el afán de no quedar mal, de que alguien 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 más de participación, autonomía, de autoridad.

La pulsión más fuerte que ha orientado la vivencia dentro del ambiente laboral de las enfermeras y enfermeros es la necesidad, pero una necesidad ligada al concepto del Banco Mundial, que busca indicadores de consumo y no la necesidad ligada al fundamento ontológico y existencial del ser humano, para lograr la transformación de la persona-objeto en persona-sujeto del desarrollo como lo plantea Max-Neef. El concepto *necesidades básicas*, que expresan los profesionales, está ligado a la vivienda, la alimentación, el vestido, los servicios, públicos, etc.

“La necesidad obliga” 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 por qué se vive dentro de la adversidad laboral desde la respuesta más contundente y sombría. Así 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 darles un buen estilo de vida a mis hijos.

Uno tiene que verse obligado a someterse a las condiciones de ese trabajo.

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

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

La teoría de las necesidades, como fundamento de desarrollo humano, plantea que “cualquier necesidad humana fundamental que no es adecuadamente satisfecha revela una pobreza humana” (25). En el contexto de la investigación se encuentra que el mayor motor inconsciente de enfermeras y enfermeros es satisfacer la necesidad de subsistencia, mientras se hace caso omiso a la existencia de las demás. Tal necesidad ha llevado a una adaptación al medio laboral, en el cual efectúan su ejercicio. Los entrevistados lo expresan así:

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

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.

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

Están las condiciones tan difíciles que nosotros mismos permitimos, porque dejamos.

La cultura. No estamos dados 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.

Expresiones como *cultura de la no asociación, falta de colegaje, nosotros mismos permitimos* evidencian esa pasividad dentro de la cual se encuentran nuestros profesionales; así como 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 como necesidad lo que se define como satisfactores (vivienda, alimentación y servicios) y pone a estos como motor principal en la vivencia en el actual contexto laboral, pues las conciencias, la oportunidad y la posibilidad de movilización están subsumidas y aletargadas por la necesidad de sobrevivencia.

Al indagar con las profesionales entrevistadas por otras razones relacionadas con la aceptación y vivencia en condiciones laborales adversas, emerge un patrón de formación profesional/cultural que incide en una mejor aceptación, es decir, patrones de familia y de formación profesional ligada al servicio y la extrema disciplina, resultado de la formación que desde lo femenino se ha dado en enfermería. El sello de sumisión de lo femenino en la antigüedad aún tiene vestigios hoy, y es posible hacer esta interpretación por los textos de las entrevistadas:

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.

La formación profesional a la que se hace referencia es aquella donde el sentido de responsabilidad se asume indelegable y hace que el sujeto en ocasiones ponga en juego su salud física o mental con tal de responder a las exigencias institucionales, así las tareas o funciones no sean de su fuero profesional. Este sentido irrestricto de responsabilidad tiene sus más en el cuidado de la salud de las personas y los colectivos; pero tiene sus menos en el cuidado de sí que los profesionales han de tener consigo mismos. Los alcances de la formación profesional en los ambientes laborales pueden ser vitales y convertirse en una posibilidad de asumirla 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. Sostenemos que “Ningún sistema de salud puede ser eficiente y digno de sus postulados si sus profesionales viven escasamente para la sobrevivencia día tras día y postergan su pleno desarrollo a escala humana” (9). 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 resiste con estrategias resilientes que buscan su desarrollo humano y posibilitan su calidad de vida.

Conclusiones

La precarización del trabajo vista 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 fundamental de subsistir, en la cual habita la incertidumbre. En las relaciones laborales, en las cuales ejercen enfermeras y enfermeros, el concepto de trabajo

simboliza la forma de poder acceder a un mínimo de ingresos que garanticen un nivel de vida de sobrevivencia, pero que ensombrece las posibilidades de desarrollar y expresar sus potencialidades humanas.

Los nuevos roles en el ejercicio actual han transformado la gestión del cuidado en la administración de los servicios; la relación intersubjetiva, en patrones estandarizados de atención; el acto de cuidado, en acciones técnicas puntuales, y la satisfacción y autoestima profesional, en inconformidades y dilemas éticos y morales frente al rol ejercido. Las políticas de flexibilización laboral actual han redefinido el rol de los profesionales de enfermería. Enmarcadas en una dinámica teylorista de ejecución de tareas, las enfermeras han construido una concepción del tiempo desde la escasez y la negación de este en toda actividad y en las distintas vivencias cotidianas (en lo laboral, lo familiar y lo personal).

