

**Armonización de los conflictos bioéticos desde la perspectiva de la ética convergente
en la capacidad de agencia en la política pública y el ejercicio profesional de enfermería**

**Blanca Elpidia Tovar Riveros
Departamento de Bioética Universidad El Bosque
Doctorado en Bioética**

Tesis doctoral para optar al título de Ph. D. en Bioética

**Dra. Constanza Ovalle Ph. D.
Directora de tesis**

Septiembre 26 de 2022

**Armonización de los conflictos bioéticos desde la perspectiva de la ética convergente
en la capacidad de agencia en la política pública y el ejercicio profesional de enfermería**

Blanca Elpidia Tovar Riveros
Departamento de Bioética Universidad El Bosque
Doctorado en Bioética

Tesis doctoral para optar al título de Ph. D. en Bioética

Dra. Constanza Ovalle Ph.D.
Directora de tesis

Septiembre 26 de 2022

Dedicatoria

Al Dios de Abraham, Isaac y Jacob, por darme sabiduría y amor.

A mi madre por su amor incondicional, su constante dedicación y su valioso apoyo en este proceso.

A los profesionales de enfermería que dan lo mejor de sí, y hasta su vida, en el acto de cuidado.

Agradecimientos

A la profesora Ovalle por su acompañamiento y dirección en este proceso de aprendizaje.

Al profesorado del Departamento de Bioética de la Universidad El Bosque por sus enseñanzas y acompañamiento; especialmente a los profesores María Lucía Rivera, Sergio De Zubiría y Gustavo Chirolla.

Al profesor Jairo Rodríguez por su tiempo y dedicación en el desarrollo de esta tesis.

A todos mis colegas por su disposición de tiempo para la realización del trabajo de campo.

Y también agradezco:

- a la Fundación Universitaria del Área Andina, por su apoyo para llevar a cabo mis estudios posgraduales,
- a la Universidad El Bosque por su apoyo en el proceso de enseñanza-aprendizaje, y
- a Doña Adela Cortina, por ser la inspiración en mi proceso de tesis doctoral.

Contenido

Introducción	11
<i>Ámbito asistencial e investigativo</i>	18
<i>Ámbito de la salud pública y atención primaria en salud</i>	20
<i>Ámbito de la docencia y rol independiente</i>	21
<i>Conflictividad Bioética desde la ética convergente de Maliandi. (Categoría 3)</i>	24
<i>Capacidad de agencia en la profesión de enfermería. (Categoría 2)</i>	30
Agente autónomo	30
Origen de las razones para actuar	30
Enfermera(o) como agente del acto de cuidado	31
<i>Capacidad de agencia en la política pública (Categoría 1)</i>	38
Concepto de política pública	39
Participación en la formulación de las políticas	39
Enfoques teóricos para el análisis de las políticas públicas	40
Desarrollo metodológico.....	42
<i>Objetivos</i>	43
Objetivo General.....	43
Objetivos Específicos	43
<i>Procedimiento</i>	43
Primera fase.....	43
Segunda fase.....	44
Tercera fase	44
<i>Presentación y análisis de resultados</i>	45
<i>Primera Fase</i>	45
Conflicto sincrónico (universal). Situación de la profesión en Colombia.....	45
Conflicto Sincrónico-Individual. Autonomía, liderazgo y toma de decisiones	50
Conflicto sincrónico (universal). Situación de la profesión de enfermería en Colombia	54
Conflicto sincrónico-Individual. Autonomía, liderazgo y toma de decisiones	55
Conflicto sincrónico-individual (autonomía, liderazgo y toma de decisiones)	60

	6
Conflicto sincrónico (universal). Situación de la profesión en Colombia.....	61
Conflicto sincrónico-individual. Autonomía, liderazgo y toma de decisiones	62
Conflicto Diacrónico. La realización (beneficencia)-conservación (no maleficencia)	62
Conflicto sincrónico (universal). Situación de la profesión de enfermería en Colombia.	63
Conflicto sincrónico-individual. Autonomía, liderazgo y toma de decisiones	64
<i>Redes semánticas de las políticas relacionadas con la profesión de enfermería</i>	<i>65</i>
Red 1. Política Nacional de Talento Humano en Salud	66
Red 2. Política Nacional de Enfermería.....	67
Red 3. Conferencia Internacional del Trabajo	68
Red 4. Modelo de Atención Integral Territorial	68
Red 5. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	69
<i>Segunda fase – Capacidad de agencia en la práctica profesional de enfermería</i>	<i>70</i>
<i>Conflictos sincrónicos en enfermería</i>	<i>70</i>
Conflicto sincrónico (universal-justicia) desde la formación académica	71
Conflicto sincrónico-individual (autonomía, liderazgo y toma de decisiones)	73
Conflicto Diacrónico. La realización (beneficencia)-conservación (no maleficencia)	80
<i>Redes semánticas. Entrevistas a profesionales de enfermería</i>	<i>81</i>
Desarrollo de la tesis. Agentes del cuidado del otro sin el cuidado de sí	91
<i>¿Qué es la capacidad de agencia del profesional de enfermería?</i>	<i>92</i>
<i>Capacidad de agencia en el cuidado de sí</i>	<i>106</i>
<i>Conflictividad bioética desde la perspectiva de Maliandi</i>	<i>107</i>
Estructura de la conflictividad	107
Discusión	112
<i>Fortalecer el desarrollo de las capacidades</i>	<i>113</i>
Conclusiones y recomendaciones	115
<i>Conclusiones</i>	<i>115</i>
<i>Recomendaciones</i>	<i>116</i>
Fortalecimiento de la dimensión ética y bioética en enfermería	117
Seguimiento a las condiciones laborales	117

Fortalecimiento de las relaciones de los diferentes roles con la academia.....	118
Fortalecer el trato humanizado	118
Trabajo digno para los profesionales en enfermería	118
Bibliografía	120

Lista de tablas

Tabla 1.	Roles del profesional de enfermería en Colombia.....	17
Tabla 2.	Ilustración de los principios cardinales.....	28-29
Tabla 3.	Teoría de la acción en el acto de cuidado.....	32
Tabla 4.	Agencia del cuidado desde la perspectiva feminista.....	35-36
Tabla 5.	Enfoques de las políticas públicas.....	41
Tabla 6.	Falta de reconocimiento de sí y del otro (sujetos de cuidado)	81
Tabla 7.	Triangulación de los resultados.....	90
Tabla 8.	Formas de expresión de la capacidad de agencia en la política pública	100
Tabla 9.	Capacidad de agencia en el rol de enfermería.....	103-104
Tabla 10.	Estructura de la conflictividad y la relación con la profesión de enfermería.....	108
Tabla 11.	Análisis desde la perspectiva de Ricardo Maliandi en la política pública	109

Lista de figuras y gráficas

Figura 1.	Relación entre documentos y los diferentes códigos.....	88
Figura 2.	Relación del conflicto sincrónico con principios.....	102
Figura 3.	Conflictividad Bioética en la capacidad de agencia en los profesionales de Enfermería.....	111
Figura 4.	Conflicto sincrónico.....	114
Gráfica 1.	Oposiciones conflictivas entre principios.....	27
Gráfica 2.	Elementos de la teoría de acción.....	33

Lista de redes semánticas

Red 1. Política Nacional de Talento Humano en Salud.....	66
Red 2. Política Nacional de enfermería.....	67
Red 3. Conferencia Internacional del Trabajo.....	68
Red 4. Modelo de atención integral territorial.....	69
Red 5. Objetivos de Desarrollo Sostenible.....	70
Red 6. Relación de las políticas de salud y el acto de cuidado por ENFSP.....	82
Red 7. Relación de las políticas de salud y el acto de cuidado por ENFORG.....	83
Red 8. Relación de las políticas de salud y el acto de cuidado por ENFINDEP	84
Red 9. Errores más frecuentes en las prácticas de la profesión.....	85
Red 10. Percepción de los profesionales de enfermería de las agremiaciones.....	86
Red 11. Valores en el ejercicio de la enfermería.....	87
Red 12. Capacidad de agencia en el cuidado del otro (sujeto de cuidado) en el rol asistencial	93
Red 13. Capacidad de agencia en el cuidado del otro (sujeto de cuidado) en el rol administrativo- gerencial.....	94
Red 14. Capacidad de agencia en el cuidado del otro (sujeto de cuidado) en el rol en Salud pública y atención primaria en salud.....	95
Red 15. Capacidad de agencia en el cuidado del otro (sujeto de cuidado) en el rol de la docencia.....	96
Red 16. Capacidad de agencia en el cuidado del otro (sujeto de cuidado) en el rol investigativo.....	97
Red 17. Capacidad de agencia en el cuidado del otro (sujeto de cuidado) en el rol independiente.....	98

Introducción

La esencia de la profesión de enfermería es el cuidado y, por tanto, la premisa es la interacción con el otro para identificar sus necesidades y responder con calidad y oportunidad cuando lo necesite. Las prácticas profesionales se llevan a cabo con el individuo, la familia y la comunidad, construyendo una relación llamada “acto de cuidado.”

Esta tesis doctoral tiene como finalidad conocer las tensiones del ejercicio profesional de enfermería en la capacidad de agencia de sus profesionales, a la luz de la ética convergente de Maliandi (2010), para dejar trazada una propuesta que permita armonizar los conflictos o tensiones generados en las políticas públicas relacionadas con la profesión, y en los diferentes roles del ejercicio profesional de la enfermería en Colombia.

Para comprender las tensiones del ejercicio profesional la tesista partió de la pregunta: ¿cómo se entienden los significados sobre conflictividad sincrónica y diacrónica que emergen en la constitución de la capacidad de agencia de los profesionales de enfermería, desde la perspectiva de la ética convergente en la política pública que regula el ejercicio profesional de enfermería en Colombia?

Para responder y entender el contexto de la pregunta se expone la normativa de la profesión y algunas tensiones en la profesión de enfermería en el país. Es necesaria una participación activa en las políticas públicas por parte de los profesionales de enfermería para empoderarse de su profesión y exigir mayor participación en la toma tanto de decisiones clínicas, como las referidas a su estatus y bienestar profesional. Esta tesis anticipa que la falta de autonomía y liderazgo del profesional de enfermería presenta conflictos en su capacidad de agencia, y que tanto en las prácticas de enfermería como en las políticas públicas en salud se vulneran principios éticos que inciden negativamente en dicha agencia, afectando no sólo al profesional si no también al sujeto de cuidado.

La profesión de enfermería en Colombia está reglamentada por la Ley 266 de 1996 que, en su capítulo VI, artículo 17, establece las competencias y responsabilidades del profesional:

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

Como se desprende del punto 5 de la Ley 266 de 1996, el profesional de enfermería tiene la posibilidad de actuar en diferentes ámbitos y roles. Autoras como Guerrero-Núñez y Cid-Henríquez (2015) explican que, históricamente, tal posicionamiento se da a partir de la transformación de las sociedades: “Los diferentes roles que la enfermería ha ostentado en la sociedad han sido producto de la influencia ocasionada por los contextos históricos, políticos, económicos y sociales, incluyendo la mirada de género.” (Guerrero-Núñez y Cid-Henríquez, 2015) Estas enfermeras argumentan cómo se pasó de la sumisión a la autonomía desde el acto de cuidado y la toma de decisiones. Sin embargo, aún hoy la dependencia está “estrechamente unida a la obediencia y a la capacidad de ejecutar eficazmente las órdenes del médico.” (p. 131)

En los años cuarenta y sesenta del siglo XX, en las escuelas de formación de Chile la sumisión y obediencia a los sistemas de poder era requisito, por cuanto las prácticas de enfermería no necesitaban un alto grado de competencia del saber, lo que terminó en pérdida de la autonomía y del liderazgo del profesional de enfermería en la actividad de cuidado. Su poca preparación académica lo hizo partícipe de su propia opresión y de la débil identidad social de su profesión. (Guerrero-Núñez y Cid-Henríquez, 2015) Porque la autonomía en la práctica profesional de la enfermería no es sólo independencia para actuar, si no que está en relación directa con la capacidad de ejercer un juicio crítico, basado en el conocimiento científico, que habilite al profesional para gestionar el plan de cuidados, hacer la toma de decisiones y ejercer el liderazgo en los diferentes contextos o ámbitos de la enfermería. A los profesionales de la enfermería corresponde promover y defender la salud de los sujetos o individuos a su cuidado, comprometerse con la profesión y

nutrir esas competencias profesionales para empoderarse del cuidado. (Luengo Martínez y Paravic Klijn, 2016)

Agremiaciones y asociaciones de profesionales en Colombia, como la Academia Nacional de Medicina (ANM *et al.*, 2013), explican las competencias y el perfil profesional. Además, reconocen la difícil situación de la enfermería a partir de la Ley 100 de 1993 en el marco del talento humano de salud, advirtiéndose escasa información sobre empleabilidad, menores garantías laborales para los profesionales y una paupérrima forma de contratación. Estos aspectos han derivado en sobrecarga laboral, limitación en materiales e insumos, medicamentos, equipos, dotación e infraestructura, además de riesgos ergonómicos, baja remuneración, y nuevas formas de contratación que precarizan el trabajo, así como desconocimiento del ejercicio de la asociación y la negociación.

Según la Organización Colegial de enfermería (OCE) y el Observatorio Laboral para la Educación (OLE) al 2016 se presumen rangos salariales entre \$2.418.706 y 2.704.070. La OCE concluyó que la experiencia es poco valorada, el gremio está conformado en un 89% por mujeres y no está exento de desigualdad laboral por razones de género. Esta situación en la profesión devalúa el bajo reconocimiento socio-económico y la supeditación que siempre ha tenido la profesión. (OCE, 2020)

Para el año 2021 no sólo continúa sino que se ha agudizado la situación de precariedad laboral en enfermería, con bajos salarios, sobrecarga laboral, contratos laborales cortos e inestabilidad laboral. En cuanto al número de profesionales, en el país hay 12.7 profesionales de enfermería por cada 10.000 habitantes, de acuerdo con el borrador de la resolución del Ministerio de Salud y Protección Social “por la cual se adopta la ‘Política Nacional de Talento Humano de Enfermería y Plan Estratégico 2020-2030’ como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud” (Minsalud, 2021)

La distribución de la fuerza de trabajo en la región de las Américas evidencia países con más de 80 enfermeros por 10.000 habitantes y otros con menos de cinco profesionales por 10.000 habitantes, donde la relación enfermero-médico es menor a uno. Hay diferencias en la distribución del personal de enfermería en cada país, generando una brecha en el número de enfermeros por habitantes, por ser menor a la necesidad. En síntesis, se observa un retraso en la relación del número de enfermeros profesionales en comparación con el personal técnico y auxiliar, lo que afirma la necesidad de formar más profesionales (De Bortoli Cassiani *et al.*, 2018a)

En un comunicado, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 2019) expresa la situación actual de la profesión, argumentando escasez de profesionales y malas condiciones laborales, violencia en el lugar de trabajo, horas extras obligatorias, problemas de reclutamiento y sueldos injustos e inadecuados.

Dentro del Anuario Estadístico de la Educación Superior Colombiana, el Ministerio de Educación Nacional (MEN), en referencia a los programas de enfermería en el país, para el año 2016 reportó 112 entre privados y públicos. Entre ellos, 66 son programas profesionales y solamente 11 oficiales y 13 privados tienen acreditación de alta calidad. En total cuentan 58.470 profesionales de enfermería. (MEN, 2017)

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), para el año 2018 Colombia contaba con 717.456 personas en el sector salud. De ellos, 337.962 corresponden a profesionales y especialistas del ámbito, con un 47% del total de trabajadores del sector, y 66.095 eran profesionales de enfermería. De acuerdo con el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS, citado por Velásquez Jiménez *et al.*, 2019), los 12.7 profesionales de enfermería por cada 10.000 habitantes evidenciaban en 2017 una tasa de médicos y enfermeras de 36,3 frente al mismo número de habitantes, concentrada en los departamentos de Cundinamarca, Santander, Atlántico, Antioquia, Valle del Cauca y la Ciudad de Bogotá (Velásquez Jiménez *et al.*, 2019)

Así, la práctica de enfermería puede verse afectada en su gestión del cuidado y, en consecuencia, ponerse en riesgo la seguridad en la atención cuando se presentan prácticas no seguras referidas a la aparición de eventos adversos, entre las que se identifican como las más destacadas, la mala administración de medicamentos y el deficiente cuidado directo al sujeto. Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha formulado una iniciativa para disminuir daños respecto de los errores en la administración de medicamentos (OMS, 2017)

En concordancia, Colombia desde el Ministerio de Salud trabaja en la seguridad del paciente para prevenir o disminuir esta problemática, mediante la guía de instrucciones para esta intervención. (Minsalud, 2008) La guía contiene una serie de enunciados que van desde la prescripción médica hasta la administración, con el propósito de mitigar estas dificultades. (Minsalud, 2008) Por la razón descrita, la categoría *capacidad de agencia del profesional de enfermería* se convierte en un aspecto clave a investigar en esta tesis, al considerar trascendente la observancia del accionar del profesional en su práctica diaria.

El Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) fue propuesto en el año 2017 con el fin de procurar mejores condiciones y regulación del sistema de salud colombiano, para garantizar el disfrute e integrar los objetivos de salud y seguridad social. Sin embargo, referente al rol destinado al profesional de enfermería, en dicho modelo es posible apreciar que no lo visibiliza claramente, y sólo aparece vinculado a ciertas áreas de baja complejidad. (Social, 2017) En 2019 se construyó la política del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) para alinear las acciones en salud con los diferentes agentes y dar respuesta con calidad a la atención de personas, familia y comunidad. No obstante, en el documento tampoco se establecen con claridad las funciones del profesional de enfermería, situación que lo desdibuja en el contexto territorial. Por su parte, el Ministerio de Salud trabaja en otro documento para el fortalecimiento del perfil de los auxiliares de enfermería, y las funciones del profesional podrían pasar a este otro perfil. Sin desconocer el desempeño ocupacional como muy importante, es necesario aclarar que los roles a desempeñar por unos y otros son diferentes en el ámbito del cuidado. (Minsalud y ANM, 2016)

Desde diferentes organizaciones internacionales se da a conocer la situación de la enfermería en el mundo y se exponen problemáticas comunes, como la falta de educación continua (como actualizaciones en ciencia y tecnología) o la desigual relación del número de sujetos de cuidado versus el número de profesionales de enfermería, dada la escasez de los últimos en relación con el crecimiento poblacional (OPS y OMS, 2020). Por su parte, en Colombia distintas instituciones y agremiaciones construyeron la Política Nacional de Enfermería, donde se describen todas las situaciones que generan dificultades y brechas para la enfermería en el ámbito nacional, relacionadas con la falta de liderazgo y autonomía, a pesar del rol fundamental de los profesionales de enfermería en el acto de cuidado. Esta ausencia de liderazgo y autonomía se da, entre otros factores, por la disminución o ausencia en puestos donde podrían tomarse decisiones que involucren la praxis, además de barreras legislativas, regulatorias y culturales que no permiten el desarrollo de la autonomía profesional, como la falta de reconocimiento y el desconocimiento de las leyes por parte de los profesionales, lo que les impide exigir su cumplimiento, además de su baja participación en agremiaciones y en redes asociativas. (Velásquez Jiménez *et al.*, 2019)

La enfermería en Colombia, a partir de la Ley 266 de 1996, se define como “una profesión liberal y disciplina de carácter social”, con la función de organizar, dirigir, controlar y evaluar servicios de enfermería en las instituciones. Como dentro del presente estudio importa el análisis de los diferentes roles profesionales en enfermería, se revisa esta norma que tiene como fin

establecer la responsabilidad del profesional de enfermería en los diferentes ámbitos individuales y colectivos de la práctica profesional, sin enfocarse en la Ley 911 del 2004 por tratarse del Código deontológico adoptado en el país, lo que tendría otra connotación sobre los aspectos morales.

En adelante se presenta una revisión, cuyo propósito es describir y ampliar los diferentes ámbitos del ejercicio profesional de la enfermería, dado que –por lo menos en Colombia– podría tratarse de una profesión en crisis. Por ejemplo, la ciudad de Medellín muestra un panorama algo desalentador debido a la insatisfacción de los profesionales en cuanto a la relación intersubjetiva del personal de enfermería con las instituciones, la confusión entre roles autónomos e interdependientes y la falta de estatus; tan es así que Zapata Herrera (2008) recomienda trabajar en la autonomía y fortalecimiento del rol y considera necesario buscar la reivindicación y el alcance del reconocimiento o visibilización de la profesión como la que aporta el cuidado a la sociedad.

Con el fin de adelantar la revisión, en esta tesis se realizaron búsquedas bibliográficas de los últimos diez años en bases de datos especializadas en enfermería, utilizando palabras claves relacionadas con los perfiles, los roles de enfermería y los ejes temáticos enfocados en los ámbitos de la profesión establecidos en Colombia.

En el país se construyó el Plan Nacional de Enfermería del período 2020-2030 donde se pone de manifiesto la situación actual de la profesión, se resalta la precarización laboral debida a contratación la irregular, los bajos salarios y la sobrecarga laboral por el número de pacientes asignados, que sobrepasa la media internacional tanto en las áreas del cuidado de las personas hospitalizadas como en atención ambulatoria.

En cuanto a la formación de los profesionales, las universidades están vigiladas por la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (Acofaen). Colombia cuenta con 65 instituciones formadoras en enfermería, regidas por la Ley 30 de 1992 y el Ministerio de Educación Nacional. La duración del proceso de enseñanza-aprendizaje oscila entre ocho y diez semestres (Velásquez Jiménez *et al.*, 2019) Con base en los anteriores lineamientos, la tesista categorizó los roles y sus funciones, tal como se presentan a continuación:

Tabla 1. Roles del profesional de enfermería en Colombia

Ámbito	Función
1. Función asistencial	Cuidado directo en ámbitos clínico u hospitalario
2. Gestión, administración y gerencia	Gerencia del cuidado y administración de servicios de salud
3. Salud pública y atención primaria en salud	Coordinación y apoyo en servicios de educación, creación y dirección de programas
4. Docencia e investigación	Diseño, gestión, implementación y dirección de proyectos de investigación.
5. Profesional independiente	Cuidado domiciliario en el proceso vital de las personas y programas (materno perinatal, paciente crónico, enfermedades no transmisibles).

Fuente: Elaboración propia a partir de Velásquez Jiménez *et al.*, 2019

Para Següel Palma *et al.* (2015) desde las organizaciones internacionales en salud se describen las competencias en la formación de práctica avanzada, incorporando dominios tales como 1) la gestión del cuidado: enfoque del cuidado, valoración, diagnóstico y provisión de cuidados; 2) ética; 3) colaboración interprofesional; 4) promoción y prevención en salud; 5) práctica basada en la evidencia; 6) investigación, y 7) liderazgo, para fortalecer la prestación de servicios en áreas rurales. (OMS y OPS, 2018) Las circunstancias actuales de trabajo del profesional de enfermería, en cualquiera de los ámbitos donde se desempeña –como se viene afirmando– se dan en condiciones deficientes, con un número de pacientes a su cargo que sobrepasa sus capacidades y produce alto estrés en el profesional de enfermería.

Según Ortega (2019) en Argentina el panorama de precarización en la profesión de enfermería, que se evidencia en el bajo reconocimiento económico y social, se debe en gran parte a “las representaciones vigentes sobre las mujeres en los espacios de trabajo”, que inciden desfavorablemente en esta profesión debido a la alta feminización en la fuerza de trabajo, llevando a la producción de estructuras de desigualdad entre los géneros. En el caso de España, Guerrero Flores *et al.* (2018) aseguran que la enfermería, cuantitativamente, constituye la mayor fuerza laboral en el sistema de salud. Sin embargo, los autores han observado en el gremio cansancio, agotamiento y sentimientos de insatisfacción personal, lo que aumenta las posibilidades de

abandonar el ejercicio profesional. Por otra parte, en Brasil, una retrospectiva sobre la profesión encontró precarización en la remuneración y desvalorización social, afectando la calidad en la atención al sujeto de cuidado debido al alto número de pacientes, por lo que suele recurrirse a la contratación de personas con baja cualificación. Estas prácticas fueron denunciadas en medios de comunicación; no obstante, no se tomaron acciones eficaces para solucionar estos inconvenientes (Di Carla Laitano *et al.*, 2019)

La OMS y el Consejo Internacional de Enfermería han planteado estrategias para ofrecer lineamientos de cuidado en un contexto globalizado durante el periodo 2021-2030. Allí se describe el modelo de formación, el número de profesionales adecuado por sujeto de cuidado, el tipo de regulaciones legales, la caracterización de necesidades de atención del mercado laboral y la equidad de sexo en remuneración salarial en todos los países. Esta última suele ser la principal causa de migración de los profesionales de enfermería, pese a la necesidad de su labor en sus lugares de origen. En el documento se resalta como interesante el avance de España en cuanto a la autonomía de prescripción por parte de la enfermera (Infosalus, 2019) Según De Arco Canoles y Suárez Calle (2017) aun cuando socialmente se evidencia el valor del rol profesional de la enfermería, no se percibe como importante, por lo que propone recuperar campos de acción, afianzar el liderazgo, la autonomía y la humanización en la prestación de los servicios.