Para los profesionales de enfermería el tiempo es una dimensión que perdió todo valor en el ejercicio de cuidado y autocuidado, 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 sobrecarga 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 sí cobran valor en sus espacios familiares y personales.

Referencias

1. González Chapinal P. Los cambios en los modelos económicos [internet]; 2007. Disponible en: http://www.sappiens.com/castellano/articulos.nsf/Globalizacion/Los_cambios_en_los_modelos_econ%C3%B3micos/53263A9D184199BDC125729B005E8442?opendocument.
2. Hueso Montoro C, Calero Martín de Villodres P. Condiciones laborales y salud emocional del trabajador de las residencias geriátricas. Evidentia [internet]. 2005;2(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/104articulo.php>.
3. Ley 100/1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 41.148 (23 dic 1993).
4. Avellaneda LC. Plenaria del Senado de la República Proyecto de Ley 052 [ponencia]; 2005, 16 de agosto.
5. Patiño JF. Comisión de Salud: pronunciamiento de la academia frente a la Ley 100 de 1993 [internet]. Disponible en: <http://anm.encolombia.com/proacad.htm>.
6. Cárdenas M. La ley 100 de 1993 y el progreso social en Colombia [internet]. Disponible en: <http://www.fedesarrollo.org:82/mcardenas/images/comentarios/comentarioley100.pdf>

7. Correa AE, Palacio ML, Serna LE. Situación laboral de los profesionales de enfermería de instituciones de salud, municipio de Medellín, 1999 [internet]. Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep2001/sit.laboral1.htm>.
8. López-Valcárcel A, Bartra JC, Canney P, Grossman B, Vera Paladines B. Seguridad y salud en el trabajo de construcción: el caso de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú [internet]. Washington: OIT; 2000. Disponible en: <http://www.oitandina.org.pe/documentos/oit129.pdf>.
9. Romero-Ballén MN, Mesa-Melgarejo L, Galindo-Huertas S. Calidad de vida de las(os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado. *Av Enferm*. 2008;XXVI(2):50-70.
10. Milanés Cogollo Z, Gómez Bustamante E. Condiciones laborales en enfermeras de Cartagena, Colombia. *Av Enferm* [internet]. 2010;XXVIII(1):31-8. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii1_4.pdf.
11. Carvallo B. Impacto de las reformas del sector público en las condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras. ANEC. Publicación Oficial de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia [internet]. 2003;(57). Disponible en: [http://www.anec.org.co/revista/articulos.htm?x=12781&cmd\[111\]=c-1-57](http://www.anec.org.co/revista/articulos.htm?x=12781&cmd[111]=c-1-57).
12. Yáñez S. Consideraciones sobre flexibilidad laboral planteadas desde una mirada de género [internet]; 1999. Disponible en: http://www.cem.cl/pdf/flexibil_laboral.pdf.
13. Molina Linde JM, Avalos Martínez F. Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de enfermería. *Rev Tesela* [internet]. 2007;1. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6327.php>.
14. Mesa L. La precarización del trabajo en enfermería: una consecuencia de las políticas públicas en salud. En: *Memorias del XVIII Coloquio de Investigación Nacional en Enfermería, Paipa, agosto de 2007*.
15. Herrera G. Satisfacción laboral de profesionales de enfermería de un hospital de tercer nivel de Tunja, por modalidad de contratación y tipo de vinculación. En: *Memorias del XVIII Coloquio de Investigación Nacional en Enfermería, Paipa, agosto de 2007*.
16. Camargo A. Efectos y consecuencias del trabajo nocturno en la salud de las enfermeras que trabajan en la Clínica de San Pedro Claver, 2006. En: *Memorias del XVIII Coloquio de Investigación Nacional en Enfermería, Paipa, agosto de 2007*.
17. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Convenio 141 sobre las organizaciones de trabajadores rurales y su función en el desarrollo económico y social [internet]; 1977. Disponible en: http://www.derechos.org.ve/instrumentos/sisuniversal/convenio_141.pdf.
18. Editorial. ANEC. Publicación Oficial de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia [internet]. 2003;(57).
19. Chicano Díaz S, Navarro Arribas C. Los factores psicosociales asociados a los procesos de incapacidad temporal del personal sanitario. *Rev Tesela* [internet]. 2007;1. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6301.php>.
20. Gutiérrez Duque MF, Hernández Flores JM, Villanueva Sánchez AM. Significado que tienen las condiciones laborales actuales para la calidad de vida como forma de desarrollo humano. *Promoción Salud*. 2004;9:119-31.
21. Castrillón Agudelo MC. La práctica de enfermería como objeto de estudio. *Investigación y Educación en Enfermería* [internet]. 1992;X(2). Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep92/LapRACTICA.html>.
22. Marx K. Trabajo asalariado y capital: salario precio y ganancia. Medellín: Pepe; 1969.