Ámbito asistencial e investigativo

En enfermería, uno de los ámbitos con más fuerza laboral es el asistencial, en el que se concentra un gran número de sujetos de cuidado que requieren de atención inmediata porque su vida está en riesgo. Es así que el Observatorio Laboral del Ministerio de Educación Nacional muestra que entre “el número de profesionales de enfermería graduados de programas de especialización entre el 2001 y 2017, las áreas más solicitadas fueron cuidado crítico (1.571 egresados), urgencias (626) y oncología (218).” (MEN, 2017)

López-Cocotle *et al.*, en “Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería” (2017) encontró como resultado un avance significativo en la mejora de la calidad del registro clínico, con lo que se propende a mejorar la calidad en la atención de los pacientes. Por su parte, Sánchez Aragón, (2017) en “Evolución del mundo material en los cuidados de enfermería: siglos XVIII al XX” describe los movimientos tecnológicos, científicos y sociales con referencia a la prestación del cuidado y la evolución del rol del profesional a lo largo del

tiempo, lo que ha permitido fortalecer el accionar de los profesionales de enfermería para la toma de decisiones que favorezcan al sujeto de cuidado.

En el trabajo de Comet-Cortés *et al.*, “Establecimiento de prioridades de investigación en enfermería en España: Estudio Delphi” (2010) es notorio el interés por facilitar la toma de decisiones en materia de gestión de la investigación, contribuyendo a una mayor justificación y mejor financiación de los proyectos investigativos en el área. Castro y Simian (2018), por su parte, aseguran que la función de investigación es un elemento ineludible e inseparable para el profesional, pues es la forma de aportar mejoras y encontrar la respuesta o solución a un problema específico. Es decir, para estos autores, la investigación sustenta las acciones de enfermería basadas en la evidencia.

En Chile, Landman Navarro *et al.*, en el artículo “Rol de investigación del profesional de Enfermería: fortalezas y barreras” (2014) identificaron la manera como los profesionales transmitieron su experiencia y cercanía con la investigación; se apreció falta de información en cuanto a método y fuentes de financiamiento y una débil vinculación entre enfermeras asistenciales y docentes. Como conclusión, y para fortalecer las competencias investigativas de manera integrada, es necesario contar con una mayor oferta de programas de postgrado y mejorar los programas de estudio de pregrado.

Ferreira Rodrigues Galinha de Sá *et al.*, en su trabajo sobre “La presencia de la fenomenología en la investigación en enfermería: mapeo de las tesis doctorales en Portugal” (2020), resaltan la importancia del significado de la metodología fenomenológica hermenéutica al explicar la naturaleza y el significado de la experiencia vivida para la construcción disciplinaria de la enfermería. Según Aguirre Raya (2014) la investigación y su valor para la profesión es trascendente por la necesidad de dar la solución a los problemas de salud del individuo, la familia, la comunidad y aquellos relacionados con la práctica asistencial y docente de los profesionales y técnicos de enfermería. Por su parte, Contreras Carreño y Sierra Lozano (2017) consideran que, dentro de la tendencia en investigación, a elección de los estudiantes, la docencia en un programa de enfermería, en el periodo 2008-2017, mostró que las líneas más trabajadas son las relacionadas con el cuidado comunitario y la salud pública, así como la gestión y gerencia de la salud.

Ámbito de la salud pública y atención primaria en salud

En Colombia, León Saavedra y Lobo Rodríguez, en su trabajo “Rol del profesional de enfermería en la coordinación de los planes de salud territorial” (2015) concluyen que el desempeño profesional está constituido por aquellas funciones administrativas y gerenciales que se desarrollan en el ejercicio de la enfermería, mediante acciones de planeación, ejecución y evaluación de programas y proyectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Referente a la atención primaria, en el estudio “Competencias para la formación del enfermero de práctica avanzada para la atención primaria en salud”, Contreras Carreño y Sierra Lozano (2017) encontraron que de los 830 enfermeros que respondieron a la encuesta, 40,7% desempeñaban un cargo en el área de la educación, 41,4% trabajaban en áreas clínicas y 17,8% ocupaban cargos directivos o ministeriales. En cuanto a la formación, el 45,7% contaba con maestría y el 17,3% con doctorado; en consonancia, a mayor nivel educativo profesional se marcó una mayor tendencia a considerar relevantes las competencias de ética e investigación, mientras que la de prescripción de medicamentos se consideraba exclusivamente relevante por los participantes de países donde está reglamentado en el rol de enfermeros de práctica avanzada.

Para estos autores, una propuesta para mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud es implementar en la enfermería la práctica avanzada (EPA) en la atención primaria en salud (APS) en Chile. Por su parte, Aguirre Boza (2018) afirma que una buena capacitación reduce costos y mejora la calidad de atención en la promoción y prevención, por lo que sería importante que las universidades que enseñan enfermería fortalezcan esta área.

La pandemia del covid-19 sacó a flote una serie de dificultades que no son recientes, como la escasez de profesionales en enfermería, que viene de tiempo atrás. Según De Bortoli Cassiani *et al.* (2020), de un 5.9 millones de profesionales en las Américas, el 59% de la fuerza laboral pertenece a enfermería, mientras que a nivel global esta fuerza constituye un 69%. Desde el punto de vista de la caracterización demográfica, el 38% tiene menos de 35 años y el 17% restante cuenta con 55 años o más, estando cerca de la jubilación en los próximos 10 años. Con respecto al tiempo de duración en la formación académica, en la mayoría de los países del Caribe, Ecuador y Venezuela se completa en tres años, mientras que en Belice, Brasil, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Uruguay y Trinidad y Tobago se completa en cuatro años, y en Bolivia, Cuba, Chile, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras y Perú, en cinco. En el resto del mundo la formación se completa en un periodo de tres años. Otro aspecto de salud pública al

descubierto en esta investigación es la vulneración de los derechos de los trabajadores por parte de las instituciones de salud, por lo que recomiendan desarrollar las capacidades de liderazgo, administración y gestión de enfermería (De Bortoli Cassiani *et al.*, 2020)

En el ámbito domiciliario de la enfermería, en Chile, Puchi Gómez y Sanhueza Alvarado (2015), en su trabajo “Rol del profesional de enfermería en unidades de hospitalización domiciliaria de hospitales públicos”, señalan que la enfermera o enfermero que trabaja en hospitalización domiciliaria también desempeña funciones del ámbito asistencial y educativo, y no ejerce la función de investigación.

Ámbito de la docencia y rol independiente

Para Duque Sanabria (2019) el ámbito o rol del profesional de enfermería independiente se desenvuelve en la gerencia y liderazgo de la gestión del cuidado, por lo que es necesario visibilizar y potencializar su quehacer, además de mejorar las oportunidades laborales. Así mismo, Celma-Vicente *et al.* (2019) en su “Análisis de las prácticas clínicas en el grado de enfermería: visión de los tutores y estudiantes” evidencian la premura en formar a los tutores en pedagogía y brindarles instrumentos que faciliten su trabajo, y enfatizan la necesidad de hacer el reconocimiento formal de su función docente, explicitando los objetivos del rol del estudiante en los convenios docencia-servicio para que el aprendizaje sea significativo.

En “Caracterización de los programas de enfermería en Colombia”, Borré-Ortiz *et al.* (2015) identifican tres módulos que comprenden un conjunto de asignaturas que transversalizan los currículos: a) formación en el área básica, b) formación en el área disciplinar-profesional específica, y c) formación profesional complementaria. Estos módulos se articulan con los componentes de formación en ciencias básicas y naturales, ciencias sociales y humanísticas, competencias generales y comunicativas, y el componente flexible, donde los programas guardan coherencia con lo establecido por el Ministerio de Educación Nacional. Pero, en cuanto al microcurrículo debe fortalecerse el componente disciplinar.

Acorde con lo anterior, Carvajal Hermida *et al.* (2017) en su trabajo “Fortalecimiento de las alianzas docencia-servicio para el avance de la enfermería en Colombia” encuentran el predominio de abordajes conceptuales y teóricos para el análisis de la práctica de enfermería y consideran que para fortalecer la política de la alianza docencia-servicio se recomienda trabajar por competencias en la formación de enfermería, exigiendo conocimientos y nuevos retos en el principio de autonomía, necesario para la cualificación de la práctica de enfermería en Colombia.

Por su parte, Valdez-Fernández (2017), en su artículo “Formación bioética e intercultural en enfermería: revisión temática” afirman que se debe contemplar la formación en ética y bioética como tema transversal en los currículos académicos, además de incluir la interculturalidad en los planes de estudio. En cuanto a la responsabilidad ética del docente de enfermería, González Noguera y Guevara Rumbos (2018) consideran la necesidad de fomentar estilos de vida saludables, propendiendo por el desarrollo de valores y propósitos de cada persona y de la sociedad. Estas bases bioéticas deben primar en el desarrollo del cuidado de enfermería, como lo propone la Organización Mundial de la Salud.

Dentro de la relación docencia-servicio, en el estudio de Yi *et al.* (2020) se considera que las prácticas formativas afectaron positivamente la interacción entre enfermeras(os) y estudiantes de enfermería, quienes directa e indirectamente influenciaron el autoconcepto profesional y la socialización organizacional de los estudiantes de enfermería.

De acuerdo con Acofaen (2020), los profesionales de enfermería deben ser formados con capacidades relacionadas con un liderazgo de mente abierta para asumir los cambios que se presenten, uniendo la práctica a la investigación, con el fin responder a situaciones que así lo ameriten, empoderarse en la toma de decisiones responsables con base en el conocimiento cuando estén involucradas personas bajo su cuidado, robustecer los conocimientos para brindar cuidados basados en la evidencia y estar actualizados en temáticas relacionadas con el desarrollo humano y social de la población colombiana e inmigrante.

Según Laverde Contreras *et al.*, (2017) en “Rol independiente y ambiente de la práctica de enfermería”, el 72 % de enfermeras(os) refieren como su rol principal el supervisar la atención de otros y dedicar gran parte de su tiempo a realizar acciones no relacionadas específicamente con su rol profesional, limitando el tiempo para al cuidado directo.

Para Urure Velazco (2019) la profesión ha evolucionado a través del tiempo en la medida en que la ciencia y la tecnología avanzan. Así, debe aportar la suficiente solidez científica para responder a los desafíos actuales, sustentada en las competencias del conocimiento, la innovación y la creación de nuevas ideas, con reflexión crítica, para fortalecer la toma de decisiones de forma autónoma. En consonancia, y con la misma premisa, Coronel Chafloque (2019) asegura que debe apuntarse hacia un cambio de visión profesional, fortaleciendo la formación a partir de las diferentes competencias enfocadas a nuevas formas de relacionarse con la sociedad y el conocimiento en la ejecución de las políticas para cerrar brechas en la relación enfermero-sujeto

de cuidado, en el aspecto de la calidad del cuidado al ser humano y su entorno. Analizando el contexto de los diversos roles es preciso fortalecer los ámbitos de la gerencia y la docencia, mejorando las técnicas de enseñanza-aprendizaje y considerando las suficientes competencias, la apropiación de la ética y la bioética, así como el uso de la investigación en cada uno de los roles a desempeñar.

Con base en la revisión de la literatura y el panorama presentado por las organizaciones de enfermería en Colombia, se observa un amplio consenso en que existe poco reconocimiento, liderazgo y empoderamiento de la profesión de enfermería a la hora de participar en la creación, ejecución y evaluación de políticas públicas. Igual sucede en los diferentes ámbitos de desarrollo del actuar profesional, en roles como el investigativo, el asistencial y el de docencia, en los que se desempeñan muchos de los profesionales de enfermería.

Sin embargo, la capacidad de agencia no es igual en todos los ámbitos, lo que quiebra la toma de decisiones frente a las intervenciones de enfermería para dar respuesta de manera oportuna al sujeto de cuidado. Así, se evidencian vacíos en los roles administrativos y de gerencia, en la generación de nuevo conocimiento que fortalezca el avance científico y en la creación de políticas que regulen el talento humano en enfermería, lo que mejoraría su desempeño profesional. Otros aspectos son la educación continua y la contratación a término indefinido, que redundarían en la calidad de vida de los profesionales.

Dentro de la construcción del marco teórico de la presente tesis, la autora construyó, a su vez, tres categorías: 1) la capacidad de agencia en la política pública, 2) la capacidad de agencia en la profesión de enfermería, y 3) la conflictividad bioética desde la perspectiva de la ética convergente. En relación con la categoría número uno tenemos las políticas públicas relacionadas con la profesión, como la Política Nacional de Talento Humano en Salud, la Política Nacional de Talento Humano en Enfermería, el Plan Estratégico 2020-2030, el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas y la Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Conflictividad Bioética desde la ética convergente de Maliandi. (Categoría 3)

Con respecto a esta categoría y para abordar la conflictividad entre los principios cardinales expuestos por Maliandi y Thüer (2008), en primer lugar, es necesario relacionar esta perspectiva principialista con el principialismo propuesto por Beauchamp y Childress (1999), marco tradicional con el cual se identifican los principios de la bioética, para luego relacionarlos con la ética convergente. En bioética tal principialismo surge por la necesidad de analizar y fundamentar los criterios éticos a tener en cuenta en las prácticas clínicas en biomedicina, por ser necesarios para enfrentar problemas y dilemas morales presentes en algunas actuaciones respecto al tratamiento de los pacientes.

Estos criterios éticos tienen su aplicabilidad debidamente fundamentada en aquellos contextos en los que se dan avances técnicos y científicos, así como en las aptitudes sociales y culturales necesarias para ofrecer a las personas la información y las explicaciones necesarias cuando se trata de tomar decisiones con respecto a su salud. Pero esta aplicabilidad o procedimiento de la ética no consiste en tomar principios de la ética general y aplicarlos a los problemas, si no en indagar en cada actividad cuáles valores y principios están siendo vulnerados y con ello buscar alternativas o cursos de acción hacia la superación de la afectación de un principio.

En 1979, Beauchamp y Childress publicaron la obra *Principles of Medical Ethics*, en la que reconocen cuatro principios: 1) el respeto a la autonomía, referido al respeto en la toma de decisiones basada en la opinión de los pacientes y su voluntariedad a la hora de elegir una alternativa terapéutica, para realizar acciones médicas basadas en sus valores o creencias personales; en otras palabras, posibilitarle al paciente ser agente autónomo. 2) El principio de no maleficencia que señala cómo, en cualquier acción u omisión por parte del profesional de la salud, se debe evitar hacer daño y por el contrario, hacer el bien al paciente. 3) El principio de la beneficencia que consiste en el deber del profesional de la salud de realizar acciones encaminadas a favorecer a los pacientes, teniendo en cuenta tanto su utilidad como el bienestar y la autonomía de los pacientes. 4) Por último, el principio de justicia, que si bien parte de varias teorías, en el principialismo en bioética hace énfasis en la adecuada distribución de los recursos, con la debida calidad e igualdad, según Beauchamp y Childress (1999). Los principios descritos permiten resolver un dilema de acuerdo con el principio que tenga más peso moral en la circunstancia o situación particular.

Por su parte, Maliandi y Thüer (2008) ponen el énfasis, ya no en los dilemas, si no en los conflictos entre los principios, elevados a principios cardinales de conservación (no maleficencia), realización (beneficencia), individualidad (autonomía) y universalidad (justicia) En este sentido, Maliandi y Thüer (2008), citando a Ross (1972), exponen que los actos pueden ser correctos o equivocados, buenos o malos. Es decir, el acto puede ser bueno, pero el motivo malo. Sin embargo, en el ámbito de la ética las intenciones no son las que se evalúan, si no las acciones en sí. Para Kant, según los autores, una acción debe ser correcta acudiendo a la ética del deber ser. Pero Ross distingue entre 1) las obligaciones *primas facie* y 2) las obligaciones reales. Las obligaciones *primas facie* están constituidas por obligaciones provisionales que pueden tener mayor o menor prioridad, según la circunstancia, e incluyen la fidelidad, la beneficencia, la gratitud y la reparación. Las obligaciones reales se dan en situaciones específicas, posteriores a una evaluación de las circunstancias y de los principios involucrados en cada caso particular, donde unas pesan más que otras. Ross aclara que *prima facie* significa reconocer la irreductibilidad de los principios (Maliandi y Thüer, 2008)

Para Maliandi y Thüer, “los principios tienen su origen en las obligaciones morales de las personas más comunes” (2008, p. 67) y requieren análisis, aclaraciones y métodos de investigación para llegar a ser teorías coherentes en su forma y contenido. Si bien se parte de las obligaciones *prima facie*, éstas se alejan por no otorgar una jerarquía o prioridad a los principios. Citando la ética de William Frankena, una de las primeras obligaciones *prima facie* es la de aumentar el bien y disminuir el mal, que se relaciona con el principio de utilidad como acción que produce mayor bien que mal. Y esta acción de hacer el bien y evitar el mal, Frankena la enfoca hacia la benevolencia.

Otro antecedente es el informe de 1978 de Belmont —en el que se trató de organizar los problemas éticos de la investigación para evitar la repetición de vulneración de los derechos en los sujetos participantes— en el que se resaltan tres principios: 1) el respeto a las personas, 2) la beneficencia y 3) la justicia. Se reconoce al individuo como ser autónomo en la voluntariedad de participar en investigaciones y autorizar o no el uso de avances tecnológicos y farmacológicos que podrían acarrearle efectos adversos; y por último, se identifica la manera como se seleccionan los sujetos de investigación.

En suma, el planteamiento principialista de Beauchamp y Childress, aunque enfrenta críticas por tratar de organizar una metodología como mera aplicación de los principios, puede ser

una propuesta coherente y útil si está fundamentada desde el pluriprincipialismo restringido a cuatro principios como guía orientadora en las acciones morales de la actividad clínica en salud, con una flexibilidad en la justificación que limita su sola aplicabilidad (Maliandi y Thüer, 2008)

A diferencia, al momento de aplicar la metodología, Maliandi reconoce la pluralidad de principios y acepta su conflictividad *a priori*; no se centra en el relativismo y el intuicionismo, si no que les da una perspectiva de convergencia, buscando la armonización entre los principios (Maliandi y Thüer, 2008), con el ánimo de resolver el conflicto y no disolverlo, lo que se haría optando por un sólo principio, como sería el caso para Beauchamp y Childress. La ética convergente consiste en ofrecer criterios para distinguir entre los conflictos en aspectos tales como lo auténtico y lo aparente, o lo objetivo y lo subjetivo.

La ética convergente, aunque representa el criterio para apelar a los mínimos, es la ética de la conflictividad más que de la convergencia, porque no todos los conflictos deben ser sometidos a la convergencia para su minimización, si no que deben ser analizados para buscar solución, pues el interés es comprender la estructura conflictiva del *ethos*, otorgando sentido a lo moral; y todo lo relacionado con lo moral es *per se* conflictivo, pero no insuperable, puesto que aclarar las condiciones de cada conflicto es importante para superar la conflictividad.

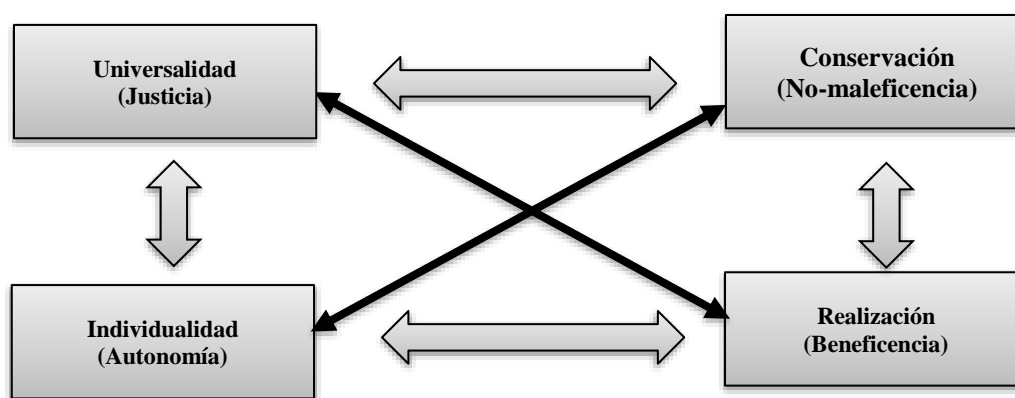
Los diferentes conflictos entre los principios cardinales propuestos por Maliandi [universalización (U), individualización (I), conservación (C) y realización (R)] se identifican como:

- *Conflictos contingentes*: los que pueden ser evitados o, si están presentes, ser regulados, por lo cual la razón práctica es hacer la minimización.
- *Conflictos a priori*: están presentes y son inevitables e insolubles.
- *Conflictividad apriorística*: se refiere a la bimensionalidad de la razón (F-K), pero además a la estructura (sincrónica y diacrónica), donde hay contraposición de funciones, que se manifiestan en aspectos como la temporalidad (C y R) (permanencia o cambio) y el referido a la comprensión lógica de los actos (U e I), donde el mayor alcance tiene menor contenido y viceversa. La Función de F (C y U) es asegurar la máxima permanencia y el máximo alcance, y la de K (R e I) es el máximo cambio y máximo contenido. Así, estos conflictos equivalen a oposiciones entre las funciones racionales,

o *conflictos interdimensionales*, como los que ocurren entre el principio de (U) e (I), y el de (C) con el de (R)

- Conflictos *intraestructurales* por la tensión propia de cada principio, como sucede entre (U) y (C) que pertenecen a la dimensión F, e I y R a la dimensión K.
- *Conflictos intradimensionales e interestructurales*: (U) y (C) y (R e I)
- *Conflictos cruzados*: ocurren entre las dimensiones y las estructuras, como entre los principios de universalización y realización e individualización con conservación, según lo muestra la Gráfica 1 (Maliandi y Thüer, 2008) Ver Gráfica 1.

Gráfica 1. Oposiciones conflictivas entre principios



Fuente: Teoría y Praxis de los Principios Bioéticos (Maliandi y Trüer, 2008, p. 119)

Además, en la Tabla 2 se explica la ética convergente en relación con los diferentes principios cardinales y la especificación de los principios biomédicos de Beauchamp y Childress; esto es, la fundamentación crítica, la definición de cada uno, y ejemplos de la conflictividad en la enfermería, aspectos que orientarán el análisis de los documentos y la información empírica estudiada, presentada en el capítulo de los resultados.

Tabla 2. Ilustración de los principios cardinales. (pág. 1 de 2)

Fundamentación crítica Dialogicidad	Definición de los principios cardinales	Especificación del principio cardinal en principios desde Beauchamp y Childress	Tipos de conflictos bioéticos
<p>Sincronía o Concordancia</p> <p>Universalidad</p>	<p>Requerimiento racional que busca un alcance y tiene validez general.</p>	<p>Justicia: Permite gozar de buen estado de salud, atención médica digna y disponer de todos los recursos necesarios para mantener la salud.</p>	<p>Conflicto Sincrónico (Justicia-Autonomía)</p> <p>Flexión ética:</p> <p>Nominativo: Todo agente (profesional de enfermería). Sólo este agente tiene el deber de cuidar.</p> <p>Entra en tensión en la posición Dativa cuando a todo posible destinatario (paciente) del acto o sólo a este destinatario (paciente) no se le presta el cuidado específico que es requerido según su vulnerabilidad o condiciones particulares (como cuando el paciente no puede tomar una decisión por falta de la información que debe proveer el profesional de enfermería sobre el servicio o atención que requiere).</p> <p>Posición Ablativa: en toda circunstancia. Sólo en esta posición en el sistema de salud se establecen barreras o estrategias que impiden que se preste la atención o el servicio adecuado. Ejemplo: cuando el profesional tiene el conocimiento del manejo y los insumos necesarios (digamos, paso de un catéter periférico central), pero la institución no lo contempla por falta de recursos.</p>
<p>Individualidad</p>	<p>Requerimiento racional como experiencia única e irrepetible.</p>	<p>Autonomía: capacidad para la toma de decisiones o respeto hacia el otro.</p>	
<p>Diacronía u oposición</p> <p>Conservación</p>	<p>Requerimiento racional que busca proteger y defender logros como los derechos humanos y la conservación de las cosas.</p> <p>No alterar condiciones de cuidado que permiten el proceso de salud mínimas para mantener la salud.</p>	<p>No maleficencia:</p> <p>No infringir daño a los demás</p>	<p>Conflicto Diacrónico (no maleficencia y Beneficencia):</p> <p>Se brindan intervenciones de acuerdo a la respuesta de cada paciente, estas deben ser evaluadas y reestructuradas todo el tiempo acorde a la evolución del paciente, esto dos principios entran en conflicto cuando existe el dilema entre seguir con el tratamiento planteado inicialmente o el inicio de un nuevo tratamiento que responda a las necesidades emergentes del paciente.</p>
<p>Realización</p>	<p>Requerimiento racional que pretende evolucionar desde una situación determinada o lograr un ideal.</p>	<p>Beneficencia:</p> <p>Prevenir y eliminar el daño porque se de promover el bien.</p>	

Tabla 2. Ilustración de los principios cardinales. (pág. 2 de 2)

Fundamentación crítica Dialogicidad	Definición de los principios cardinales	Especificación del principio cardinal en principios desde Beauchamp y Childress	Tipos de conflictos bioéticos
Conflicto Intradimensional Cruzado (F)	Cuando se debe proveer a la persona un beneficio, pero no hay como brindarlo.		F (Justicia y No maleficencia): no se pueden planear los cuidados de acuerdo a las necesidades del paciente por no contar con los equipos e insumos necesarios o porque no hay acceso al servicio de salud.
Conflicto Intradimensional (K)	La decisión que se debe tomar para brindar un cuidado aun cuando este no esté de acuerdo.		K (Autonomía y Beneficencia): tomar una decisión respecto al sujeto de cuidado priorizando una posición paternalista. Ejemplo: cuando el paciente solicita suspender los apoyos tecnológicos por el dolor e incomodidad que pueda estar experimentando, pero el profesional de la salud debe imponer su uso por considerarlo necesario para mantener su vida: esto es imposición de un plan de cuidados que es rechazado por parte del paciente.
Conflicto Cruzado	Exigencias de un sujeto de cuidado aún por encima de los riesgos que pueda correr.		(Autonomía y No maleficencia): Realizar prácticas negligentes por impericia. Ejemplo: ocultar un error al paciente, como la mala administración de medicamentos y procedimientos.
Conflicto cruzado	Cuando el sujeto de cuidado necesita una intervención, pero no se cuenta con la disponibilidad de equipos, insumos o personal entrenado.		(Justicia y Beneficencia): Falta de insumos para brindar cuidado de calidad y oportunidad que serían de utilidad en beneficio de la salud del sujeto de cuidado.

Fuente: Modificación propia a partir de Maliandi y Thüer (2008)

Capacidad de agencia en la profesión de enfermería. (Categoría 2)

La capacidad de agencia en la profesión de enfermería está en relación directa tanto con el conocimiento (saber-saber), como con a la actitud del agente frente a una problemática que surge del estado de salud del sujeto de cuidado, lo que lleva a tomar decisiones autónomamente.

Para Sen (2000) la capacidad de agencia está relacionada con la verdadera libertad objetiva para lograr alcanzar aquello que es necesario o tiene un valor. Pavez Soto y Sepúlveda Kattan (2019) la definen como la capacidad de los individuos para hacer frente al poder y a la determinación de las estructuras sociales, lo que significa ser un agente autónomo.

Agente autónomo

Ser agente autónomo es tener autonomía, definida como “la facultad de la persona o entidad que puede obrar según su criterio, con independencia de la opinión o el deseo de otros” (Oxford Languages) y que legalmente se define como la “la capacidad de los sujetos de derecho para establecer reglas de conducta para sí mismos y en sus relaciones con los demás, dentro de los límites que la ley señala.” (RAE). Aplicando el concepto a la profesión de enfermería, podemos decir que es la capacidad de autorregularse y elegir individualmente sin ningún tipo de coacción externa. Es decir, actuar de manera libre, para lo que es necesario tener los conocimientos y la capacidad reflexiva para ejercer un buen criterio en la toma de decisiones.

Desde el punto de vista filosófico existen dos condiciones esenciales para hablar de autonomía: la primera, es la libertad referida a la actuación, independientemente de las influencias que pretendan coaccionar o controlar al individuo; y la segunda, es ser agente o tener la capacidad de actuar con intención.

En concordancia con lo anterior, la autonomía permite a los agentes tomar decisiones propias, lo que significa responsabilizarse de las consecuencias de las acciones sobre el sujeto de cuidado (Beauchamp y Childress, 1999)

Origen de las razones para actuar

Es importante establecer que el agente que ejecuta las acciones tiene razones para actuar y ante un deber presuntivo (el que establece la ley o la normatividad) y uno relativo (el que pone en acción el agente de acuerdo a su moralidad al tomar decisiones en su actuar) decide de acuerdo con lo que cree es su mejor interés. Las acciones de un agente se explican a partir de todo tipo de causas: hábitos, tendencias a imitar las acciones de los demás, elementos significativos previos

que pueden propiciar uno nuevo, creencias en lo bueno o lo malo, etc., y otros factores que incluso pueden impulsarlo a tomar decisiones no argumentadas y ajenas a la prudencia (Foot, 2002)

Al hablar de prudencia es necesario hablar de virtudes, con referencia al concepto de valores de una persona. Un buen ser humano posee virtudes que lo llevan a actuar en forma correcta. En este orden de ideas, las virtudes personales se adquieren a través de la exploración del conocimiento (estudio) y la experiencia vital (el ejemplo y la vivencia del acierto y el error). Las virtudes de carácter son la templanza, el valor, la justicia, la continencia, la generosidad y la magnanimidad. La repetición de buenas acciones, la elección de lo bueno, lo conveniente y lo agradable, evitando lo vergonzoso, perjudicial o doloroso es una experiencia vital que nos enseña a actuar de manera correcta. En definitiva, una virtud se forma por repetición de buenas acciones, mientras los vicios se adquieren por repetición de malas acciones. Las personas virtuosas son quienes eligen las buenas acciones. (Marques, 2002) Desde la perspectiva de Adela Cortina, en la conferencia de ética profesional, la virtud es ser excelente profesional con conocimiento y vocación para ofrecer y poner al servicio de la sociedad un bien con oportunidad, calidad y humanismo. (Cortina, 2014)

Enfermera(o) como agente del acto de cuidado

Es necesario entender capacidad de agencia como la ciencia de las acciones. El concepto de acción implica un contenido de ejecución que es parte de una continuidad entre inicio y fin. Acciones como ir de compras o saltar la cuerda, al ser individualizadas generan conciencia sobre la actividad realizada. La teoría de la acción implica la “sociedad del hacer”, donde quien no actúa es inexistente (Moles y Rohmer, 1983)

Para Donald Davidson (1995) cuando un agente racionaliza una acción se hace consciente de sus consecuencias. Cuando una persona quiere hacer algo muestra una actitud favorable hacia esa acción, como si creyera que le beneficia (o supiera, o notara, o recordara) que su acción es positiva para sí mismo. En esta determinación se incluyen actitudes tales como deseos, impulsos, instintos y una gran variedad de convicciones morales, principios y prejuicios. Para Davidson (1995) es importante hablar de “actitud”, pues no sólo hace referencia a un rasgo de comportamiento, si no a la actitud favorable para realizar una acción mediante una razón primaria, la cual se construye a través del querer hacer algo que luego hace, como lo explica la Tabla 3.

Tabla 3. Teoría de la acción en el acto de cuidado

Fuente: Modificación propia a partir de Davidson (1995)

Para Habermas (citado por Londoño, 2004) creador de la “acción comunicativa”, la acción parte de la racionalidad y el lenguaje; por lo tanto, es la capacidad de expresarse mediante una acción para ejercer el conocimiento en un ámbito laboral, pero también para interactuar socialmente. El profesional de enfermería que asume el rol de agente debe comprometerse a establecer una comunicación clara, concreta y concisa, pero también afable, con el sujeto de cuidado, a fin proporcionar un acto de cuidado ético y responsable.

De acuerdo con este modelo, el lenguaje permite la comprensión del mundo para responder a las necesidades del otro, en una acción consensual en la que la norma oriente al profesional de enfermería para guiar la voluntad del sujeto de cuidado hacia el beneficio de su salud en una autoescenificación para los espectadores de la acción. (Londoño, 2004)

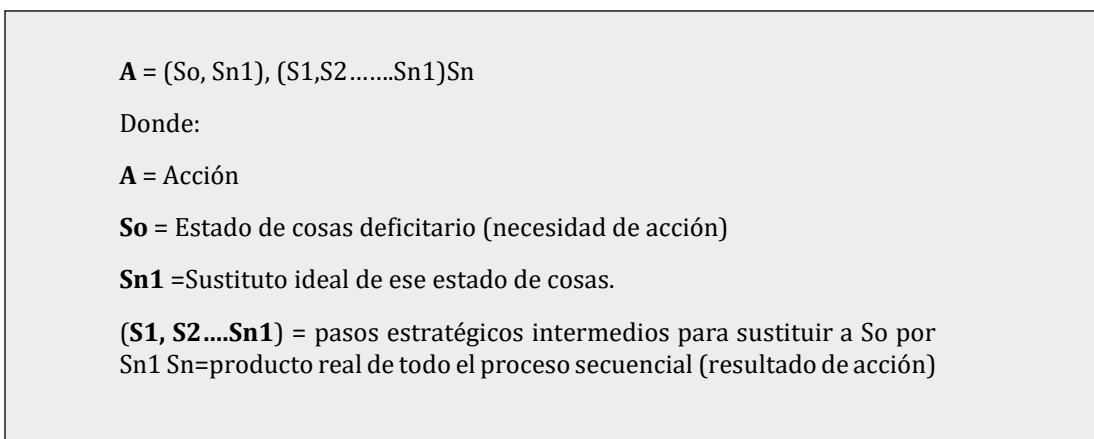
Así, si se utiliza el concepto de racionalidad como conductor en la consecución de las acciones para llegar a la resolución de una situación, se empleará el comportamiento inducido por estímulos (juicio no racional), donde los estímulos externos e internos -como el entorno- inducen a aceptar un sistema casi autorregulado, que son cuasi-acciones; es decir, como si los

sujetos expresaran la capacidad de acción y en consecuencia se pudiera generar la solución de sus problemas, facilitando la toma de decisiones. (Jiménez Redondo, 1987)

Elizabeth Anscombe (Orrego, 2007) en su defensa de la ética de los absolutos morales contra todo tipo de corrupción, dio origen al consecuencialismo, doctrina moral en la que la moralidad de los actos humanos debe evaluarse desde la perspectiva de sus consecuencias, dado que pueden prevenirse desde la deliberación racional.

Según Argyris y Shön, citados por Sulbarán (2001), la teoría de la acción concibe al individuo como un ser que conscientemente planea, ejecuta y evalúa sus acciones, y éstas responden a la intención inicial; pero, en caso de no responder como inicialmente se determinó, se puede optar por modificar la acción para modificar los resultados. Por lo tanto, los agentes planean acciones mediante las cuales se logran consecuencias intencionales y controlan las acciones para determinar una respuesta eficaz (Sulbarán, 2001), como lo explica la Gráfica 2.

Gráfica 2. Elementos de la teoría de la acción



Fuente: Argyris y Shön, citados por Sulbarán (2001, p. 8)

Haciendo una analogía, la profesión de enfermería cuenta con una muy importante herramienta metodológica para planear los cuidados del sujeto, llamado “proceso de enfermería”, definido como un conjunto de acciones intencionadas por las que el profesional de enfermería, basándose en modelos y teorías, planea cuidados a partir de una valoración, un diagnóstico de enfermería, y la planeación, ejecución y evaluación de la respuesta humana. Sin embargo, esta acción es un método sistemático y organizado, de acuerdo con la necesidad particular de cada

sujeto de cuidado, que comprende la alteración real o potencial de su salud. (Universidad Manuela Beltrán, 2010) Para ponerlo en contexto, en la práctica de enfermería la relación profesional con el sujeto de cuidado estaría dada por (So) que será la propuesta de cuidado basada en la respuesta humana del sujeto, (Sn1) que es la evaluación de la meta propuesta en el plan de cuidado para que el individuo responda a la necesidad y (Sn) que es la secuencia de las etapas del proceso de enfermería. (Sulbarán, 2001)

Para la planeación del acto de cuidado son necesarios los conocimientos y todas las competencias profesionales. Así mismo, estas acciones pueden estar permeadas por otras perspectivas o corrientes como la feminista, basada en la experiencia de las mujeres y el derecho al respeto como agente moral; es decir, que tenga el reconocimiento que le permita tomar decisiones y ejecutarlas con responsabilidad, amor y bondad, según se explica en la Tabla 4 a continuación.

Tabla 4. Agencia del cuidado desde la perspectiva feminista. (pág. 1 de 2)

Autoras	Perspectiva de las autoras	Desarrollo de la acción para el profesional de enfermería
Virginia Held	Agente moral 1. Seguridad a la persona.	Debe comprometerse a usar la comunicación para asegurar y mitigar las necesidades básicas del sujeto de cuidado.
	2. Responsabilidad moral	Involucrar al cuidado a la familia y al Estado (derecho a la salud) que tengan acceso a la atención en salud.
	3. Experiencia	Dado el conocimiento de las complicaciones, poner en práctica acciones que ya han tenido resultados positivos en el cuidado.
	4. Prácticas afectivas	Motivarse desde el amor por el otro y brindar cuidado efectivo con calidad y oportunidad.
	5. Independencia.	Desde el cuidado se debe fomentar al individuo al autocuidado; es decir, a su propia agencia por su salud.
	6. Emociones	Brindar un trato cuidadoso, justo y razonable. Los sentimientos necesitan ser reflejados y educados; es decir, el profesional debe mostrar empatía en su relación con el individuo.
	7. Justicia y cuidado	Realizar prácticas aplicando la igualdad, la solidaridad y los derechos humanos, para generar una relación de confianza y cultivar relaciones afectuosas. Se debe buscar la resolución del problema individual.

Tabla 4. Agencia del cuidado desde la perspectiva feminista. (pág. 2 de 2)

Autoras	Perspectiva de las autoras	Desarrollo de la acción para el profesional de enfermería
Carol Gilligan	Capacidad de cuidar a los demás 1. Usar la voz: capacidad de comunicación y disminución del silencio.	Realizar prácticas en las que se escuche al individuo, porque es un medio efectivo para resolver conflictos de resistencia al cuidado por parte del profesional.
	2. Amor	No se puede cuidar sin experimentar sentimientos de solidaridad, tolerancia y respeto al individuo.
	3. Bondad	Preocuparse por el sujeto de cuidado como individuo y prestarle atención con oportunidad y calidad.
	4. Narrativas	Escuchar a los individuos para que cuenten sus experiencias vividas y así poder responder a sus necesidades y disminuir su resistencia.
Judith Butler	Estabilizar voces acalladas 1. Política	El profesional de enfermería debe adquirir conciencia, y desarrollar juicio y pensamiento críticos para buscar reorganizar las relaciones de poder desde la política pública y la institución donde trabaja.
	2. Género	No por ser una profesión mayoritariamente femenina debe ser vista como compuesta por agentes débiles y vulnerables, si no que debe trabajarse para transformar el actuar y lograr ser escuchadas, obteniendo voz y voto en los ámbitos político e institucional, para ser partícipes en la creación de las políticas que atañen a la profesión; es decir, poder tomar decisiones.

Fuente: Modificación propia a partir de (Held, 2006); (Gilligan, 2013); (Butler, 2017)

Con base en los argumentos anteriores, la teoría de acción debe producir gestión por el profesional hacia la toma de decisiones con responsabilidad y así brindar al sujeto de cuidado calidad de vida de manera individual, familiar y colectiva, para lo cual podría tomar aportes desde la ética feminista, como lo muestra la Tabla 4, pues claramente la profesión de enfermería podría agenciar el cuidado de los sujetos a partir de este enfoque. Si bien la enfermería tiene varios elementos de la ética feminista, la invitación al profesional de enfermería es a actuar desde la autonomía con responsabilidad, ser voz de sí mismo, del otro y del entorno, desde la participación hasta la evaluación de todo lo concerniente con la atención del sujeto de cuidado, teniendo en cuenta la participación política en la elaboración, ejecución y evaluación de las políticas públicas relacionadas con el cuidado, con el ánimo de ofrecer intervenciones de enfermería que incluyan todos los elementos y procedimientos necesarios, pero también con bondad y amor.

Desde la perspectiva de Butler (2009) es necesario comprender la relación de mismidad (consigo mismo) con la de alteridad (con el otro), tratando de establecer relaciones equánimes en las que el “yo” no se sobreponga al otro, pero tampoco permita ser subyugado. Entendiendo esta compleja relación la autora cita a Hegel y su esquema del reconocimiento, cuando explica cómo este no puede darse de manera unilateral, si no al constituirse una relación recíproca con el otro, donde se da un reconocimiento mutuo; es decir, los dos involucrados tienen autoconciencia y acción en el otro, exactamente como sucede en la ética del cuidado, en la relación que se establece entre el profesional de enfermería y el sujeto de cuidado, cuya vida depende del éxito del procedimiento, lo cual redundaría en el reconocimiento de la profesión de enfermería. Es por esto que la tesista concluye que la responsabilidad demostrada en el acto de cuidado contribuye al reconocimiento y valoración de la profesión.

En palabras de Hegel (1977), (citado por Butler, 2009), no se ofrece un reconocimiento como mero ofrecimiento, si no como resultado de la manera en que se ve al otro. En sí, el concepto es un acto que reconoce al otro como “me reconozco a mí mismo” y el otro permite el reconocimiento de mismidad, por lo que se convierte en el proceso desde el cual “dejo de ser capaz de volver a ser lo que era... dado que el **Yo** se transforma merced al acto de reconocimiento” (Butler, 2009, p. 44,45) Dicho proceso permite cambiar, evolucionar y transformar el **Yo** y, a partir del autoconocimiento. En ese orden de ideas, el proceso de reconocimiento requiere preguntarse

“¿quién eres?” en esa relación de reciprocidad. De acuerdo con Hannah Arendt (1993, citada en Butler, 2009), en el acto de esta relación es importante establecer una política relacional, para salvaguardar al otro en momentos de vulnerabilidad en el sentido de Levinas: subjetividad ética que toca la esencia identitaria permitiendo al Yo sustituirse por “el otro-en el mismo”, y transforma la subjetividad en solidaridad “del uno-para-el-otro.” (Levinas, 1987, pág. 58) y, en consonancia, el Yo afronta la demanda ética de honrar y dignificar al otro. (Butler, 2009) Aplicándolo a la práctica de la enfermería, en la relación entre el sujeto de cuidado y el profesional debe existir un mutuo reconocimiento, además de un acto de cuidado humanizado basado en valores, para proteger y favorecer la evolución del proceso de salud en el sujeto.

“La ética de la vulnerabilidad de Levinas, citado por Pelluchon (2013), pregunta:

'¿acaso soy el que dice yo?' Donde el enfermo tiene derechos y el profesional de salud deberes, donde se afecta la conciencia por ver al otro mal físicamente, y no es culpabilidad, si no que se afecta a pesar de saber que no se tiene culpa en ese dolor o sufrimiento del otro, en términos de Levinas esta afectación en esa relación es la sustitución o responsabilidad con el otro, lo que significa humanidad, la no indiferencia ante la muerte, el dolor o el sufrimiento que para este autor es que 'la palabra yo significa: heme aquí.'” (p. 226)

La ética del cuidado aporta a la profesión de enfermería elementos que permiten construir una relación entre el profesional de enfermería y el sujeto de cuidado basada en el respeto, la bondad, la empatía, el compromiso moral y la comprensión del otro. Es así que los profesionales de enfermería, más allá de cumplir normativas hacia favorecer la calidad y la oportunidad, tienen el compromiso de tomar decisiones de acuerdo con cada individuo, comprendiendo las diferentes situaciones y el contexto del sujeto para ser la voz de quienes no son escuchados y, como lo establece el Código deontológico, pensar en los grupos vulnerables o con limitación en la autonomía (Ley 911, 2004). Para ello, se convoca a reflexionar y comprender las cuestiones políticas relacionadas con la salud, con el propósito de levantar la voz y buscar soluciones que apunten al mejoramiento del cuidado de las personas.

Capacidad de agencia en la política pública (Categoría 1)

Partiendo de la evidencia de que las políticas públicas establecen adecuados lineamientos para el ejercicio del acto de cuidado, la capacidad de acción del profesional de enfermería debe estar encaminada a su conocimiento y aplicación, para lo que es relevante iniciar con el origen de

las políticas de Estado encaminadas a la búsqueda de la regulación de un espacio social y de la unidad en el ejercicio del poder asociado a la soberanía en la administración del día a día, como el orden público, y las dimensiones de bienestar y cultura. Tales políticas buscan definir o reglamentar los lineamientos establecidos en un Estado de derecho. En sí, las políticas son la representación, oficialización y legitimación de estrategias diseñadas por actores de los ámbitos privado y público (comunidad y colectivos) que actúan con ideas contradictorias para llegar a construir un documento con objetivos que beneficien a la sociedad en general. (Roth Deubel, 2018)

Concepto de política pública

Citando a Roth Deubel (2018), para definirlo es necesario comenzar por establecer el concepto de política, primero “concebida como el ámbito del gobierno de las sociedades humanas” (p. 35), segundo como “la actividad de organización y lucha por el control del poder” (p. 35), y tercero como “la designación de los propósitos y programas de las autoridades públicas.” (p. 35) Es decir, una política pública es el resultado de mesas de trabajo o actividades encaminadas a enfrentar un problema detectado por los diferentes actores, para orientar acciones a través de programas, con la intervención orientada por la autoridad que actúa en representación del Estado para ejercer poder con estos propósitos.

Ahora, de las posibles definiciones de la política, una es muy aceptada es que es el dispositivo de control del Gobierno (Roth Deubel, 2018) que se hace evidente a través de documentos como leyes y resoluciones que regulan los diversos aspectos de la vida de una Nación. En relación con el ámbito del rol en enfermería en Colombia, para este estudio se tendrán en cuenta los siguientes documentos que la regulan: 1) la Política Nacional de Talento Humano en Salud, 2) la Política Nacional de Talento Humano en Enfermería, 3) el Plan Estratégico 2020-2030, 4) el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), 5) los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 6) los documentos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que hacen referencia a los trabajadores de enfermería.

Participación en la formulación de las políticas

En Colombia, el artículo 2° de la Constitución Política dispone, entre los fines esenciales del Estado, servir a la comunidad y facilitar la participación de todos los ciudadanos en las decisiones que los afectan, en dimensiones como la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación. Por su parte, la Ley 489 de 1998, en el capítulo VIII, establece la

democratización y control de la administración pública, junto con la Ley Estatutaria 1757 de 2015, la cual estipula los deberes y derechos de la ciudadanía en las diferentes fases de la gestión pública: planeación, implementación, seguimiento y evaluación (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2017)

La participación ciudadana está conformada por personas de los diferentes colectivos, instituciones públicas, academia, autoridades políticas, organizaciones formales e informales y se realiza mediante procesos de diálogo, deliberación y concertación a partir del análisis y del entendimiento de los problemas y las posibles respuestas a los mismos. Los sujetos participantes tienen el compromiso de realizar trabajo colaborativo, expresando su alcance mediante el proceso de informar las temáticas a tratar, además de opinar sobre algún tema, propuesta o situación, y concertar o construir posibles soluciones a un problema. En suma, todo el proceso conduce a llevar a buen término la gestión de la política (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2017)

Enfoques teóricos para el análisis de las políticas públicas

Estas orientaciones se entienden como la manera de dirigir el interés gubernativo hacia un asunto particular con la finalidad de comprender las realidades, posibles situaciones y necesidades de la sociedad, y con el propósito de dar respuesta de forma pertinente por parte del Estado.

Las políticas públicas pasan por etapas o fases para identificar el problema, hacer el análisis de los diferentes agentes o actores y su participación, y diseñar propuestas estratégicas con su respectivo plan de acción para la implementación, el seguimiento y la evaluación del proceso, además de conocer si hay necesidad de ajustes y redireccionamiento. En este sentido, la agencia del profesional de enfermería se enfoca en el análisis de las políticas que regulan la profesión (Política Nacional de Talento Humano en Salud, Política Nacional de Talento Humano en Enfermería, Plan Estratégico 2020-2030, Política del Modelo de Acción Integral Territorial — MAITE—, los ODS de Naciones Unidas y los documentos de la OIT).

Tabla 5. Enfoques de las políticas públicas

Perspectiva	Análisis
Enfoque de derechos humanos	Este enfoque parte del cumplimiento de derechos humanos tales como igualdad y equidad, para identificar formas de exclusión y discriminación. Busca que las personas logren el reconocimiento mediante su propio desarrollo humano para reducir la disparidad, además de permear los otros enfoques.
Enfoque de género	Se entiende como la construcción social basada en las diferencias de género, incluyendo la importancia y la valoración de lo femenino y lo masculino, así como las atribuciones y divisiones del trabajo. Tiene como propósito disminuir la desigualdad entre hombres y mujeres, y favorece el empoderamiento para incrementar el desarrollo de las capacidades de la mujer.
Enfoque poblacional	La disposición poblacional aborda las diferentes categorías en función del ciclo vital, su condición y situación, así como la identidad y diversidad. Su objetivo es identificar, comprender y responder a las relaciones de la dinámica demográfica, los aspectos ambientales, sociales y económicos. Hace énfasis en las necesidades etarias.
Enfoque diferencial	Esta perspectiva identifica las características que comparten las personas para potenciar acciones diferenciales hacia el goce efectivo de sus derechos. Pretende comprender y visibilizar las dinámicas de discriminación y exclusión social, estableciendo acciones para los cambios desde la equidad y el desarrollo humano.
Enfoque territorial	Desde esta orientación se considera que el ser humano requiere de territorio para poder ejercer sus derechos humanos, pues el territorio es el espacio para la construcción de relaciones socioculturales. Persigue el desarrollo socioeconómico equilibrado por regiones, el mejoramiento de la calidad de vida y la protección del medio ambiente.
Enfoque ambiental	Este enfoque trabaja a partir los Objetivos de Desarrollo Sostenible —ODS (Naciones Unidas, 2015), que mediante sus acciones pretende beneficiar la promoción, protección, garantía y respeto de los derechos colectivos, así como el principio de sostenibilidad ambiental para garantizar la vida a futuro. Los objetivos de este enfoque van encaminados hacia la calidad ambiental, la ecoeficiencia y la armonía socioambiental.