23. Breihl J. 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.
24. Max-Neef M. Desarrollo a escala humana: necesidades humanas y sociedad [internet]. Disponible en: <http://www.ecoportat.net>.
25. Max-Neef M, Elizalde A, Hoppenhayn M. Desarrollo a escala humana: conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones [internet]. Disponible en: <http://www.ecoportat.net>.
26. Morse MJ. Capítulo 1: Introducción. En: Asuntos críticos de los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2003.
27. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2005.
28. Galeano ME. Teoría fundada: arte o ciencia. En: Estrategias de investigación social cualitativa: el giro en la mirada. Medellín: La Carreta; 2004. p. 161-84.
29. Amable M. Precariedad laboral y su impacto en la salud: un estudio en trabajadores asalariados en España [internet]. Universitat Pompeu Fabra. Disponible en: http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UPF/AVAILABLE/TDX-0209109-142541//tma.pdf.
30. Marx K, Engels F. Obras escogidas. Tomo I: Trabajo asalariado y capital. Moscú: Progreso; 1976.
31. Colombia. Constitución Política. Bogotá; 1991.
32. Cifuentes Muñoz R, República de Colombia, Defensoría del Pueblo. Serie Red Nacional Promotora de Derechos Humanos [internet]. Cali: Universidad del Valle. Disponible en: http://www.unilibre.edu.co/catedra_ger/molina/derechos.
33. Laurell C, Franco N, Breilh J. Trabajo y salud: estado del conocimiento. En: Debates en medicina social. Quito: OPS-Alames; 1991.
34. Robazzi ML do CM, Mauro MYC, Dalri RCMB, Da Silva LA, Secco IAO, Pedrão LJ. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. Rev Cubana Enfermer [internet]. 2010;26(1):52-64. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_1_10/enf090110.pdf.
35. Corredor Martínez C. La modernidad y la modernización como procesos. En: Los límites de la modernización. Bogotá: Cinep-Facultad de Economía UNAL; 1997. p. 34-77.
36. Romero-Ballén MN. El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia. Av Enferm. 2007;XXV(2):112-23.
37. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Carta de las Naciones Unidas; 2005.
38. Senn A, Nusbaum M, compiladores. Capacidad y bienestar. En: Calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica; 1996.
39. Sobral V, Tavares C, Dos Santos I, Silveira F. Sensibilizando la formación del cuidador. Enfermería Global [internet]. 2003;3. Disponible en: <http://www.google.com.co/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBUQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevistas.um.es%2Feglobal%2Farticle%2Fdownload%2F631%2F657&rct=j&q=Sensibilizando%20la%20formaci%C3%B3n%20del%20cuidador.%20Ensayos%20E2%80%93%20Reflexiones&ei=J2LYTKLBK8KBIaf3tIX9CA&usq=AFQjCNF4yaKjLvphrsANSeVOK7JADsPfsA&cad=rja>.
40. Subirana Casacuberta M, Fargues García I, Esteve Reig J, Sampietro Colom L, Esteve Ortega M. Plantillas de enfermería y resultados de los pacientes. Rev ROL Enferm [internet]. 2010;33(1):14-26. Disponible en: <http://www.e-rol.es/>.

41. Ley 911/2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 45.693 (2005-oct-5).
42. Romero-Ballén MN. Los cuidados de enfermería en la adversidad. Revista Presencia [internet]. 2005; 1(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n1/11articulo.php>.
43. Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración [Parte 3: enfoque clásico de la administración]. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 1998.
44. Roldán A. Más allá del principio del placer [internet]. Disponible en: http://arturo-roldan.salvatierra.biz/mas_alla.htm.