Fuente: Modificación propia a partir de Alcaldía Mayor de Bogotá (2017)

Desarrollo metodológico

Este estudio tuvo un enfoque cualitativo fenomenológico-hermenéutico, basado en la fenomenología de Husserl, su fundador. El método fenomenológico permite hallar la validez definitiva del conocimiento en general sin ningún dogmatismo científico, pues lleva a un entendimiento definitivo de la constitución del mundo a través de la consciencia humana en su propia y particular experiencia. Al analizar la natural actitud humana y ponerla en relación con la actitud filosófica, la fenomenología como método concibe al mundo con una significación que tiene su fuente en la consciencia trascendental del sujeto. El mundo deja de ser la suma o conjunto de objetos ordenados en espacio y tiempo para mostrar su significación en la fuente, que es la consciencia humana, donde adquieren validez. O sea que la fuente de significación del mundo es el ego trascendental donde los fenómenos son moldeados por cada sujeto que experimenta su propia 'subjetividad trascendental' a través de una vivencia psíquica que es intuitiva, y una actitud reflexiva de los fenómenos. (Guerrero Castañeda & Do Prado, 2017)

Así, el método fenomenológico permite un enfoque descriptivo de la experiencia humana donde los fenómenos en estudio, a través de un análisis reflexivo que implica una responsabilidad social, guiado con el instrumento metodológico elegido, que en este estudio fueron entrevistas semiestructuradas. El enfoque hermenéutico permite la comprensión y la interpretación de los procesos o documentos sin manipular el objeto de estudio. (Packer, 2017)

En consonancia con lo expuesto, este enfoque se llevó a cabo mediante la revisión de un corpus de documentos de políticas de salud relacionadas con enfermería, y leyes o documentos de enfermería, tales como la Política Nacional de Talento Humano en Salud, la Política Nacional de Talento Humano en Enfermería, el Plan Estratégico 2020-2030, la Política del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas, así como algunos documentos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de agremiaciones y profesionales líderes en los distintos roles de la enfermería, de los cuales se analizaron para el estudio dos categorías: 1) la capacidad de agencia en la profesión de enfermería y 2) la capacidad de agencia en la política pública, mediante la aplicación de entrevistas semi-

estructuradas a profesionales en los diferentes roles.

Objetivos

Objetivo General

Para el desarrollo de la tesis se planteó como objetivo general comprender los significados sobre conflictividad sincrónica y diacrónica con los que se constituye la capacidad de agencia de los profesionales de enfermería, desde la perspectiva de la ética convergente, en la política pública que regula el ejercicio de enfermería en Colombia.

Objetivos Específicos

1) develar los conflictos sincrónicos y diacrónicos que emergen en los significados de la política pública que regula el ejercicio de enfermería en Colombia, 2) develar los conflictos sincrónicos y diacrónicos que emergen en la constitución de la capacidad de agencia del ejercicio profesional de enfermería, y 3) reflexionar sobre las implicaciones bioéticas de los significados sobre la capacidad de agencia del ejercicio profesional y del dispositivo normativo del ejercicio profesional, siguiendo la reflexión pragmática trascendental sugerida por Maliandi.

Procedimiento

En cuanto a los objetivos propuestos, se llevó a cabo un procedimiento que consistió en tres fases:

Primera fase

Indaga sobre la capacidad de agencia en la política pública. Este procedimiento tiene un enfoque hermenéutico cuyas dimensiones son la comprensión, la interpretación y la reflexión de los significados de los diferentes documentos de la política pública relacionados con la profesión de enfermería en el ámbito nacional. Se trabajó mediante un análisis de contenido que buscó identificar las características y los conflictos bioéticos sobre la agencia desde la perspectiva de Maliandi. Los documentos de política revisados fueron los relevantes en el tema de la profesión en enfermería. Para la recolección de datos se utilizó una matriz analítica de Excel que facilitó examinar las diferentes políticas mediante el análisis de contenido (Andréu Abela, 2018), lo que permitió categorizar los conflictos descritos por Maliandi. Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta las políticas relacionadas con la profesión de enfermería que regulan su ejercicio en Colombia. En cuanto a los criterios de exclusión, se desecharon las políticas de salud no

relacionadas con la profesión de la enfermería.

Segunda fase

Indaga sobre la capacidad de agencia en la práctica profesional de enfermería desde la doctrina fenomenológica, para explicar la esencia de las experiencias de las personas. (Rodríguez Gómez *et al.*, 2002) Esta perspectiva metodológica permite comprender los diferentes ámbitos o roles de los profesionales de enfermería. Como instrumento de recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada para abordar las experiencias, los roles y los conflictos de la capacidad de agencia de los profesionales de enfermería —previo consentimiento informado— así como toda consideración de carácter ético frente a los profesionales de enfermería seleccionados.

El instrumento de recolección de datos (entrevista semiestructurada) fue evaluado por cinco pares expertos (jueces), con el objetivo de ajustar las variables para evaluar de manera cualitativa la suficiencia, la coherencia, la claridad o la relevancia de cada indicador. Con estos resultados se ajustaron las variables para proceder con la prueba piloto, para lo que se acudió a cinco profesionales de enfermería en el ejercicio profesional de algunos de los roles. Posteriormente, se realizaron las entrevistas a doce profesionales de enfermería de los diferentes roles (asistencial, investigativo, gerencial, de salud pública, docencia e independiente), seleccionados por conveniencia y manteniendo todos los aspectos de confidencialidad, más el consentimiento informado. Como criterio de inclusión se tuvo en cuenta que se tratara de profesionales de enfermería, y como criterio de exclusión, que fueran auxiliares de enfermería.

Tercera fase

Consistió en el análisis de la capacidad de agencia del profesional de enfermería y la política pública, desde la conflictividad bioética de Maliandi, para construir algunas líneas de acción y reflexión bioética, como aporte enriquecedor el análisis de esta situación.

Presentación y análisis de resultados

En la Primera Fase, que buscó develar los conflictos sincrónicos y diacrónicos emergentes de los significados de la política pública que regula el ejercicio de enfermería en Colombia, se hacen citan de esas políticas referentes a la profesión de enfermería, para lo que se acudió al *software* del análisis cualitativo de datos ATLAS.ti.

En la Segunda Fase se realizaron 12 entrevistas semiestructuradas, con previo consentimiento, a profesionales de enfermería de los diferentes roles (asistencial, investigativo, gerencial, de salud pública, docencia e independiente). Como criterio de inclusión se tuvo en cuenta que se tratara de profesionales de enfermería, y como criterio de exclusión, que fueran auxiliares de enfermería.

En la Tercera Fase se trianguló la información en el programa ATLAS.ti, relacionando y describiendo las narrativas, codificadas desde códigos abiertos, a partir de la perspectiva de Maliandi, para comprender si hay o no evidencia de conflictividad o tensiones que quebranten la capacidad de agencia del profesional.

Primera Fase

Hace referencia a los conflictos emergentes de los significados de las políticas públicas que regulan el talento humano en salud en general, y específicamente, el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia, asociados a varias dimensiones vinculadas a su vez con el acto de cuidado y las condiciones para el ejercicio profesional, que se describen a partir de dos categorías: conflicto sincrónico y conflicto diacrónico.

En la primera categoría, o de *conflicto sincrónico*, se analiza la situación en Colombia desde lo universal (justicia) establecido por las políticas, y lo individual (autonomía); es decir, la toma de decisiones y el liderazgo. La segunda categoría, o *conflicto diacrónico*, se analiza desde la realización (beneficencia) de todos aquellos elementos que se brindan para construir el acto de cuidado y la conservación (no maleficencia), y toda manifestación de respeto por la vida.

Conflicto sincrónico (universal). Situación de la profesión en Colombia

En Colombia, en la Política de talento humano en salud, y específicamente en las de enfermería, se evidencia la falta de reconocimiento al trabajo que se brinda a los profesionales de enfermería, marcado por condiciones laborales precarias (como contratos no favorecedores y

sueldos muy bajos), además de la problemática por la escasez -en algunas instituciones- de los elementos necesarios para brindar cuidado (insumos, medicamentos y acceso a tecnologías), lo que contribuye a desdibujar el reconocimiento del papel de la enfermería, como se puede ilustrar con los párrafos de las políticas públicas analizados y relacionados en esta investigación.

La Política Nacional de Talento Humano en Salud (Minsalud, 2018) es el documento regulador que tiene como propósito garantizar las condiciones de los profesionales del área de la salud, por lo que sobre ella se argumentan algunos problemas asociados a su ejercicio. Por lo tanto, las reflexiones sobre su contenido y las citas del texto que se hacen en esta tesis se refieren a tres categorías correlacionadas con los obstáculos en la capacidad de agencia del profesional de enfermería.

De su lectura se desprende que es evidente que se requiere actualizar y profundizar en aspectos relacionados con la distribución y suficiencia regional, local y por servicios del personal sanitario de las diferentes profesiones y ocupaciones, en sus condiciones laborales y de ejercicio y en el impacto que ocasiona en la calidad de los servicios y en el desarrollo del talento humano, así como en los flujos migratorios y la pertinencia de la educación en salud, entre otros aspectos. (PNTHS¹ Minsalud, 2018, p. 12)

Es claro que la profesión de enfermería está en crisis, y así también lo muestran algunos estudios. (ANM et al., 2013) Aún en 2021 estas dificultades u obstáculos en la profesión menoscaban continuamente el ejercicio profesional y el acto de cuidado.

Para la profesión de enfermería el cuidado es la esencia y el ser de la relación que se construye con el sujeto de cuidado, como lo dictaminan el derecho a la salud, la responsabilidad de enfermería (Ley 266, 1996) y el Código deontológico (Ley 911, 2004). Pero “Las relaciones entre los agentes se tornaron más complejas y la capacidad de rectoría del Estado, en particular del Gobierno nacional, cedió terreno en favor de las dinámicas de los mercados” (Minsalud, 2018, p. 16), por lo que se privilegia el beneficio económico, dejando de lado a los actores involucrados (es decir, tanto a los que brindan como a quienes reciben cuidados), lo cual redundará en la disminución de la calidad y la oportunidad, quebrantando la autonomía del profesional de enfermería, como se deduce de la siguiente afirmación:

“Por otra parte, no han favorecido la coordinación armónica de políticas intersectoriales

¹ PNTHS: Política Nacional de Talento Humano en Salud.

alrededor de objetivos comunes, lo que genera efectos no deseados, por ejemplo, en las condiciones laborales y de ejercicio de las profesiones y ocupaciones de la salud, así como en la pertinencia de la formación y en la coherencia y efectividad de los incentivos y la regulación, entre otros.” (PNTHS Minsalud, 2018, p. 16)

Lo que revela que no se tienen en cuenta los lineamientos establecidos por las leyes de la profesión, la OIT y los intereses de la profesión en relación con el desarrollo intelectual, para responder a una población con innumerables necesidades en las diferentes dimensiones del cuidado y en los aspectos básicos para mejorar la calidad de vida, como el trabajo decente. (Ley 266, 1996; Ley 911, 2004; OIT, s.f.)

Además, se establece la existencia de relaciones conflictivas entre los profesionales en salud, debida a

“Relaciones asimétricas entre los agentes que participan en los mercados, donde el talento humano (particularmente auxiliares, técnicos y profesionales no médicos) encuentra mayores dificultades para participar y defender sus posiciones frente a agentes como las instituciones de educación superior, las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones de Prestación de Servicios de Salud y las autoridades estatales.” (PNTHS Minsalud, 2018, p. 16)

Lo anterior va en contravía de lo que establece la Ley 911 de 2004 para los profesionales de enfermería, que deben contar con el derecho a la autonomía para participar y tomar decisiones, y contradice el capítulo VI de la Ley 266 del 1996 que decreta los derechos de los profesionales para ejercer la profesión en un ámbito ético, lo que incluye recibir un trato digno, justo y respetuoso.

También se denuncian las malas condiciones laborales y la falta de exigencias de los profesionales de enfermería, en oposición a lo establecido en la ley:

- La ley 911 de 2004 establece las condiciones necesarias para el ejercicio de la profesión de enfermería, pero la evidencia muestra que: “Las instituciones de salud no siempre ofrecen las condiciones básicas de desarrollo laboral, profesional y personal de este capital humano.” (PNTHS Minsalud, 2018, p. 17)
- Los empleadores no tienen en cuenta el valor de los profesionales y menos la normativa establecida en la Ley 266 de 1996. El desconocimiento de esta normativa redundará en baja

calidad en la atención del sujeto de cuidado.

La Ley 266 (artículo 21, numeral 3) establece que el profesional de enfermería tiene derecho a acceder y recibir oportunidades de progreso profesional y social, así como a continuar con los estudios posgraduales o de formación informal que propicien el crecimiento y desarrollo humano de los profesionales en su calidad de profesionales universitarios o posgraduados, de acuerdo con los títulos acreditados, y a ser ubicado en los escalafones correspondientes en los sistemas de salud y educación. Y el numeral 7 ordena:

“Considerar elementos como la capacidad del sistema de salud y sus instituciones para absorber adecuadamente los incrementos en la oferta de este capital humano y su impacto en la empleabilidad, remuneración y desarrollo humano de los profesionales.” (PNTHS Minsalud, 2018, p. 19)

En cuanto a la política de talento humano, debe aclararse que

“Tampoco exige colegiatura profesional o pertenencia a asociaciones científicas, ni la presentación de evaluaciones de certificación o recertificación profesional, como requisitos para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones de la salud, como ocurre en otros países. En general, la vinculación de personal sanitario a los servicios de salud tiene como requisito básico la autorización vigente del ejercicio de una profesión u ocupación.” (PNTHS Minsalud, 2018, p. 28)

En otras palabras, en Colombia no es obligatorio estar asociado al Colegio de enfermería ni presentar evaluación posterior al pregrado; ni tampoco está establecida la evaluación de recertificación para el continuo desempeño profesional, aunque sería prudente considerar este paso en la profesión, con miras a garantizar una constante actualización y el requerimiento de mejora en las condiciones laborales, que existen, pero no se cumplen. En otros países del área, por ejemplo, Costa Rica, la enfermería está en proceso de recertificación para seguir con la actualización. Por lo general, este proceso inicialmente se instaura de manera voluntaria, como ha sucedido en otros países de la región, pero actualmente reviste carácter obligatorio en Canadá y Estados Unidos de América. (Colegio de enfermeras de Costa Rica, 2017)

La realidad es que en Colombia estas necesidades de los profesionales en enfermería son ignoradas por las instituciones contratistas por razones de productividad, en procura del cumplimiento de metas económicas: “Enfermería, con un IBC promedio de \$2.375.655, se encuentra en un puesto intermedio entre todas las profesiones de las diferentes áreas del

conocimiento.” (PNTHS Minsalud, 2018, p. 30)

Como se ha descrito anteriormente, la enfermería no tiene un reconocimiento salarial digno por su trabajo, lo que genera malestar en el profesional y lo obliga a buscar más de un puesto de trabajo para lograr una vida digna para sí y su familia.

La gestión del talento humano en el sector ha estado más en función de flexibilizar las plantas de personal, mejorar la productividad y controlar el gasto a corto plazo, que en formular políticas institucionales de largo plazo dirigidas a mejorar los resultados en la salud de las personas, la calidad de los servicios y el desarrollo integral de los trabajadores, como elementos constitutivos de la sostenibilidad de las instituciones. (PNTHS Minsalud, 2018, p. 32)

Con estos planteamientos queda claro que no se reconoce el trabajo del profesional al cuidado de otros, como lo dicen las políticas y la normativa de la profesión (Ley 911, 2004), lo que redundaría en la falta del cuidado de sí para cumplir con las expectativas personales y la calidad de vida del profesional, aunque, positivamente, la política expone cómo deben ser las condiciones para el crecimiento profesional, al

“Considerar incentivos para mejorar la disponibilidad de talento humano en estas zonas, como la priorización de acceso y financiación de programas de educación formal y continua, el pago de primas o sobresueldos, el apoyo permanente a su desempeño por parte de pares, expertos e instituciones y la facilidad de acceso a las TIC.” (PNTHS Minsalud, 2018, p. 40)

Es decir, los profesionales no cuentan con los medios necesarios para fortalecer el conocimiento, como lo estipula la Ley 911 de 2004, donde se establece que los empleadores deben apoyar el desarrollo profesional y académico.

“Falta de pertinencia en la formación, oferta laboral excesiva en unas profesiones y deficitaria en otras, con implicaciones en la empleabilidad, los salarios, las condiciones laborales del personal de la salud, así como en el acceso, calidad y costos de los servicios de salud.” (PNTHS Minsalud, 2018, p. 40)

En pocas instituciones colombianas, o sólo en algunos de los roles desempeñados se reconocen los estudios posgraduales, aunque algunas especialidades son más solicitadas para áreas críticas en rol asistencia (MEN, 2017)

“El uso inadecuado de instrumentos de contratación, como el que se hace a través de terceros, o mediante cooperativas, o los contratos de prestación de servicios, someten a los trabajadores de enfermería a cambios frecuentes e impredecibles en sus condiciones contractuales, que no dependen de su desempeño si no de factores coyunturales como los cambios en las administraciones. Esta situación genera incertidumbre, debilita la confianza entre el trabajador y el empleador y no permite la construcción de capacidades institucionales para el mejoramiento de los servicios, con consecuencias negativas.” (PNTHS Minsalud, 2018, p. 42)

Este tipo de vinculación genera diferencias en los profesionales, a quienes se termina menoscabando en su ejercicio y condiciones de vida.

Para la autora es relevante fortalecer, desde la etapa de formación académica, a partir del currículum, el saber-conocimiento, el hacer-procedimental y el ser o la forma de relacionarse con el otro. (Navas-Ríos y Ospina-Mejía, 2020) De este modo: “Los sistemas de salud y educación deben enfocarse en el desarrollo de competencias adecuadas en el talento humano disponible en el país y sus regiones” (PNTHS Minsalud, 2018, p. 49), al igual que en la promoción y defensa de las condiciones laborales que garanticen una práctica profesional desde la ética del deber ser.

Conflicto Sincrónico-Individual. Autonomía, liderazgo y toma de decisiones

Esta segunda categoría hace referencia a los procesos necesarios para buscar orientar el ejercicio profesional y la gestión de los recursos del talento humano en salud.

Pocas instituciones en el ámbito de la salud reconocen el valor del ejercicio profesional de la enfermería, situación que genera malestar, resentimiento y baja calidad de vida entre los profesionales, quienes dan todo de sí para el cuidado del otro. (Garcés Giraldo y Giraldo Zuluaga, 2013) En consecuencia, se vulnera el ejercicio de la autonomía porque no existen las condiciones necesarias para su desarrollo profesional, puesto que “En Colombia el pago por desempeño casi no se usa” (PNTHS Minsalud, 2018, p. 33), lo que impide el reconocimiento al profesional desde el aspecto económico. Además, “Limitaron la autonomía y el trabajo en equipo, incentivos clave para el talento humano.” (PNTHS Minsalud, 2018, p. 33)

Dentro de los principios de la profesión se halla la toma de decisiones, para la que es indispensable la autonomía; no obstante, la política quebranta este principio fundamental para

propiciar y planear cuidados como repuesta humana frente a las necesidades del sujeto de cuidado. (Ley 911, 2004)

Otro factor con incidencia negativa en la autonomía del profesional de enfermería es que “[...] una parte significativa de la actualización y la formación continua es ofrecida por empresas que producen o comercializan servicios, medicamentos, tecnologías e insumos, lo que implica riesgos para la ética profesional por el espacio que se genera para oferta de dádivas y prebendas no deseables. Igualmente, se identifican pocas instituciones con modelos de gestión que vinculen incentivos asociados a mejoras en la calidad y los resultados en salud.” (PNTHS Minsalud, 2018, pág. 34)

Y aunque no todas las instituciones de salud van en detrimento del acto de cuidado, particularmente porque la falta de cuidado propicia la toma de decisiones que ponen en riesgo la vida del sujeto de cuidado, así como la situación y responsabilidad legal y ética del profesional, es innegable que

“La baja capacidad resolutive tiene efectos negativos en la calidad y la oportunidad de los servicios, por demoras, trámites y remisiones innecesarias, que impactan los resultados o desenlaces en la salud de las personas. También se afecta la credibilidad y confianza de los pacientes frente a las instituciones y la idoneidad del talento humano, lo cual retroalimenta los factores antes descritos generando una espiral negativa en todos estos aspectos.” (MEN, Ley 1266/96, pág. 37)

Esta problemática está ligada a la autonomía del profesional porque no cuenta con los elementos necesarios para dar cuidado oportuno y de calidad, lo que va en contra de lo establecido por la normativa de enfermería. (MEN, Ley 1266/96) Entonces, la sociedad y los sujetos de cuidado quedan insatisfechos con un servicio inoportuno que, a la luz de la política todos deberían rechazar, exigiendo su cumplimiento con calidad y oportunidad.

Por otra parte, se hace indispensable tener buen acceso a la información como marco para la toma de decisiones, porque:

“La disponibilidad y acceso a información y conocimiento es clave para orientar las decisiones de los organismos reguladores, los actores y agentes que intervienen en la formación y gestión del talento humano en salud y, de esta forma, evitar la generación o ampliación de desajustes y brechas en aspectos cuantitativos y cualitativos. (PNTHS

Minsalud, 2018, pág. 40) La cita invita a garantizar a los profesionales el desarrollo y fortalecimiento de las competencias profesionales, como lo establecen los lineamientos de la profesión. (MEN, Ley 1266/96)

Y con respecto a las formas de contratación de los profesionales de enfermería encontramos que,

“La variedad de formas y mecanismos de vinculación y gestión del recurso humano, que de manera autónoma pueden utilizar los empleadores del sistema de salud, dificultan la estandarización y consolidación de la información relacionada con la movilidad y ubicación geográfica, institucional y por servicios del recurso humano, sus condiciones laborales, remuneraciones, entre otros aspectos relevantes.” (PNTHS Minsalud, 2018, pág. 41)

Las dificultades enumeradas ocasionan que la atención en salud no llegue a áreas alejadas y se presente escasez de personal en lugares de difícil acceso, en tanto el ejercicio se concentra más en sitios urbanos que en rurales, lo que genera inequidad en los sujetos de cuidado de las zonas alejadas, quienes no reciben los cuidados o la atención necesaria para responder a sus necesidades. Se establece, entonces, como otro aspecto a tener en cuenta, las dificultades para alcanzar las competencias deseables en los profesionales de enfermería:

“Las relaciones laborales inestables y altamente intermediadas dificultan la construcción progresiva de capacidades técnicas y administrativas, generan estatus diferenciales no deseables entre trabajadores con responsabilidades y funciones similares, generan un ambiente de baja estabilidad y confianza y desestimulan a unos profesionales frente a otros. Por lo general, implican mayor intermediación entre el trabajador de la salud y el usuario o paciente.” (PNTHS Minsalud, 2018, pág. 42)

En algunos roles de enfermería, especialmente en el asistencial, es notoria la problemática descrita en relación con el tipo de vinculación. Por ejemplo, cuando se trata de un contrato de prestación de servicios por tres meses, frente a la contratación indefinida de profesionales con todas las garantías. Esta última circunstancia es observada mayoritariamente en el ámbito de las instituciones de salud públicas, pero en las privadas puede ocurrir una situación similar, ocasionando “Desmotivación por las escasas posibilidades para la formación continua, el desarrollo profesional y personal.” (PNTHS Minsalud, 2018, p. 42)

La Ley 266 de 2004 es imperativa en la necesidad y obligación de los empleadores de procurar la actualización y formación formal continua, como lo establece su artículo 21. En esta política se busca la autonomía de las instituciones prestadoras de salud, el proceso de formación educativa y justas condiciones laborales, con el fin de propiciar la autonomía para la toma de decisiones por parte del profesional, y el desarrollo de unas capacidades mínimas: “Los sistemas de salud y educación deben enfocarse en el desarrollo de competencias adecuadas en el talento humano disponible en el país y sus regiones.” (PNTHS Minsalud, 2018, p. 49) Es una opción para fortalecer, desde la etapa de formación académica, a partir del currículo, desde el saber-conocimiento, el hacer-procedimental y el ser o la forma de relacionarse con el otro. (Navas-Ríos y Ospina-Mejía, 2020) Igualmente es imprescindible la búsqueda de un trabajo digno: “Para dar cumplimiento a los postulados del ‘Trabajo Decente’ de la OIT, garantizar la autonomía profesional y la dignidad de los trabajadores y profesionales de la salud consagrados en la Ley Estatutaria de la Salud.” (PNTHS Minsalud, 2018, p.56)

Las políticas públicas son disposiciones de carácter gubernamental encaminadas a favorecer la calidad de vida de la población, y están mediados por acuerdos entre el Estado y la sociedad, con el fin es dar respuesta a necesidades de la comunidad. En la revisión documental se evidenció la participación del profesional en la construcción de las políticas, que en Brasil alcanza un 78%, y Colombia sólo el 22%. En general, en Latinoamérica los profesionales de enfermería no se relacionan con el área política, lo que se argumenta puede estar ocasionado por las bases académicas en la formación (Ruiz, Montaña-Virgen y Vargas-Moreno, 2021)

Como puede verse, desde los organismos internacionales se establecen parámetros mínimos para brindar contratos que dignifiquen al trabajador y garanticen el principio de autonomía que le permita tomar decisiones sin temor a perder el empleo o a enfrentar otras represalias. Sin embargo, una de las brechas entre las políticas y su aplicación es la poca participación por parte de los profesionales, lo que genera desconocimiento del propósito de su existencia. Si los profesionales se empoderan dese la participación, construcción, ejecución y evaluación de tales parámetros, tendrían voz en este ámbito, tal como lo recomienda la ética feminista: ser más político en el sentido de ser agentes de cambio y procurar la búsqueda de la armonización del poder.

Conflicto sincrónico (universal). Situación de la profesión de enfermería en Colombia

La Política Nacional de Talento Humano en Enfermería y el Plan Estratégico 2020-2030 (Velásquez Jiménez *et al.*, 2019) son una propuesta construida con base en antecedentes de otras políticas y situaciones que permean el ejercicio profesional. Esta formulación está pensada para fortalecer el liderazgo y la autonomía de la profesión, que en la actualidad exige una formación pertinente para desarrollar competencias de liderazgo, para evitar el miedo y el temor, y para ser agentes de cambio. (Barria, 2020) Pero, ya a partir de esta normatividad pueden verse las incoherencias de la política con la realidad práctica, pues vulneran la autonomía y el desarrollo personal y profesional, como se evidencia a continuación: “Las precarias condiciones laborales y salariales, las brechas entre el escenario académico y el laboral, las mínimas oportunidades de desarrollo profesional y personal, y la invisibilización del trabajo del cuidado en enfermería.” (PNTHE² Velásquez Jiménez *et al.*, 2019, p. 7)

Dentro de esta política se exponen las muy precarias condiciones de la profesión y se proponen estrategias encaminadas al fortalecimiento de la autonomía y el liderazgo, para mitigar dichas tensiones:

“El Sistema General de Seguridad Social y de Salud colombiano ha generado escenarios complejos y dinámicos donde confluyen y se superponen diversos regímenes laborales y mecanismos de gestión del recurso humano, que en conjunto, han afectado negativamente las condiciones laborales de los profesionales de enfermería, con aumento de las funciones y responsabilidades administrativas, reducción del talento humano y de la seguridad social y vulneración del ejercicio de la libre asociación y negociación, además de propiciar la delegación forzada a los auxiliares de enfermería de las responsabilidades profesionales del cuidado.” (PNTHE Velásquez Jiménez *et al.*, 2019, pp. 12 y 13)

Como se ha expuesto, el rol más saturado dentro de los profesionales de enfermería es el asistencial. Comparando el Código deontológico, los profesionales sólo deben delegar el cuidado bajo supervisión pero, debido a la escasez de personal, muchas veces se ven obligados a desempeñar funciones administrativas que los obligan a delegar en el personal auxiliar el cuidado directo del sujeto de cuidado, aunque esta delegación sólo debe darse bajo supervisión, como lo

² PNTHE: Política Nacional de Talento Humano en Enfermería.

ordena el Art. 8° de la Ley 911 de 2004, y el Ministerio de Educación Nacional (2017), lo que puede poner en riesgo al sujeto de cuidado.

Conflicto sincrónico-Individual. Autonomía, liderazgo y toma de decisiones

Con todos los planteamientos y requerimientos para abordar el cuidado, se observa una incoherencia entre lo que se exige a los profesionales de enfermería, con respecto a las condiciones que brindan las instituciones de salud, para lograr una gestión del cuidado con autonomía, liderando todos los procesos necesarios hacia la recuperación y el acompañamiento de los sujetos al cuidado de los profesionales de enfermería.

En muchas instituciones de salud se borró o invisibilizó la participación del profesional de enfermería, lo que reduce la toma de decisiones en cuanto a la organización, coordinación y cumplimiento de las normas para su ejercicio profesional:

“Abolición de las direcciones, coordinaciones y departamentos de enfermería en algunas instituciones de salud, que reduce la posibilidad de participación a nivel institucional en la toma de decisiones en relación con el cuidado de enfermería y las políticas de contratación del talento humano de enfermería, lo cual repercute en la pérdida de autonomía en el trabajo de los profesionales.” (PNTHE Velásquez Jiménez *et al.*, 2019, p. 15)

Además, se observan falencias en la adecuada información, pues se presentan

“Sistemas de información poco robustos, cuyas cifras dificultan la toma de decisiones en la planeación del talento humano en salud, tal como lo refieren las recomendaciones de los organismos internacionales. Actualmente existe un subregistro del número de profesionales de enfermería en el país, así como en los datos de formación de posgrado, ubicación laboral, tipos de contratación y remuneración.” (PNTHE Velásquez Jiménez *et al.*, 2019, pp. 15 y16)

Esto no corresponde con lo establecido por la Ley 911 de 2004 en cuanto a que el personal tenga la facilidad de acceder a herramientas que le permitan desarrollar su ejercicio. En lo relacionado con el subregistro de profesionales, sucede que muchos de ellos no envían la información al colegio de enfermería para actualizar datos y obtener no sólo la información, si no el seguimiento necesario para implicarlos en el desarrollo de estrategias de mejora, según lo expresa la misma Organización Colegial de Enfermería (OCE, s.f.)

Junto con la falta de personal de enfermería, se observa la “Disminución de plazas para el desarrollo del servicio social obligatorio.” (PNTHE Velásquez Jiménez *et al.*, 2019, p. 16) lo que obstaculiza llevar a cabo una adecuada rotación de personal en los servicios sociales. Tal situación no permite al recién graduado desarrollar una praxis en su último año para recibir la tarjeta profesional, lo que redundará en menor experiencia para acceder al mundo laboral, donde por lo general se solicita cierto tiempo de trabajo previo.

Resulta necesario fortalecer el rol docente para alinearlos con el ámbito asistencial y con la generación y el desarrollo de investigaciones que impacten el cuidado y propicien avances científicos para, de este modo, proponer cuidados o intervenciones que den respuesta a las necesidades de los sujetos de cuidado, como se infiere de lo descrito a continuación:

“En el proceso educativo se requiere fortalecer de forma más categórica el consumo de investigación para la toma de decisiones con evidencia científica (enfermería basada en la evidencia) y la propuesta de incentivos, tanto en las entidades educativas como las asistenciales, que favorezcan el desarrollo de proyectos de investigación en enfermería de mayor impacto en la salud de la población colombiana y en el sistema de salud en general. Existe necesidad de capacitación y entrenamiento permanente para los profesionales, técnicos y auxiliares de enfermería que trabajan en el sistema de servicios de salud, en el marco de una sociedad del conocimiento y la tecnología que avanza de manera acelerada. En cuanto a la planificación de los recursos humanos del sector salud, es evidente la falta de interacción de los actores de los diferentes mercados como el educativo, el laboral y el de servicios, que no logra satisfacer las demandas y la complejidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud actual. Las propuestas y recomendaciones de esta política se orientan a profundizar en la definición de competencias y garantizar resultados de aprendizaje que den cuenta de las necesidades del sector.” (PNTHE Velásquez Jiménez *et al.*, 2019, p. 20)

Para la tesista resulta necesario alinear el rol docente con el rol asistencial desde el punto de vista de la generación y desarrollo de investigaciones, especialmente de tipo experimental, para proponer intervenciones innovadoras que respondan a las necesidades del sujeto de cuidado.

Y en cuanto a la claridad de las funciones del personal de enfermería:

“Para la población no son claras las funciones que desempeñan los profesionales de enfermería, los pacientes tienen dificultad para verbalizar los beneficios que reciben de la

atención profesional, y confunden las funciones y responsabilidades con las de los auxiliares de enfermería. Lo crítico de esta situación, es que una gran mayoría de profesionales, agobiados por la carga administrativa en los servicios de salud y la responsabilidad del cuidado a un alto número de pacientes, no son capaces de concretar la oferta de cuidado clínico directo como eje propio de su formación profesional, y menos comunicarla de una manera evidente y efectiva a la ciudadanía.” (PNTHE Velásquez Jiménez *et al.*, 2019, pp. 21 y 22)

Como se argumentó con la Política de Talento Humano en Salud, la escasez de personal influye en el desarrollo de la praxis, aumentando funciones que no permiten al profesional brindar un cuidado directo con calidad y oportunidad. Igualmente, la sociedad y los entes de salud no reconocen el valor de la profesión de enfermería. Al parecer, la compleja situación de salud pública por la que se atraviesa, a causa de la pandemia por la covid-19, evidenció fuertes tensiones y dejó ver la importancia de los cuidadores. Pero, a pesar de ello, no se ha logrado aún el necesario reconocimiento de la enfermería en todas sus dimensiones. Este contexto sigue profundizando las distancias entre los derechos de los profesionales y las instituciones y, por supuesto, afectando el acto de cuidado.

Para la tesista es imperativa la transformación o, por lo menos, lograr ajustes en los microcurrículos que partan desde los lineamientos de las asociaciones de enfermería, para lograr estandarizar el plan de estudios, cuya construcción se da a partir de aquellos, teniendo en cuenta a representantes de enfermería de los diferentes roles. Una vez elaborados, todos los programas o facultades deberían estar obligados a implementarlos. Al respecto, encontramos que

“Las dificultades más evidentes diagnosticadas en todos los encuentros profesionales, es (sic) la disonancia entre la teoría y la práctica de los cuidados. Los modos de pensamiento enfermeros y bagajes metodológicos enseñados en las aulas, apenas dejan rastro en la práctica profesional.” (PNTHE Velásquez Jiménez *et al.*, 2019, p. 22)

Y en cuanto a la visibilidad del trabajo de enfermería, tenemos que:

“El sistema de salud colombiano y su modelo de salud no generan condiciones propicias para visibilizar ni reconocer el trabajo de enfermería. Las estructuras gerenciales de las instituciones prestadoras de servicio han suprimido, en gran parte, los antiguos Departamentos de Enfermería, limitando el liderazgo profesional en dichas instituciones al depender de otras instancias administrativas y así hacer aún más invisible el trabajo

profesional de enfermería.” (PNTHE Velásquez Jiménez *et al.*, 2019, p. 22)

Definitivamente, la problemática y el no reconocimiento de la profesión son advertidos en general. No obstante, la invitación es a sensibilizar a los profesionales desde su etapa de formación, pues, como dice Butler: “primero me debo reconocer yo, para que el otro me reconozca”, y lo que se logra con el acercamiento y el fortalecimiento en la competencia profesional del ser (Butler, 2009). Así mismo, desde el proceso enseñanza-aprendizaje es preciso fortalecer no sólo los contenidos específicos de la profesión, si no los actitudinales del profesional, proceso que toma tiempo y está influenciado por las experiencias personales previas en el contexto socio cultural (Díaz Barriga Arceo y Hernández Rojas, 2010)

Ahora, en relación con los cargos de trabajo de un profesional de la rama, estos se caracterizan por la “disminución o ausencia de puestos de dirección de enfermería en instancias institucionales, locales, sectoriales y nacionales. Las existentes en su mayoría son subordinadas a otras y su capacidad de decisión es limitada.” (PNTHE Velásquez Jiménez *et al.*, 2019, p. 23)

Como ya se mencionó, el hecho descrito acá también genera invisibilización de la representación del grupo de los profesionales, reduciendo o anulando la toma de decisiones, o dejándolas en manos de profesionales que no conocen la esencia de la profesión, como lo regula la Ley 911 de 2004. Las barreras no son sólo de tipo laboral si no de otra índole, pues se identifica la: “Existencia de barreras legislativas, regulatorias y culturales que limitan el desarrollo de todo el potencial del profesional de Enfermería.” (PNTHE Velásquez Jiménez *et al.*, 2019, p. 24)

Para la tesista, la situación se da por falta de reconocimiento hacia la profesión de enfermería, quizás propiciada por la inexistencia de unión o agremiación de los profesionales de enfermería, pues muchos no están interesados en estos aspectos asociativos (MEN, 2017)

Con respecto al género, en todos los roles desempeñados dentro de la profesión de enfermería existe una mayoritaria participación femenina, lo que ha sido tradicional y supone discriminación social:

“La connotación de género de la profesión de enfermería, en el sentido de que la mayoría de sus miembros son mujeres, ha impedido el desarrollo social de la profesión en un sector culturalmente machista, lo que impacta en el reconocimiento económico del trabajo desarrollado y en la autonomía profesional.” (PNTHE Velásquez Jiménez *et al.*, 2019, p. 24)

Por último, vale resaltar cómo, históricamente, la enfermería ha estado subordinada a la medicina y eso ha generado brechas en el reconocimiento de la profesión y sus trabajadores, tal como lo argumentan Guerrero-Núñez y Cid-Henríquez. (2015) Sin embargo, con el trabajo de profesionales y organizaciones se logró la adopción, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, de la Política Nacional de Talento Humano en Enfermería y del Plan Estratégico 2022-2030, para fortalecer a los profesionales de enfermería. Es un avance importante para el mejoramiento de las condiciones de formación, desempeño, gestión y desarrollo de los profesionales en los procesos del Sistema General de Seguridad Social en salud, para liderar y trabajar la política desde los diferentes enfoques y fortalecer, desde el marco estratégico, las competencias, la calidad de la formación, la autonomía y el liderazgo profesional. (Minsalud,

Conflicto sincrónico (universal). Situación de la profesión en Colombia

La Organización Internacional de Trabajo (OIT) busca el desarrollo de instrumentos y normas dirigidas a cerrar las brechas sociales, garantizando trabajos dignos y decentes, no sólo respecto de las condiciones para el ejercicio laboral, si no también para mejorar la calidad de vida del trabajador. Por lo tanto, las políticas de la OIT están pensadas en el bienestar humano y establecen condiciones dignas para llevar a cabo el trabajo. Entre ellas las que hacen referencia al desarrollo personal son fundamentales para construir tejido social y disminuir las injusticias. Sin embargo, el respeto a las condiciones dignas para el trabajador representa una pugna permanente:

“La lucha contra el desempleo entre las condiciones que es urgente mejorar, por entrañar tal grado de injusticia, miseria y privaciones para gran número de seres humanos, que el descontento causado constituye una amenaza para la paz y armonía universales.” (OIT3 p. 2)

A partir de los lineamientos internacionales es claro el deber de establecer unos mínimos para mitigar condiciones desfavorables en la población y así evitar desequilibrios en la calidad de vida y la falta de reconocimiento. No obstante, para el caso de la profesión de enfermería hay una gran distancia entre lo normativo, “Enfoque orientado hacia el empleo para mitigar la pobreza y fomentar el desarrollo” (OIT 2004, p. 13) y lo real, porque aunque la normativa es clara y los lineamientos de la profesión se relacionan con ella, en la práctica no se cumplen a cabalidad en

³³ OIT: Organización Internacional del Trabajo.

muchas instituciones; y, pese a que otras mantienen mejores condiciones, aún no se alcanza el desarrollo profesional y personal.

Por otra parte, continuar la formación en el nivel posgradual no sólo es costoso si no que se carece del tiempo disponible para el estudio. Y muchas veces es desestimulante el esfuerzo que implica porque constantemente se vulnera la Ley 266 de 2004 en cuanto al deber de que los profesionales de enfermería sean ubicados y escalafonados según corresponde a su preparación académica. Por esta razón: “La OIT empezó a centrar cada vez más su atención en los aspectos del ajuste estructural relacionados con el empleo y las cuestiones sociales.” (OIT 2004, p. 9)

Para la tesista es importante que se haga seguimiento y evaluación de las condiciones del desarrollo de la práctica profesional, con el fin de evitar su vulneración tanto en el ámbito laboral como en el personal, enfocándose no solamente en la cantidad si no en su calidad: “No deberían centrarse sólo en el número de empleos creados, si no también contribuir a la mejora de su calidad, especialmente mediante la garantía de una protección básica disponible en virtud de las normas internacionales del trabajo” (OIT 2004, p. 125)

Con todo lo descrito, la tesista ratifica la necesidad del cumplimiento de los mínimos en las condiciones laborales para llevar a cabo la relación del acto de cuidado.

Conflicto sincrónico-individual (autonomía, liderazgo y toma de decisiones)

Si bien la política de la OIT está a favor de cerrar brechas de injusticia social desde el cuidado, la enfermería no está completamente alineada a este estándar: “El desarrollo de la formación profesional, estrechamente vinculado a la promoción del empleo, también forma parte del mandato de la Organización desde su origen.” (OIT 2004, p. 21)

Lo anterior debe resolverse desde el rol docente de la profesión para que el estudiante comprenda cuál es el deber ser, y así pueda ejercer teniendo claras las exigencias del ejercicio y no permita la sobrecarga laboral, como lo estipula la Ley 911 de 2004. En consecuencia, se necesita en la profesión de enfermería “Igualdad de oportunidades y eliminar la discriminación en el empleo y la formación.” (OIT 2004, p. 41)

Las políticas relacionadas y expuestas responden a ese estándar solicitado. Sin embargo, la precarización de la profesión no se oculta y es evidente. Como se ha argumentado, es necesario fortalecer las capacidades en el estudiante, especialmente aquellas del ser, buscando empezar por

reconocerse a sí mismos, para que luego reconocer al otro; es decir, para que el sujeto de cuidado y la sociedad lo reconozcan.

Adela Cortina (2014) considera importante, dentro de la ética profesional, tener en cuenta los bienes internos: la vocación y la excelencia expresadas en el conocimiento, el desarrollo en el área de preferencia y el autorreconocimiento de ciertas aptitudes para brindar o ejercer la profesión. Así mismo, la filósofa llama a valorar bienes externos como el reconocimiento social y el dinero para lograr calidad de vida y poder, pero gestionándolos de manera equilibrada, para contribuir con el bien común y no solamente para provecho individual. (Cortina, 2014) En el caso del ejercicio de la enfermería, es necesario entender que se cuida a la sociedad que espera un profesional competente, y que además necesita confiar en su actuar. (Cortina, 2014)

Por otra parte, el profesional de enfermería necesita tomar conciencia acerca de que “La libertad sindical y el derecho de negociación colectiva son dos facetas del derecho del trabajo que han de mejorar la calidad del empleo” (OIT 2004, p. 125) y son es una posibilidad cierta para opinar y buscar soluciones a la precarización de la profesión; pero muchos profesionales no lo hacen por el temor al despido, ya que pertenecer a este tipo de asociaciones sindicales genera estigmatización.

Conflicto sincrónico (universal). Situación de la profesión en Colombia.

El Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) es una política del Estado enfocada en garantizar el derecho a la salud, por lo que establece unas pautas que tienen por finalidad asegurar la eficiencia y sostenibilidad de las intervenciones colectivas e individuales. Muestra cómo es el deber ser para llegar al cumplimiento de la atención en salud, pero se observan ciertas tensiones a la hora de lograr accesibilidad a la salud.

Por ejemplo, es evidente que existe distancia geográfica entre la población y los profesionales de enfermería, por lo que propone “Garantizar el disfrute del derecho fundamental a la salud de los territorios” y “ajustar respuestas del sistema de salud a las necesidades de los territorios y sus poblaciones.” (PMAITE⁴ Minsalud, Res. 2626, 2019). Aunque es muy clara y establece los elementos necesarios para llevar la atención a todo el territorio nacional, la realidad es que al momento del acceso se presentan dificultades y no está claro cómo puede llegar el

⁴ PMAITE: Política Modelo de Atención Integral Territorial.

profesional a todos los territorios para brindar los cuidados necesarios, con lo que se vulnera la beneficencia de los sujetos.

Conflicto sincrónico-individual. Autonomía, liderazgo y toma de decisiones

La política MAITE también permite ver todas las dificultades para que la población de los diferentes territorios reciba la atención de salud con oportunidad; sin embargo, existen procesos que no dependen de los profesionales y que desde su capacidad de gestión no se pueden lograr, como la accesibilidad a la población en los diferentes territorios, y al respecto dispone “Desarrollar actividades para garantizar la cobertura universal del sistema de salud en el territorio, fortalecer la formación territorial de nuevo talento humano en salud para mejorar la suficiencia, disponibilidad y capacidad resolutoria, y fortalecer el servicio rural obligatorio” (PMAITE Minsalud, Res. 2626, 2019) y aunque resulta relevante responder a las necesidades de salud de los territorios, si no se tienen en cuenta las necesidades de quienes ejecutan la prestación de servicios, es decir, de los profesionales, quienes necesitan la garantía de un trabajo estable o decente, como lo manifiestan las organizaciones, y además no es posible acceder fácilmente a los territorios, el profesional de enfermería no puede abordar un acto de cuidado con los debidos elementos para tomar las decisiones adecuadas a la situación de salud. Una buena alternativa sería ofrecer a los recién graduados un mayor número de plazas para el año rural.

Conflicto Diacrónico. La realización (beneficencia)-conservación (no maleficencia)

Este conflicto emerge como respuesta al incumplimiento de los principios de justicia o desde lo universal, y se origina en el desconocimiento o falta de exigencia de la población para recibir los servicios de salud, incidiendo negativamente en la calidad, oportunidad y eficiencia del cuidado.

Lograr el cumplimiento de las condiciones de salud no es mandamiento exclusivo para el sujeto de cuidado o paciente, si no también para los profesionales que lo prestan; por eso al “Adaptar las atenciones en salud y las formas de prestación de los servicios en condiciones de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad mediante la adecuación sociocultural de los servicios dirigidos a personas y colectivos en situaciones de vulnerabilidad” (PMAITE Minsalud, Res. 2626, 2019), no solamente se deben tener en cuenta las necesidades del sujeto de cuidado, si no también las del cuidador, pues este profesional es una persona con problemas humanos en todas

las dimensiones de su vida. Para la tesista es indispensable pensar en el principio de beneficio al cuidador.

Conflicto sincrónico (universal). Situación de la profesión de enfermería en Colombia.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), del Programa de Naciones Unidas (PNUD), son la disminución de la pobreza, la preservación del medio ambiente y las diferentes dimensiones de las personas, y son un direccionamiento para lograr mejora en la calidad de vida de los trabajadores. No obstante, en el caso de la profesión de enfermería es usual la precarización, situación que va en contravía de un trabajo decente.

Estos objetivos de la ODS deben ser reconocidos por estudiantes y profesionales de enfermería para comprender los contextos situacionales y trabajar en el cierre de brechas sociales. Desde tal perspectiva, los programas de enfermería incluyen estas problemáticas en las diferentes asignaturas, buscando empoderar al estudiante para enfocarse en acciones que equilibren y procuren el progreso para todos. (Naciones Unidas, 2015)

Para el Programa de Naciones Unidas es evidente que existen “Falencias en la calidad y oportunidad de los servicios de salud que opacan este logro” (ODS PNUD, 2018, p. 16), situación que, como ya se ha mencionado, se da por falta de cumplimiento de las políticas a la hora del ejercicio profesional, lo que termina vulnerando al sujeto de cuidado. Por eso el PNUD insta a “Garantizar acceso a insumos y servicios, medicina especializada y la oportuna atención en todos los niveles de complejidad, tanto en urgencias como en servicios ambulatorios.” (ODS PNUD, 2018, p. 16) ya que, definitivamente, si las instituciones de salud no garantizan los elementos necesarios para abordar el cuidado de los sujetos, será imposible superar esta situación. Es necesario que las instituciones y el Estado inviertan más en un renglón tan invaluable como la salud, pero teniendo en cuenta que es indispensable asegurar el

“Manejo transparente y eficiente de los recursos, para impulsar un modelo que priorice la prevención de la enfermedad y promueva la salud a través de la acción multisectorial, garantizando el derecho de individuos y comunidades en las zonas rurales y urbanas.” (ODS PNUD, 2018, p. 16)

Lo que afirma la urgencia de repensar y hacer prioritario el objetivo de la salud con respecto a buscar cuidar, sobre el objetivo económico de incrementar las utilidades de las instituciones, pues la salud es un bien común y no un negocio.

Conflicto sincrónico-individual. Autonomía, liderazgo y toma de decisiones

Si desde lo normativo hay distancias con la realidad laboral del profesional, se facilita el quebrantamiento del quehacer en el ejercicio práctico de un gremio mayoritariamente femenino, ya que “La feminización de la pobreza es una paradoja y un reto para el país: si bien la economía crece a tasas moderadas, por debajo del 2% en los últimos años, la pobreza monetaria en general disminuye, pero la pobreza femenina se incrementa.” (ODS PNUD, 2018, p. 12)

Lo anterior concuerda con la necesidad de buscar empoderamiento a través del diálogo y la escucha para cerrar esta brecha que no sólo afecta a la población en general, si no en mayoritariamente a la profesión de enfermería. Resulta paradójico que quienes sirven a otros vivan en condiciones difíciles; y mucho más teniendo en cuenta que la profesión está constituida por un mayor porcentaje de mujeres.

Estas tensiones surgen desde lo universal e impactan la posibilidad de liderar y tomar decisiones; entonces, ¿cómo superar estas realidades? Los ODS consideran que “La educación superior constituye uno de los principales retos para la política pública del país.” (ODS PNUD, 2018, p. 21), ya que, como se ha dicho, el rol docente es el eje fundamental para que el profesional cimiente sus habilidades para comprender, analizar, argumentar y proponer planes de soluciones que favorezcan a las poblaciones de acuerdo con sus necesidades de salud.

Ahora, tomando en consideración que “La diferencia salarial se torna relevante, ya que afecta a los sectores más vulnerables de la sociedad: una mujer pobre puede llegar a ganar la mitad que un hombre en las mismas condiciones laborales” (ODS PNUD, 2018, p. 25) y que la profesión de enfermería está conformada mayoritariamente por mujeres, sin duda nos enfrentamos a un hecho que incide en que sea una profesión no valorada socialmente, especialmente si se compara con otras profesiones de la salud. Así que resulta clave trabajar en este aspecto económico, puesto que la enfermería brinda cuidado, y es una profesión que está en contacto con la vulnerabilidad de los sujetos de cuidado. En tal sentido, la ética feminista aporta y fundamenta el empoderamiento de la mujer y, por supuesto, se acerca a comprender las cuestiones políticas para la búsqueda de un diálogo fructífero que permita a la profesión de enfermería tener voz y voto (Gilligan, 2013) o “Igual accionar en los espacios de decisión y deliberación.” (ODS PNUD, 2018, p. 26) Y es que pese a las disposiciones contenidas en el Código deontológico y la Ley 266 de 1996, que determinan que se trata de una profesión con capacidad de agencia para tomar decisiones, cada vez se cierra más esta posibilidad y el accionar se queda exclusivamente en la ejecución de

acciones de cuidado en obediencia al médico, aunque no todos los profesionales permiten que les vulneren su autonomía.

En resumen, las políticas analizadas evidencian un conflicto sincrónico en relación con la práctica del ejercicio de la profesión de enfermería porque, si bien reconocen las diferentes problemáticas, no cambian el panorama de la realidad práctica que vulnera tanto al profesional como al sujeto de cuidado.

Conflicto sincrónico

Universal-Justicia \longleftrightarrow Individual-Autonomía

Es la normativa establecida para ejercer la profesión, pero va en contravía del desarrollo del profesional en cuanto a su autonomía para el desarrollo de la gestión del cuidado, afectando el liderazgo y la toma de decisiones.

Conflicto Diacrónico

Realización-Beneficencia \longleftrightarrow Conservación- No maleficencia

Todas las tensiones en el desarrollo práctico del conflicto sincrónico favorecen la aparición del conflicto diacrónico, lo que termina afectando la calidad de vida y el desarrollo laboral de los profesionales de enfermería y, en consecuencia, vulnera los derechos de las personas bajo su cuidado por falta de recursos, lo cual genera poca calidad y oportunidad en la prestación de ese cuidado.

Redes semánticas de las políticas relacionadas con la profesión de enfermería

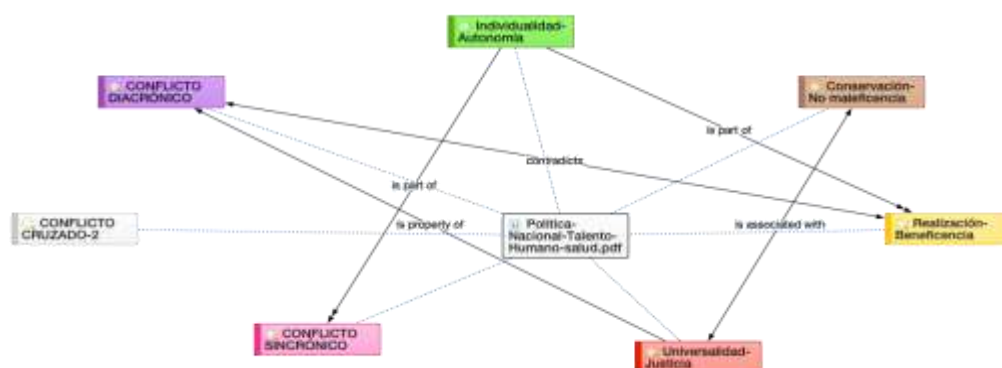
A continuación, se presenta la relación de cada una de las políticas públicas que regulan la profesión de enfermería, con respecto a la postura de Maliandi, desde el análisis de la codificación abierta o inductiva, de donde se toman ideas centrales para construir categorías que aporten en la comprensión sobre si existen o no tensiones en las diferentes políticas (Strauss y Corbin, 2012)

Las diferentes redes semánticas (Cipollone, 2022) representan el conocimiento o la información en los que se relacionan conceptos. Por ejemplo, las que contienen citas son llamadas representaciones lineales y secuenciales, y las demás relaciones se interpretan como un vínculo asociado a la exploración de la estructura conceptual (ATLAS. ti 9 Mac-versión 9, 2022). En esta tesis las redes permiten revisar tensiones en las políticas en concordancia con los roles desempeñados por los profesionales, desde la ética convergente; es decir, los códigos son los principios cardinales de la teoría de Maliandi.

Red 1. Política Nacional de Talento Humano en Salud

La Red 1 evidencia la relación de los principios bioéticos con la perspectiva de la ética convergente, y sus resultados arrojan gran cohesión entre la política y el ‘deber ser’ en el acto de cuidado, pero presenta tensión en la realización, dado que la política propone líneas de acción en cuanto a los recursos humanos en salud, dirigidas siempre hacia la calidad y oportunidad del cuidado a los sujetos pero, pese al Código deontológico, los profesionales no pueden actuar planeando el cuidado de acuerdo con la necesidad del sujeto, si no en razón al cumplimiento de unos mínimos, debido a la escasez de personal e insumos, y a la poca capacidad de toma de decisiones, lo que termina en sobrecarga laboral y prácticas inseguras.

Red 1. Política Nacional de Talento Humano en Salud



Fuente: Elaboración propia en el programa ATLAS.ti, a partir de los datos de la investigación y la Política Nacional de Talento Humano en Salud (Minsalud, 2018)

La Política Nacional de Talento Humano en Salud tiene el propósito de elevar las expectativas frente al sistema de salud tanto de la población como del talento humano en salud, en cuanto al “reconocimiento de la salud como un derecho fundamental y autónomo” (Minsalud, 2018, p. 8); además, al considerar los cambios demográficos y epidemiológicos en la población, y las crisis financieras, plantea fortalecer la formación, distribución y gestión de los recursos humanos. (Minsalud, 2018) La política también permite ver la posibilidad de capacidad de agencia de los profesionales, lo que más adelante se confirma con lo argumentado por los entrevistados. No obstante, existe una tensión diacrónica porque el profesional siempre busca el bienestar del otro, pero la universalidad y justicia contempladas en los lineamientos institucionales pueden vulnerar este principio, al no contar con los recursos necesarios para ejecutar el acto de cuidado. (Maliandi y Thüer, 2008)

Red 2. Política Nacional de Enfermería

La Red 2 permite ver que la profesión de enfermería comprende y establece el cuidado desde la perspectiva de los principios éticos; no hay tensión entre ellos y se relacionan positivamente con otros principios cardinales de la ética convergente. Es decir, desde la sincronía, la justicia hace parte del permitir al profesional de enfermería cumplir principios que pueden entrar en conflicto entre beneficencia y no maleficencia (conflicto diacrónico).

Red 2. Red Política Nacional de Enfermería



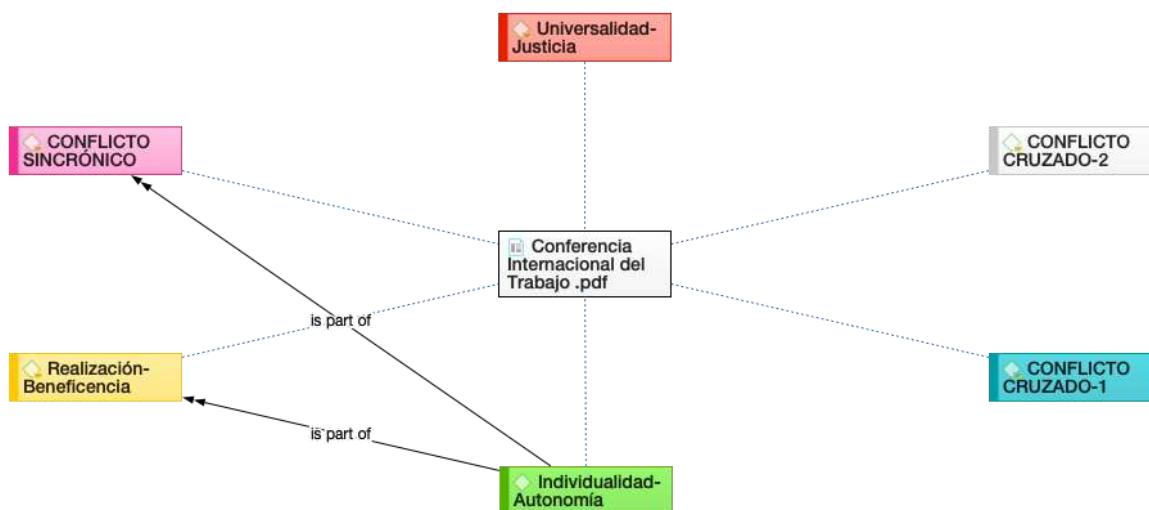
Fuente: Elaboración propia en el programa ATLAS.ti, a partir de los datos de la investigación.

La política tiene todos los elementos necesarios para su ejecución; lo paradójico es no poder hacerlo al momento de ejercer, y allí es donde se presenta la tensión. Más adelante se contrastará este hecho con las respuestas de los profesionales entrevistados. (Maliandi y Thüer, 2008)

Red 3. Conferencia Internacional del Trabajo

La Red 3 muestra la cohesión del documento con los principios bioéticos y la ética convergente, donde la sincronía (autonomía) permite a los profesionales desempeñarse de una manera acorde con las necesidades del rol de la profesión (Maliandi y Thüer, 2008), tal como lo establecen las Leyes 266 de 1996 y 911 de 2004.

Red 3. Conferencia Internacional del Trabajo



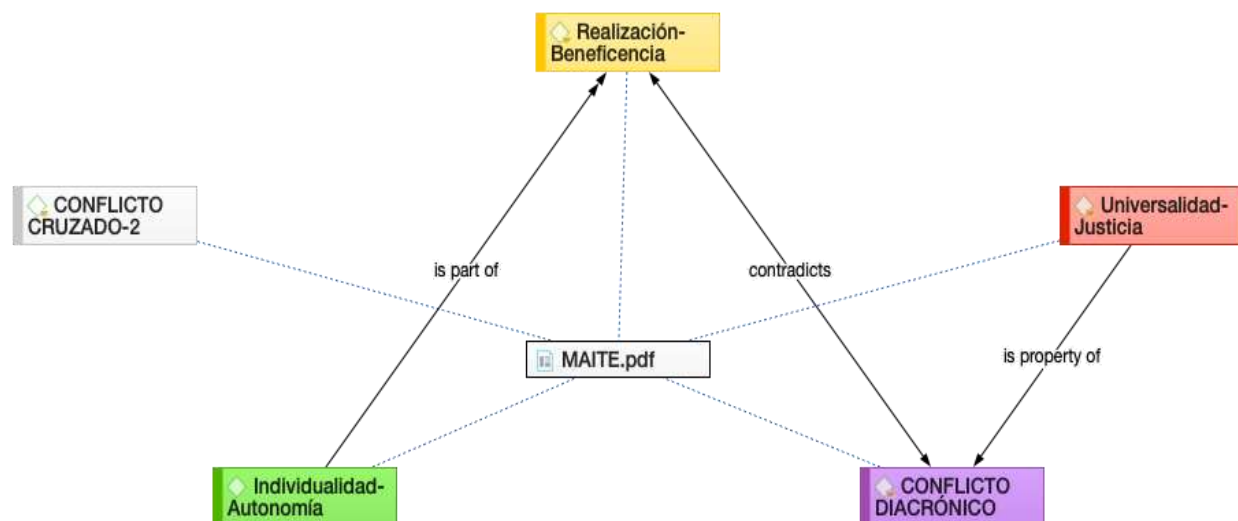
Fuente: Elaboración propia en el programa ATLAS.ti, a partir de los datos de la investigación

Red 4. Modelo de Atención Integral Territorial

La Red 4 evidencia una tensión en el principio de beneficencia y busca ajustar la prestación de atenciones e intervenciones, así como los mecanismos de acercamiento a las poblaciones, de acuerdo con las particularidades sociales y culturales de los habitantes de los diferentes territorios, con el fin de garantizar la calidad de la atención en salud. No obstante, por algunas dificultades en los recursos del talento humano, no es posible garantizar la oportunidad. Aun así, el documento

propende por garantizar la calidad y el acceso a la salud de todos los territorios, y aunque es coherente y responde a la política pública de salud, permite ver la vulneración del principio de beneficencia o la realización de cuidados de enfermería con calidad y oportunidad, según lo dictan las Leyes 266 de 1996 y 911 de 2004.

Red 4. Modelo de Atención Integral Territorial

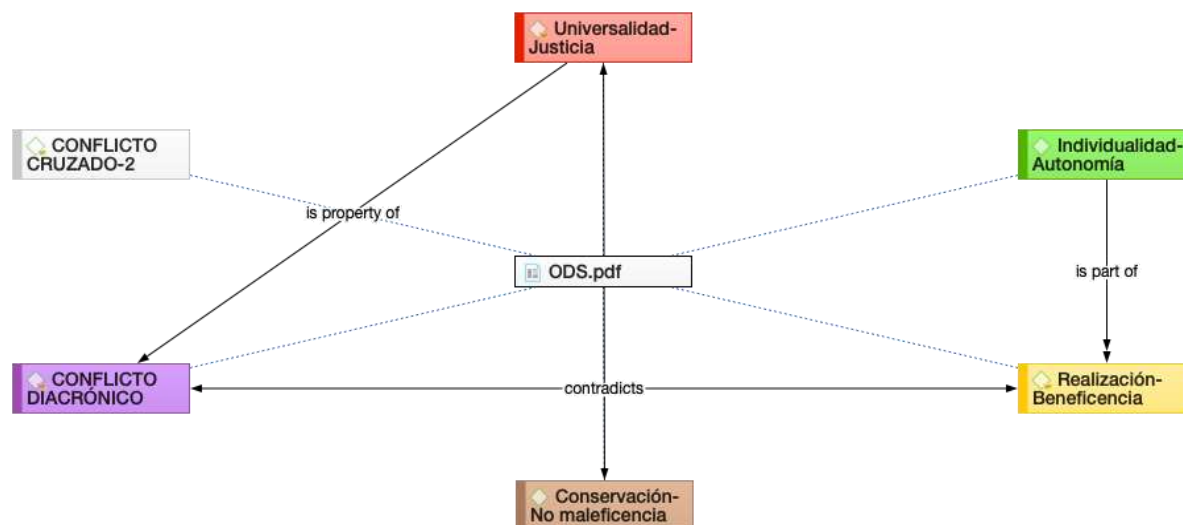


Fuente: Elaboración propia en el programa ATLAS.ti, a partir de los datos de la investigación.

Red 5. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

La Red 5 muestra que se propende por reducir problemas de índole social en la población y cómo algunas de las brechas poblacionales generan tensión en la calidad y en la oportunidad de la atención en salud. Aunque se realizan todas las estrategias para mitigar estas problemáticas, es claro que no siempre se cumplen a cabalidad los planes propuestos, por dificultades en el acceso, o dificultades financieras y del recurso en talento humano. Desde el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), precisamente se propone el cierre de estas brechas sociales.

Red 5. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)



Fuente: Elaboración propia en el programa ATLAS.ti, a partir de los datos de la investigación.

Segunda fase – Capacidad de agencia en la práctica profesional de enfermería

A continuación se presenta el desarrollo de la segunda fase, referente a la capacidad de agencia en la práctica profesional de enfermería, para develar los conflictos sincrónicos y diacrónicos que emergen en este ejercicio profesional.

Esta fase está constituida por la transcripción literal de algunas citas obtenidas en las entrevistas aplicadas a doce profesionales de enfermería en los diferentes roles, que fueron codificadas en razón al número de entrevista y al rol desempeñado por ellos, utilizando el programa ATLAS.ti con codificación abierta, desde la ética convergente, para construir las diferentes categorías con base en la similitud de respuestas. Para aplicar esta técnica se tomó en cuenta el consentimiento informado (consideraciones éticas).

Conflictos sincrónicos en enfermería

Esta categoría está fundamentada a partir de respuestas de los profesionales de enfermería entrevistados, quienes narran tensiones entre lo universal en relación con la afectación de la autonomía

Conflicto sincrónico (universal-justicia) desde la formación académica

Estas tensiones están relacionadas con el desarrollo profesional desde la etapa de formación hasta el ejercicio profesional, donde, en primera instancia, los profesionales narran cuestiones o hechos que los llevan a desdibujar su autonomía profesional por falta de conocimiento y apropiación de las políticas públicas sobre la materia; y en segunda instancia, por las dificultades en los procesos de formación estudiantil. Esto genera un ciclo de vulneración de los derechos y los deberes tanto del profesional como de los sujetos de cuidado. Para visibilizarlo se contrastan las respuestas de los profesionales entrevistados bajo una codificación acorde al rol que cada uno desempeña en el ámbito de la profesión y al número de su entrevista. Ejemplo: ENFSP1⁵ significa enfermera(o) de salud pública, Entrevista 1.

ENFSP1: “Las políticas están bien diseñadas, lo que pasa es que nosotros no las sabemos ejercer, no. Hay una cosa que es importante y es esa falta de apropiarme de...”

Como se ha venido narrando, lo dicho constituye un panorama común que debe ser transformado a partir del desarrollo de la capacidad de agencia, como lo argumenta Davidson (1995) para quien el agente debe tener la actitud para ejecutar acciones favorables de acuerdo con las necesidades; en este caso, las del sujeto de cuidado.

ENFA1⁶: “Primero: mejorar la calidad de vida; mejorar los sueldos se necesita para la calidad de vida, como es la comida y los hijos; no se está concentrada en el ejercicio profesional. Segundo: en cuanto al paciente, siempre se le quiere brindar con alta calidad, pero si no se tiene recursos [...] se debe mirar instituciones, qué le están brindando al profesional para su ejercicio diario”)

Esta narrativa evidencia los antecedentes de la política de enfermería, donde se da a conocer la precarización de la profesión en Colombia. No obstante, desde los principios éticos, independientemente de la escasez en recursos, el profesional siempre tiende a buscar la realización de la beneficencia en su actuar. (Velásquez Jiménez *et al.*, 2019)

Como se ha venido narrando, las políticas contienen elementos necesarios para el desarrollo de la profesión; sin embargo, se ve la necesidad de cambiar la estrategia de aprendizaje

⁵ ENFSP1: enfermera(o) salud pública 1.

⁶ ENFA1: enfermera(o) asistencial 1.

y enseñanza de las mismas, para lograr una relación coherente entre el ámbito profesional y el desarrollo del cuidado con estas disposiciones legales, como lo muestran las siguientes narrativas:

ENFSP1: “Cuando me explicaron el sistema de seguridad social en salud, a mí me lo explicaron una semana, ya... con mis profesoras leyendo y usando y haciendo análisis comparativo.” Desde la formación de pregrado a los profesionales de enfermería se les imparten las diferentes políticas de manera transversal en las asignaturas específicas de cuidado. Revisando la Ley 266 de 1996, las competencias están establecidas en el artículo 17; es decir, todo lo concerniente a la gestión de las políticas en el ejercicio profesional.

ENFSP1: “Desde la misma universidad enseñarle y hablarle.” Es importante revisar las didácticas y metodologías en los microcurrículos y planes de estudio para que el estudiante logre un aprendizaje significativo y pueda aplicar lo aprendido en el momento práctico y en el ejercicio profesional. (Díaz Barriga Arceo y Hernández Rojas, 2010)

En relación a la autonomía, los profesionales consideran que las políticas sí propugnan por la toma de decisiones de los profesionales:

ENFA3: “Sí, nosotros vamos tomando muchas conductas autónomas; es algo propio de la esencia de nosotros. Yo creo que acá en Colombia nosotros estamos muy bien por nuestra formación.” Esta narrativa concuerda con lo planteado en la Ley 266 de 1996 y el Código deontológico (Ley 911, 2004), normativa que propende por un profesional con autonomía para la toma de decisiones.

En este sentido, los profesionales necesitan una transformación en su formación y actuación como lo propone una de las entrevistadas:

ENFD17: “Despertar un espíritu reflexivo en los profesionales de la salud; lo otro sería orientar el logro de la autonomía de los profesionales de la salud, teniendo en cuenta que tener un pensamiento más liberal... pluralismo ideológico con base a todo lo que se vive actualmente.”

Esta narrativa es afirmada en *La reforma universitaria*: “La universidad transformada librará al pueblo, se extenderá al pueblo y se asociará al pueblo [...]. La universidad del futuro debe ser forjadora de la humanidad nueva.” (Cúneo, 1918, p. XVIII)

⁷ ENFD1: enfermera(o) docente 1

Hace muchos años ya se vislumbraba esta necesidad de cambio en la enseñanza buscando crear pensadores críticos, con el fin de forjar una capacidad de agencia que se reflejara en la coherencia entre el pensamiento y el actuar. O, como lo argumenta Nussbaum (2005), la mejor educación es la que dota al ciudadano de instrumentos que permitan hacer elección de lo que quiere para su vida, donde se debe contar con libertad para cultivar un pensamiento crítico.”

Conflicto sincrónico-individual (autonomía, liderazgo y toma de decisiones)

El tipo de conflicto sincrónico-individual se refleja en los profesionales por varias cuestiones, como el desconocimiento de las políticas en la práctica diaria o el temor a represalias al ser garantes de su cumplimiento; también por la costumbre de obedecer, la falta de agremiación, las voces acalladas y el bajo reconocimiento de sí mismos como profesionales. Los profesionales de enfermería manifestaron estar de acuerdo con el contenido de las políticas, aunque no se llevan en su totalidad al ejercicio práctico, lo que propicia factores de vulneración tanto a sujetos de cuidado como a profesionales, como se narra a continuación:

ENFORG1⁸: “Hacer cumplir la política pública.” Para lograr esta propuesta es necesario buscar unir a los profesionales de enfermería mediante agremiación, y perseguir ser escuchados en los estamentos estatales para explicar el sentido de la profesión y su necesidad para la sociedad. Para lograrlo se debe incentivar la formación docente, invertir en formación posgradual, fortalecer en el estudiante la transculturalidad, la interculturalidad y la culturalidad, dentro de un currículo flexible que permita el razonamiento y la argumentación de los discursos (Nussbaum, 2005)

ENFADMÓN1⁹: “Falta de conocimiento, dependencia del médico.” Es imperativo buscar transformar la escisión del proceso enseñanza-aprendizaje, para que los profesionales puedan avanzar y evolucionar en el conocimiento, fortaleciendo los estudios posgraduales y, en general, la formación continua, lo que repercutirá en un profesional más autónomo en sus decisiones. La literatura muestra aún una fuerte evidencia de obediencia al médico, como lo expresan Guerrero-Núñez y Cid-Henríquez. (2015) Aunque es preciso aclarar que existen decisiones que son netamente responsabilidad del médico, otras pueden tomarse desde la profesión de la enfermería, y algunas exigen ser tomadas al interior de un equipo interdisciplinario, donde el profesional de

⁸ ENFORG1: enfermera(o) organización 1

⁹ ENFADMÓN1: enfermera(o) administrativa 1

enfermería debe actuar con capacidad de agencia para lograr ser tenido en cuenta, participando con libertad y objetivamente, como lo dice Sen. (2000)

ENFA3: “El control de una glucemia de un paciente, sí; pero para eso yo necesito apoyarme en otro servicio, como es la farmacia; yo creo que nosotros también en este momento necesitamos el apoyo de otras disciplinas para seguir fortaleciendo nuestro rol.” Se necesita el fortalecimiento del trabajo en grupo para concatenar el ejercicio con otras disciplinas y buscar cumplir con el objetivo de los profesionales de la salud: el bienestar del otro. Y se necesita visibilizar la profesión, pero no se logrará si no hay agremiación, por lo que es importante el proceso de enseñanza y la sensibilización del futuro profesional desde la etapa de formación.

ENFA1: “Involucrar más al gremio con las políticas, unirnos más; pero hay políticas que en algunos lugares de trabajo se cumplen y en otros no. Que se revise el cumplimiento en todas las instituciones donde hay profesionales de enfermería.” Esta narrativa invita a las agremiaciones a realizar acompañamiento y seguimiento continuo a las instituciones de salud para corroborar el cumplimiento de las diferentes políticas públicas, no sólo en cuanto a protocolos de manejo del sujeto de cuidado, si no en todo lo relacionado con el bienestar del profesional.

Para el rol de enfermero investigador sí es posible ejercer el principio de autonomía, dadas las condiciones con las que se cuenta para el proceso de enseñanza-aprendizaje, como lo expone la narrativa:

ENFI1¹⁰: “Cuando yo doy mis clases tengo autonomía.” Esta autonomía es evidente a la hora de dictar las clases, adoptar metodologías y orientar a los estudiantes en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Sin embargo, para la tesista persiste la inquietud de si es posible modelar en el estudiante la autonomía, más allá del rol docente. A este respecto, Pelluchon (2013) argumenta que se debe reconfigurar la autonomía no sólo en el respeto por la toma de decisiones del sujeto, si no, además -retomando a Foot (2002)- en la necesidad de permitir el desarrollo de los sentimientos de liberación, comprensión, inteligencia y sabiduría, para un verdadero cuidado con conocimiento, bondad y amor.

Para los profesionales es más fácil callar que levantar su mano y su voz; sienten miedo a perder su empleo y esta premisa permite una serie de acciones que los vulneran y los obligan a actuar con timidez o a seguir órdenes:

¹⁰ ENFI1: enfermera(o) investigación 1.

ENFI1: “No tomar decisiones por miedo a una repercusión en la institución.” En la narrativa se demuestra el temor de los profesionales para hablar, porque sienten miedo de perder su puesto de trabajo. Algo que no debería suceder, porque la Organización Internacional del Trabajo recomienda garantizar un trabajo decente y permitir la libre expresión en los lugares de trabajo como derechos fundamentales. (OIT, 1996-2022)

La vulneración del desarrollo del actuar profesional lleva a cumplir con los mínimos requerimientos para el sujeto de cuidado, pero deontológicamente los profesionales deben ENFSP1: “Concientizarse [de] que tienen el problema y comprometerse con ese paciente.”

Pese al deber ser establecido en el Código deontológico (Ley 911, 2004), hay factores evidentes por los cuales el profesional no entra a ejercitar esa capacidad de agencia para cambiar o empoderarse en la toma de decisiones.

En el ejercicio de las prácticas formativas en diversos ámbitos, tanto el docente como los profesionales en ejercicio deben comenzar a formar y modelar al estudiante a través de su participación en la toma de decisiones, el manejo de registros y el diálogo permanente durante el acto de cuidado, y no sólo limitarlo a que aprenda técnicas o procedimientos:

ENFD2: “Desvirtuar la forma de dirigirse a los estudiantes de enfermería; y no es la más adecuada, la más respetuosa exigencia del respeto hacia el resto de profesiones... es una forma de desconocer al enfermero.” Esta narrativa invita a los profesionales en ejercicio a darle la importancia debida al enfermero en formación cuando va a sus prácticas formativas, dado que se observa no tener en cuenta su opinión, y la más escuchada es la docente. Es ahí donde comienza a fortalecerse el desarrollo de las capacidades del formando en cuanto a aproximarle a la toma de decisiones y buscar siempre la retroalimentación del accionar para que establezca en el futuro una capacidad autónoma. (Nussbaum, 2020)

ENFD1: “Esta autonomía depende del liderazgo que uno como profesional tenga frente a los conocimientos.” Por tanto, es necesario forjar la estima por el conocimiento desde la etapa de formación, para que el profesional de enfermería pueda tomar decisiones y ser líder de un equipo de trabajo, como lo establece la Ley 266 de 1996.

No transmitir al estudiante las costumbres a las de estar sometido, pues esto sólo da continuidad y perpetúa unas prácticas profesionales sin capacidad de agencia:

ENFD2: “Vamos mirando nuestra comodidad; somos muy dados a estar cómodos.” Esta narrativa evidencia la falta de agencia en los profesionales, lo que no les permite debatir en espacios para el crecimiento profesional en el accionar. En el aspecto individual, se requiere conciencia para efectuar una acción desde la perspectiva de la ciencia de la “sociedad del hacer”, donde quien no actúa es inexistente. (Moles y Rohmer, 1983) Es así que la profesión debe retomar nuevas perspectivas para lograr una agencia adecuada en la realidad práctica.

ENFD1: “Las políticas públicas que nosotros tenemos son interesantes; inclusive, pienso que tienen unos componentes importantes y lo que falta es que nosotros los profes y profesionales de la salud las tomemos y las hagamos valer.” Esta narrativa expresa la necesidad de fortalecer en los profesionales la capacidad de agencia, así como comenzar a cultivarla en el estudiante para empoderar al agente en la toma de decisiones.

Dependiendo del profesional o la institución de salud los profesionales pueden percibir más o menos esta agencia de enfermería traducida desde el uso de la autonomía:

ENFI1: “No completamente; o sea, para mí el principio de autonomía del ejercicio de la profesión es que de acuerdo a mi conocimiento científico y a mi experiencia como profesional pueda tomar decisiones que implican que yo pueda ejercer mis acciones de manera autónoma.” Esta respuesta da cuenta de los elementos necesarios para tomar decisiones, referidos a las competencias del *saber-saber*, el *saber hacer* y el *saber ser*, para lograr accionar con capacidad de agencia; es decir, de manera autónoma, buscando resolver favorablemente las necesidades del sujeto de cuidado (Díaz Barriga Arceo y Hernández Rojas, 2010)

En la realidad de la práctica profesional, ENFA2: “El ejercicio es muy mecánico; se perdió el concepto del principio científico del cuidado; estamos en lo técnico.” Esta respuesta deja ver que se ha tecnicado la profesión, desconociendo los principios científicos para cuidar como lo establece el Código deontológico (Ley 911, 2004)

ENFINDEP1: “Reforzar el conocimiento de enfermería; eso lo debe dar la universidad, y además el compromiso personal de cada profesional.” La narrativa refuerza el argumento de la tesista respecto de fortalecer el rol docente en tanto eje fundamental en la enseñanza con pensamiento crítico, juicio clínico y accionar reflexivo sobre las metas propuestas para el cuidado de enfermería (Alfaro-Lefevre, 2009)

ENFINDEP¹¹: “Más oportunidad al sector profesional, tomar decisiones y más libertad en las pautas que puedan decidir mejorar sueldos.” Lo expresado en la narrativa da cuenta de todas las problemáticas de la profesión que urgen una transformación dirigida al reconocimiento de los profesionales para lograr que otros reconozcan la profesión como una disciplina esencial para la población (Butler, 2009)

ENFD1: “Cada día tomemos decisiones y tomemos la batuta de que en esta profesión hay que ganar y mandar políticamente, económicamente; que no somos solamente la asistencia.” El argumento manifiesta la necesidad de empoderarse de las políticas para aplicarlas y hacerles seguimiento, y así alcanzar la capacidad de agencia para evolucionar. Es evidente que si la profesión de enfermería contara con todos los elementos necesarios para el desarrollo del acto de cuidado, y con condiciones laborales decentes, podría ser autónoma y por ende encaminarse a la obtención de la capacidad de agencia que se requiere, como lo evidencia la siguiente aseveración:

ENFADMON1: “Sí hay autonomía; sobre todo si se cuenta con todos los elementos necesarios para llevarla a cabo.” Como lo establece la Ley 911 de 2004 (capítulo II, artículo 5), se debe contar con las condiciones para el ejercicio de la profesión para poder brindar cuidados y actuar de manera autónoma.

ENFA2: “Tener voz y voto, que se nos escuche, que no se limite el accionar; porque así se tengan las ideas, si hay miedo a perder el empleo hay demasiada delegación; articular la educación o docencia con la asistencia.” Esta narración afirma la necesidad de articular estos dos roles, dado que el asistencial es el más saturado por la gran demanda de sujetos de cuidado. Por tanto, es esencial que la educación en enfermería se transforme para lograr el fortalecimiento de la capacidad de agencia.

ENFA1: “Sí, tengo autonomía en la administración de medicamentos y lo hago acorde a la sintomatología; ahí decido si lo aplico o no.” Hay muchos profesionales que ejercen la autonomía como lo establece la normativa, pero para ello deben contar con los suficientes conocimientos relacionados con la decisión a ejecutar. La profesión requiere, de manera urgente, desarrollar la capacidad de agencia, para lo que debe retomarse el conocimiento de las políticas y del cuidado mismo, además de la unión y organización del gremio, y así terminar con prácticas que no permiten autonomía y toma de decisiones.

¹¹ ENFINDEP: Enfermera (o) independiente

ENFD1: “Que le digan no, el miedo a que sean juzgados, el miedo a que sean echados de sus trabajos.” Estas realidades aplican para el caso de muchos profesionales de enfermería que desconocen o no se apoyan en la normativa para exigir las condiciones básicas para el ejercicio del cuidado (Ley 911, 2004).

ENFA1: “El enfermero que no está bien preparado.” Evidencia la causa de la falta de autonomía a la hora de accionar, en cuanto concierne al debilitamiento de las competencias del saber-saber, como ya se ha explicado. Para los profesionales de enfermería es imperativo comprender no solamente todo lo relacionado con los principios científicos y el conocimiento epistemológico del cuidado en general, si no también lo que las políticas públicas le permiten para llevar a cabo el acto de cuidado. En consecuencia, urge:

ENFI1: “La democratización de esa participación a todas las enfermeras, porque allí se toman o se hacen políticas humanas y es muy poco lo que toman en cuenta a los enfermeros.” Definitivamente, para lograr ser escuchados en los estamentos gubernamentales se requiere cultivar la capacidad de agencia, permeada por la autonomía y fortalecida por las competencias profesionales del perfil del profesional (Ley 911, 2004).

En cuanto al derecho a la objeción de conciencia y a la autonomía para tomar decisiones en general en las prácticas que hasta ahora se han llevado por la profesión, si pueden ejercer su capacidad de agencia:

ENFA1: “Sí claro. Por ejemplo, si tiene pacientes de diferentes culturas –ejemplo, en el caso de los testigos de Jehová- si no quiere pues no se hace. Por ejemplo, en pandemia, un paciente con PAFI menor de 100: si no quiere ser intubado pues no se hace; y en pandemia también depende mucho de la institución.” El Código deontológico es enfático en que el profesional de enfermería respetará las decisiones del sujeto de cuidado, y tendrá el derecho de acudir a la objeción de conciencia en caso de dilemas morales (Ley 911, 2004).

ENFA1: “Yo soy independiente; inicio medicamentos acorde a la evolución del paciente, y como es de noche, no hay supervisión del médico como en el día; toca estar pendiente.” Esta narrativa evidencia que el profesional puede ser agente autónomo y asumir un rol independiente. Pero, para lograrlo, debe contar con los conocimientos necesarios (Ley 911, 2004).

Es evidente que para ejercer la autonomía y la toma de decisiones, en cualquier dimensión del cuidado, el profesional de enfermería debe conocer la aplicación de las políticas públicas de salud para fundamentarse y lograr ser escuchado.

ENFD2: Pero, sí “La política no le interesa porque él recibe lo mismo que escuchó a la profesora de lo siguiente, 'eso no sirve para nada', 'ya no hacen nada', 'esas enfermeras mayores allá sin nada que hacer'; y resulta que se necesitan en todo, en todos los aspectos y esta no es la excepción; entonces, nos falta en la academia.” En la narración se ve la repetición de discursos sin lograr un aprendizaje significativo en el estudiante. Como se ha mencionado, es urgente la transformación de la enseñanza de la profesión y el modelo de los profesores para los estudiantes (Díaz Barriga Arceo y Hernández Rojas, 2010)

Entre otras dificultades para el ejercicio de la autonomía en la profesión, se encuentran afirmaciones como ésta:

ENFA2: “El Estado bloquea a las agremiaciones, porque las colegas se estrellan con el Ministro de Salud, porque les tiene a todas sus peticiones respuesta para NO permitir cambios.” Lo argumentado evidencia la falta de escucha por parte de los estamentos gubernativos para reconocer el papel tan relevante de la profesión, con todo lo que implicaría tal reconocimiento, tanto en el aspecto social como en el económico.

Otra dificultad para el ejercicio de la autonomía es el desconocimiento del contenido de las políticas públicas, por lo que:

ENFI1: “Darlas a conocer, y eso que hay muchísimas que nos quieran dar a conocer; realmente es divulgar más esas políticas públicas y ese solamente no es divulgar, si no la importancia que tiene la participación, no solamente en internet, si no de todos los involucrados en la política.” Retomando la postura de la ética feminista, los profesionales de enfermería deben ser seres más políticos para comprender, analizar y participar en la toma de decisiones (Gilligan, 2013)

Los profesionales de enfermería deben contar con los conocimientos necesarios para saber que:

ENFA3: “Esa autonomía es determinar en qué momento un paciente considera un cambio, una terapia, una participación de un grupo interdisciplinario.” Como lo propone la normativa, para abordar el cuidado se debe actuar con capacidad de agencia en la toma de decisiones, desde la oportunidad y la calidad frente al sujeto de cuidado.

Es necesario reconocer al otro; necesario para comprender que alguien estará en capacidad de hacer tareas que alejan al profesional del cuidado directo y no quedarse en el sólo cumplimiento de funciones administrativas, porque no se logra el objetivo del cuidado, pero:

ENFD2: “En Colombia a la enfermería nos gusta que otros nos hagan la tarea.” Tal vez por la sobrecarga laboral ha sido necesario delegar las ejecuciones del cuidado propias del profesional de enfermería, dado que el auxiliar sólo adelanta tareas de asistencia al sujeto.

ENFD1: “El no reconocerse, sí, que tienen una profesión en que pueden tomar decisiones.” Esta narrativa da cuenta de lo trascendente que resulta que otros reconozcan la labor de los profesionales de enfermería, mostrando respeto y dignidad hacia ellos, en concordancia con lo argumentado por Butler. (2009)

Por falta de reconocer al otro y reconocerse a sí mismo desde lo normativo de la profesión, se termina actuando en cumplimiento a la obediencia, lo cual lleva a la frustración de los profesionales, como lo expresa esta entrevistada:

ENFI2: “Hay miedo; aunque hay enfermeros autónomos, hay conflicto.” Aun cuando cuentan ampliamente con respaldo normativo, no siempre los profesionales de enfermería pueden ejercer la autonomía cuando las instituciones de salud parecen ir en contravía de lo establecido, vulnerando la capacidad de agencia del profesional (Ley 911, 2004).

Conflicto Diacrónico. La realización (beneficencia)-conservación (no maleficencia)

La tensión que aparece en este conflicto diacrónico se da por la falta de conocimiento, experiencia que termina por afectar el acto de cuidado, generando errores en la praxis, así como posibles eventos adversos no intencionales.

La profesión de enfermería tiene como propósito cuidar:

ENFSP1: “Queremos dar la mejor atención a los pacientes.” Como antes se ha descrito, los profesionales siempre buscan el beneficio del otro pero, por factores ajenos a ellos no siempre puede dar lo mejor de la profesión (Ley 911, 2004).

Dentro de la premisa del acto de cuidado está hacer lo correcto en beneficio del sujeto; sin embargo,

ENFA1: “Si actúan sin conocimiento sin saber... Humm... Por ejemplo, si llega un paciente para trasplante de prótesis valvular y tiene tiempos prolongados con $INR > a 1.3$ en los valores, y si le transfunden plasma, se va a complicar el paciente porque ahí, en ese caso, no está indicado.” Para tomar decisiones, los profesionales de enfermería deben contar con suficientes conocimientos para comprender el proceder de la decisión autónoma, porque si no se tiene claro, se incurrirá en errores de la praxis. (Alfaro-Lefevre, 2009)

Si el profesional desconoce algunas intervenciones debe reflexionar y entender que, si bien no lo sabe todo, sí está en la obligación actualizarse:

ENFA2: “Trabajo en oncología y no lo sé todo; pero debo buscar, indagar, para no cometer errores.” Esta narración permite ver cómo no siempre se propicia que el profesional de enfermería cuide en el área de su experticia, si no en donde se lo necesita. También allí, el profesional debe tener aptitud y ejercitar su capacidad de agencia (Davidson, 1995)

En resumen, los conflictos manifestados por los profesionales entrevistados son más de tipo sincrónico desde lo individual, enfatizando más en las dificultades del conocimiento, lo cual propicia inseguridad, miedo a perder el empleo y a levantar la voz a favor de sí mismo y del sujeto de cuidado, situación que genera conflicto diacrónico por la falta de cumplimiento en los estándares establecidos para brindar el cuidado, favoreciendo así la aparición de complicaciones en el sujeto de cuidado.

Tabla 6. Falta de reconocimiento de sí y del otro (sujetos de cuidado)

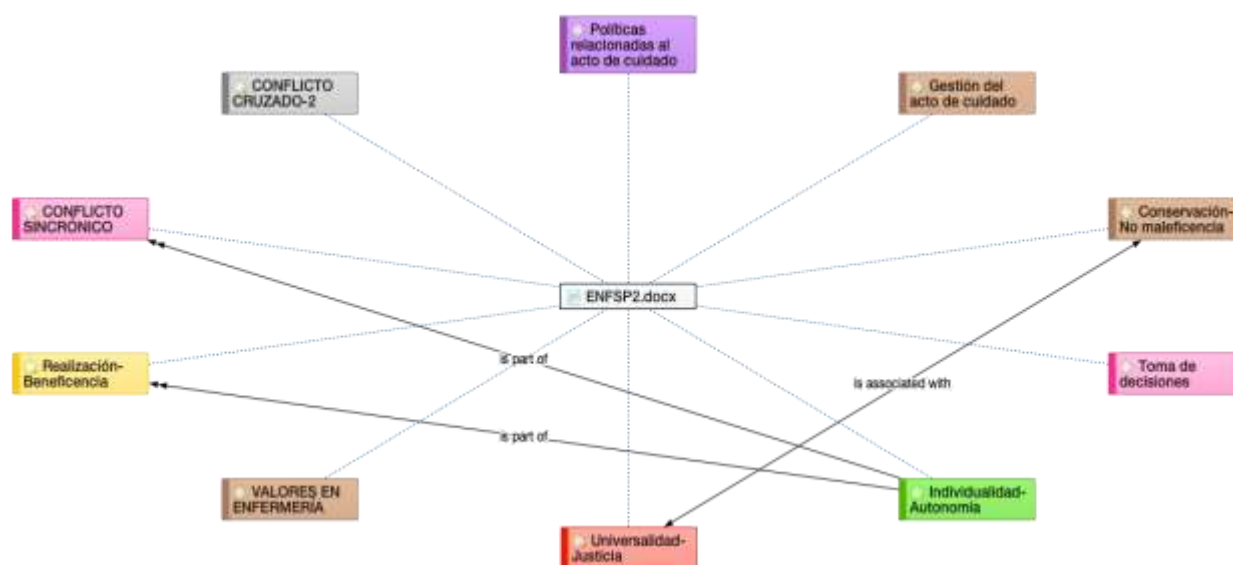
Conflicto Sincrónico	Conflicto Diacrónico
<ul style="list-style-type: none"> • No cumplimiento de las políticas • Precarización de la profesión • Desconocimiento de políticas • Falta de conocimiento • Autonomía vs. obediencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Elementos incompletos para el acto de cuidado • Poca calidad de vida del profesional • Falta de oportunidad en el cuidado • Errores en la práctica profesional • Acto de cuidado con inseguridad que termina en escasez de planeación del mismo.

Fuente: Elaboración propia

Redes semánticas. Entrevistas a profesionales de enfermería

A continuación se presenta, mediante redes semánticas organizadas en ATLAS.ti, la relación del profesional con los posibles conflictos o tensiones, desde la perspectiva de la ética convergente, en las diferentes políticas públicas. Para elaborarlas se usaron diferentes códigos en el proceso de ordenación de los datos de las entrevistas, resaltando los aspectos más relevantes para el acto de cuidado.

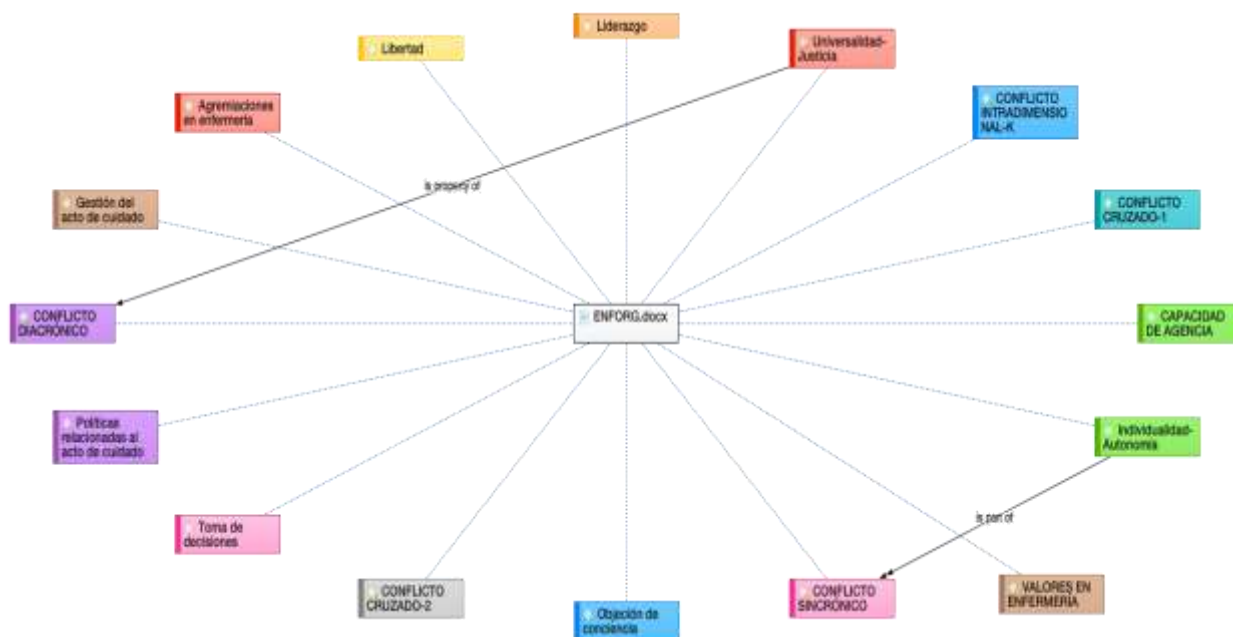
Red 6. Relación de las políticas de salud y el acto de cuidado por ENFSP



Fuente: Elaboración propia en el programa ATLAS.ti a partir de los datos de la investigación.

En la Red 6 se observa la relación de las políticas públicas que permean el ejercicio profesional del que parte, en tanto no se observa conflicto desde lo universal, hasta cómo debería ser el acto de cuidado bajo los principios éticos. Definitivamente se reafirma que, dependiendo de la capacidad de agencia, las decisiones influyen en el principio cardinal de la realización para buscar la beneficencia del sujeto de cuidado. (Maliandi y Thüer, 2008)

Red 7. Relación de las políticas de salud y el acto de cuidado por ENFORG



Fuente: Elaboración propia en el programa ATLAS.ti, a partir de los datos de la investigación.

La Red 7 muestra que sí están concatenadas las políticas públicas con el acto de cuidado desde su propuesta, y cómo han sido concebidas para favorecer a la población. Sin embargo, en la ejecución hay una distancia, puesto que si desde la universalidad no hay disposición de elementos necesarios para el cuidado, se genera una tensión en el principio cardinal de la realización; es decir, el principio de beneficencia se vulneraría. (Maliandi y Thüer, 2008)

Red 8. Relación de las políticas de salud y el acto de cuidado por ENFINDEP



Fuente: Elaboración propia en el programa ATLAS.ti a partir de los datos de la investigación.

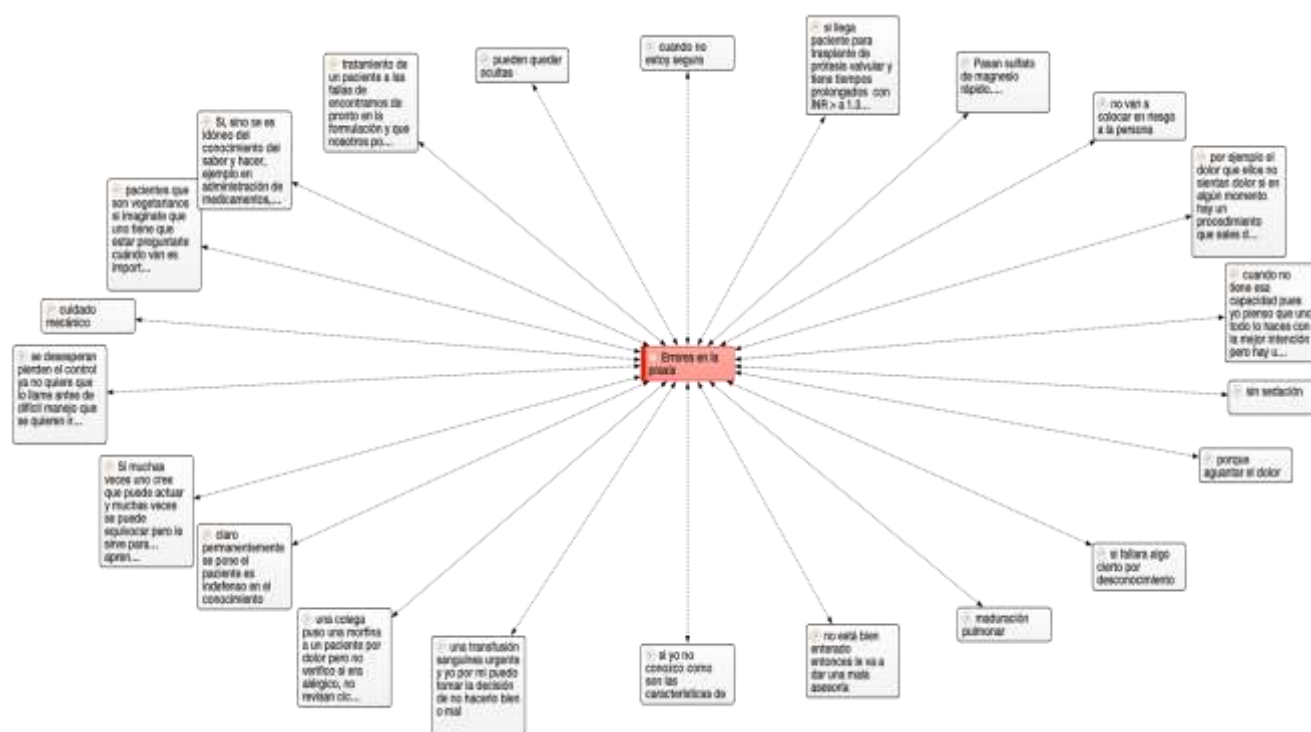
La Red 8 evidencia la asociación o relación del acto de cuidado y el favorecimiento de la autonomía del profesional. Además, la brecha entre la teoría y la práctica se deja ver en la vulneración del principio de beneficencia, lo cual equivale a decir que el conflicto sincrónico va ligado al diacrónico y, si se vulnera el primero, automáticamente repercute en el otro, por el no cumplimiento del derecho básico de contar con los elementos necesarios para el cuidado. (Maliandi y Thüer, 2008)

Para la tercera fase se analizaron los aspectos relacionados con las reflexiones de las implicaciones bioéticas de los significados sobre la capacidad de agencia del ejercicio profesional y del dispositivo normativo del ejercicio profesional, siguiendo la reflexión pragmática trascendental sugerida por Maliandi, dada por la falta de capacidad de agencia o problemáticas en el rol profesional y la triangulación de resultados de las tres fases.

Problemáticas asociadas a la capacidad de agencia en los profesionales de enfermería

Una de las tensiones más fuertes está constituida por los errores en la administración de medicamentos por sobrecarga laboral y, algunas veces por desconocimiento, como lo muestra la Red 9. Pero también se presentan errores en la práctica al no seguirse protocolos de manejo, o por cansancio o falta de entrenamiento en el área de desempeño, lo que genera conflictos y el desequilibrio de los 4 principios de la bioética y los principios cardinales de Maliandi. (Maliandi y Thüer, 2008)

Red 9. Errores más frecuentes en las prácticas de la profesión

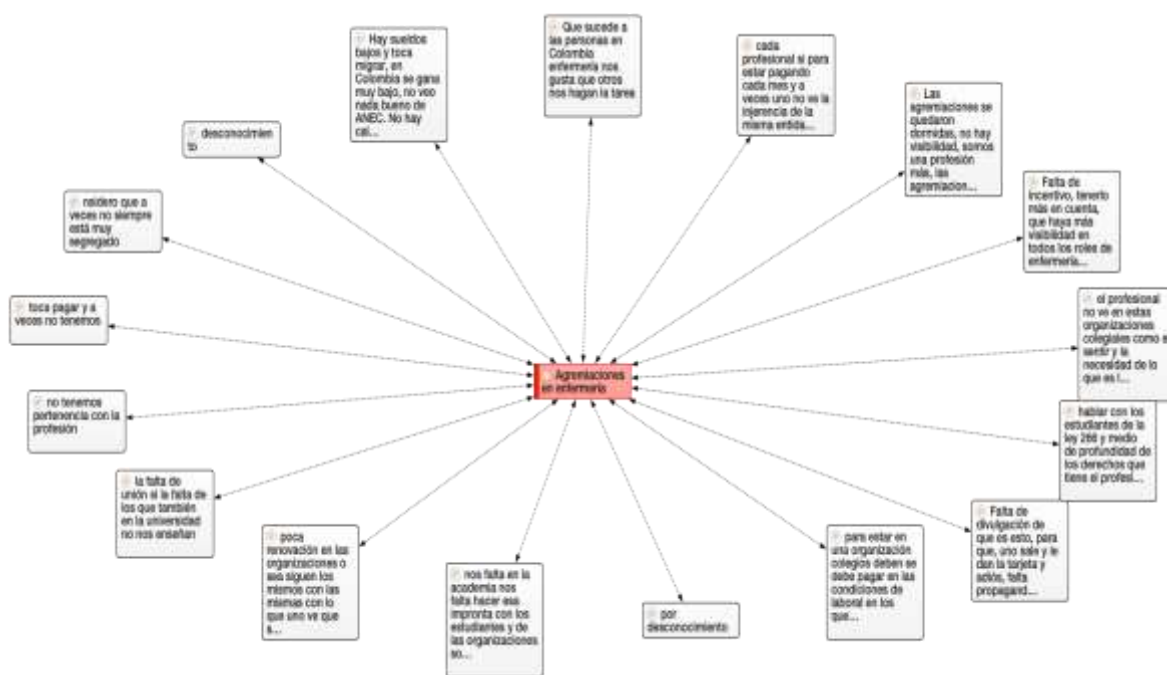


Fuente: Elaboración propia en el programa ATLAS.ti, a partir de los datos de la investigación.

La Red 9 evidencia que por falta de conocimiento se toman decisiones que originan prácticas erróneas, poniendo en peligro al sujeto de cuidado. El error más frecuente se presenta en

la administración de medicamentos. Para Castañeda (2017) los factores que propician este error son la sobrecarga laboral, la poca disponibilidad de tiempo y el número de sujetos a cargo, lo que excede la capacidad del profesional y termina ocasionándole fatiga y estrés que vulneran los principios de realización, beneficencia y no beneficencia; es decir, hay un conflicto diacrónico (Maliandi y Thüer, 2008) que se resuelve si hay fortalecimiento de la capacidad de agencia del profesional en su actuar.

Red 10. Percepción de los profesionales de enfermería sobre las agremiaciones



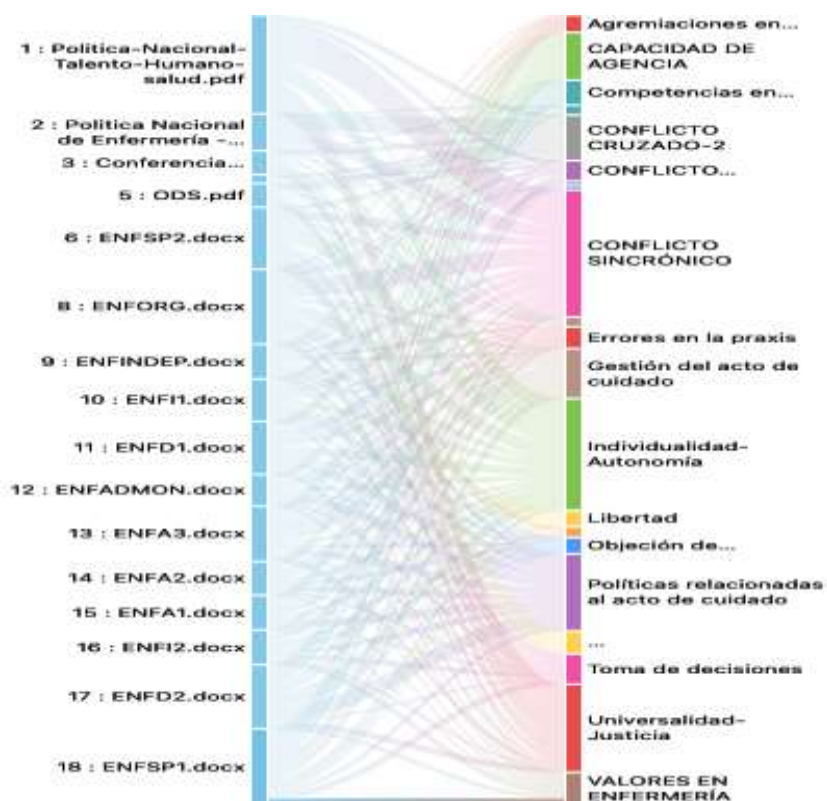
Fuente: Elaboración propia en el programa ATLAS.ti, a partir de los datos de la investigación.

La Red 10 arrojó una gran brecha entre los profesionales de enfermería y las agremiaciones, por el desconocimiento de su existencia. El profesional percibe poco respaldo, traducido en condiciones laborales distantes de la normativa. Esto causa vulneración en la contratación y en la calidad de vida de los profesionales por precarización de la profesión y sobrecarga laboral, lo que genera un conflicto sincrónico. (Maliandi y Thüer, 2008) Desde el principio de individualidad de

La Red 11 muestra la coherencia con el Código deontológico (Ley 911 de 2004) entre los valores y principios (los más frecuentes son la responsabilidad y la integralidad) necesarios para desempeñar la práctica de la enfermería en el día a día, en cuanto a la relación con el sujeto de cuidado. No obstante, se presenta tensión con el principio de autonomía para lograr siempre la beneficencia de sí mismo y del otro. (Maliandi y Thüer, 2008)

En suma, los resultados arrojan tensiones por falta de conocimiento para ejercitar la autonomía en el accionar dentro de la práctica, poniendo en riesgo la integridad del sujeto de cuidado. A pesar de conocer los principios de la profesión, en el deber ser se percibe falta de capacidad de agencia, reduciendo todo al trabajo mecánico del hacer. La mayoría de los entrevistados mencionaron la totalidad de principios consagrados en el Código deontológico.

Figura 1. Relación entre documentos y los diferentes códigos



Fuente: Elaboración propia en el programa ATLAS.ti, a partir de los datos de la investigación.

En la Figura 1 se aprecia la fuerte relación de los profesionales de enfermería con las políticas públicas, la importancia de la gestión de los cuidados y la frecuencia de tensiones entre la autonomía y la justicia; es decir, el conflicto sincrónico. Así mismo, la importancia de la toma de decisiones, lo que indica un elemento para la capacidad de agencia. (Maliandi y Thüer, 2008; Ley 911 de 2004)

Ver Tabla 7, Triangulación de los resultados.

Tabla 7. Triangulación de los resultados

Categorías	Capacidad de agencia en las políticas públicas	Capacidad de agencia en los diferentes roles	Conflictos bioéticos
Políticas públicas relacionadas con la profesión	Las políticas públicas responden a las necesidades de la población colombiana.	La falta de capacidad de agencia desde la estructura autoconciencia no se da siempre por falta de seguridad, si no por su desconocimiento o por temor a empoderarse de la toma de decisiones. Falta fortalecer su enseñanza desde la etapa formativa de los profesionales.	Hay tensión entre la justicia y la autonomía (conflicto sincrónico), lo cual impide ejercer una toma de decisiones en la que se respete tanto la autonomía de los pacientes como la autonomía del profesional de enfermería que se ve seriamente afectada.
Entrevistas a profesionales en ejercicio, en sus diferentes roles	Entre los profesionales de enfermería hay desconocimiento de las políticas públicas, de su utilidad y de su aplicación.	No solamente no relacionan las políticas públicas con el ejercicio diario de la profesión para garantizar el acto de cuidado con calidad y oportunidad, si no que tampoco con respecto a sus propios derechos. Sienten una brecha entre el rol docente y el asistencial.	Hay una tensión en el conflicto sincrónico que, indirectamente, impide cumplir con los principios de beneficencia y no maleficencia (conflicto diacrónico)

Fuente: Modificación propia a partir de Maliandi y Thüer (2008)

Desarrollo de la tesis. Agentes del cuidado del otro sin el cuidado de sí

La presente tesis se basa en la idea de que, desde la perspectiva de la ética convergente, los conflictos bioéticos están internamente relacionados con la falta de la capacidad de agencia, evidenciada tanto en la formulación de la política pública como en el ejercicio profesional de la enfermería, lo que imposibilita el debido reconocimiento por parte de sí y del otro.

Se parte del objetivo de esta investigación, que es comprender los significados sobre conflictividad sincrónica y diacrónica que emergen en la constitución de la capacidad de agencia de los profesionales de enfermería, desde la perspectiva de la ética convergente en la política pública que regula el ejercicio de enfermería en Colombia.

Como se anticipó, las tensiones del ejercicio profesional de la enfermería tienen una importante relación con la capacidad de agencia, y esto coincidió con la revisión de la literatura y con la revisión de las políticas públicas relacionadas con la profesión en los diferentes roles del ejercicio profesional de la enfermería en Colombia. También se anticipó la necesidad de armonizar estos conflictos desde la teoría de la ética convergente de Ricardo Maliandi.

Para el Código deontológico, “el acto de cuidado de enfermería es el ser y la esencia del ejercicio de la profesión.” (Ley 911 de 2004, art. 3°) Partiendo de esta premisa, el contexto que rodea la relación *sujeta de cuidado-profesional de enfermería* debe estar determinada por el cumplimiento de las normas de los entes gubernamentales y por las competencias del profesional. En este sentido, los dos actores involucrados necesitan de condiciones básicas para el desarrollo de la práctica. Por tanto, el presente capítulo contrasta las tensiones surgidas de esta relación.

En primera instancia se revisa el concepto de capacidad de agencia del profesional de enfermería en los diferentes roles profesionales. Seguidamente, se trabaja la capacidad del cuidado de sí desde la teoría de Foucault, para comprender las prácticas de libertad relacionadas con la autonomía. Y se termina con el análisis bioético, desarrollado desde la perspectiva de Maliandi.

¿Qué es la capacidad de agencia del profesional de enfermería?

El enfoque de la acción representada por Davidson (1963) está relacionado con tres elementos que son la intención, el comportamiento y el resultado.

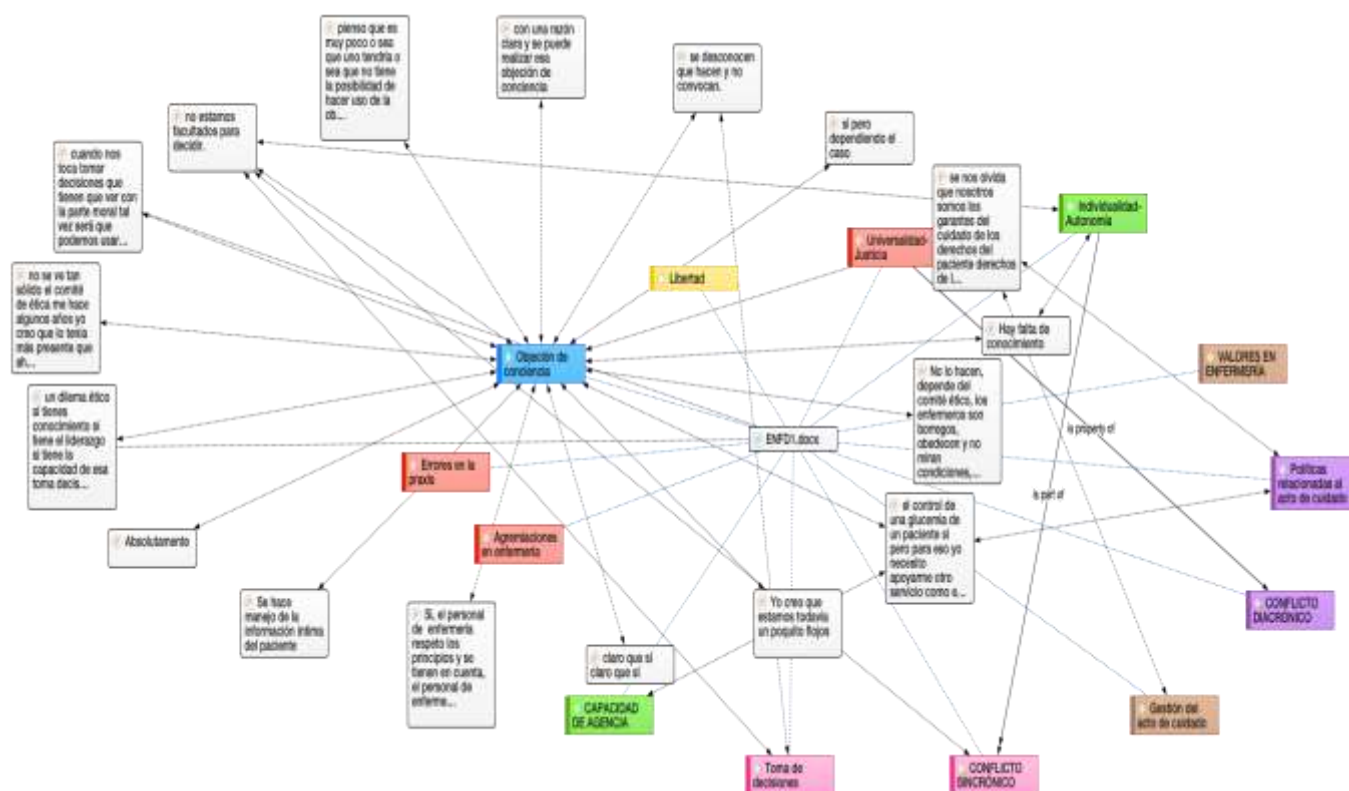
La intención provoca una postura y genera un resultado esperado, que debe ser retroalimentado para que el sujeto pueda evolucionar en su comportamiento y decidir si continúa igual o si elige otra manera de actuar. Es decir, el comportamiento del sujeto es causado efectivamente por la intención del sujeto o agente, quien comprenderá la relación entre su conducta y el resultado esperado por la ejecución de su acción, desde la perspectiva o relación de la psicología cognitiva, fundamentada en la intencionalidad desde el autogobierno, la autodeterminación y la autonomía (Davidson, 1963)

En Colombia, la autonomía o el desarrollo de la capacidad de agencia en las políticas públicas dirigidas a los profesionales de enfermería se ve quebrada porque dichas políticas no están enfocadas en los profesionales en sí mismos si no en favorecer el mercado y el incremento de la producción del país, como se demostró e ilustró anteriormente. Estas políticas, con sus lógicas, permean el ejercicio profesional de enfermería, aunque la organización del trabajo establezca como principio el trabajo garantizado en todas sus dimensiones.

Para comprender la capacidad de agencia de los profesionales de enfermería en Colombia, a continuación se presentan las redes semánticas más significativas por cada rol, a fin de entender las categorías, los códigos abiertos y las posibles tensiones desde la conflictividad de la ética convergente, y así determinar dónde no hay armonización del acto de cuidado. A partir de estos resultados se ha descrito la fuerte tensión en el principio de autonomía, lo que lleva a quebrantar la gestión del cuidado con más ímpetu en el rol asistencial, dada su saturación por la necesidad de cuidado de las personas en su proceso de salud-enfermedad. Así, se da cuenta del cuidado del otro acudiendo a categorías como gestión del cuidado, competencias profesionales, dificultades en la práctica y elementos necesarios para la toma de decisiones.

Citando a Foucault, Gómez (2007) refiere que para el cuidado del otro es necesario partir de conocerse a sí mismo para luego tener el poder de hacer prácticas de libertad. En ese sentido se identificaron problemas que permean el cuidado, como consecuencia de no partir de prácticas de libertad en el accionar, dado el miedo o temor a perder el empleo, lo que se hace más más notorio en el rol asistencial.

Red 15. Capacidad de agencia en el cuidado del otro (sujeto de cuidado) en el rol de la docencia

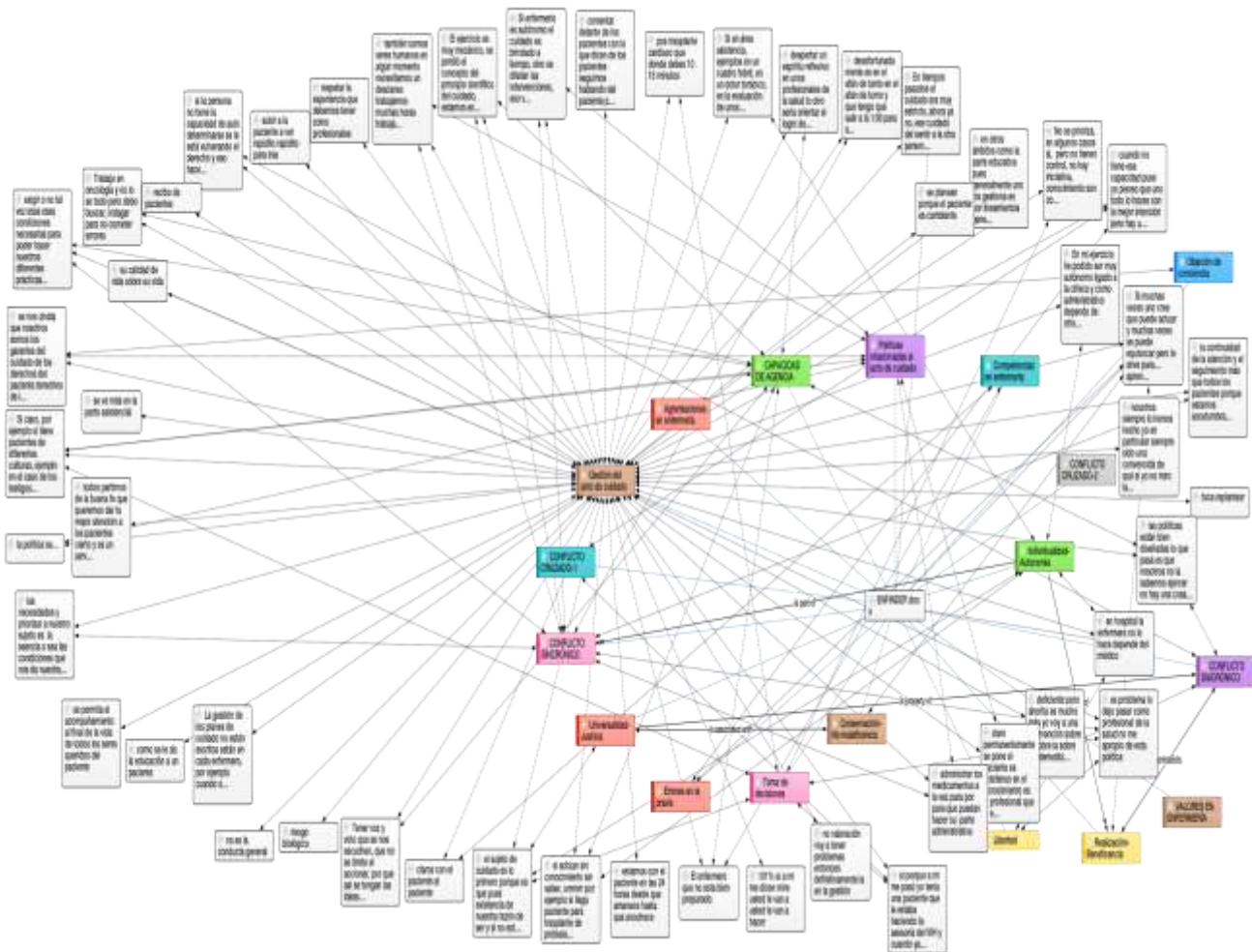


Fuente: Elaboración propia en el programa ATLAS.ti, a partir de los datos de la investigación

En la Red 15 se identifica un conflicto sincrónico desde la capacidad de autonomía y la libertad, influenciado desde lo universal -principio de justicia- cuando no se les brindan las garantías suficientes para llevar a cabo el acto de cuidado, lo que podría acarrear a los profesionales de enfermería la posibilidad de tensión diacrónica entre la beneficencia y la no maleficencia. Es decir, quizá se ofrezca el cuidado, pero sin los elementos necesarios para hacerlo. En el medio se suele decir: “se hace lo que se puede”, pero esto vulnera los derechos de los sujetos de cuidado. Tal accionar puede inducir a contracciones o dilemas morales en algunos profesionales que, por desconocimiento o temor a ejercer la objeción de conciencia, toman decisiones no críticas ni reflexivas (Ley 911 de 2004)

que se actualizan mediante la experiencia y la investigación. En este sentido, el profesional puede desarrollar su rol en instituciones diferentes a las de la atención en salud. La Red 16 deja claro que en el rol investigativo no se presentan tensiones o conflictos bioéticos, pero reconoce el conflicto en otras áreas de desempeño profesional.

Red 17. Capacidad de agencia en el cuidado del otro (sujeto de cuidado) en el rol independiente



Fuente: Elaboración propia en el programa ATLAS.ti, a partir de los datos de la investigación.

La Red 17 simboliza mayor autonomía en la toma de decisiones con el sujeto de cuidado en el rol independiente; sin embargo, es preciso en mostrar la tensión de un conflicto por problemas

en la autonomía del profesional. Ahora, si el profesional goza de los derechos establecidos en la ley en su totalidad, se logrará una gestión de cuidado con oportunidad y calidad, disminuyendo los errores en la práctica, para lo cual es preciso aplicar los principios éticos y no vulnerar los derechos y deberes tanto del sujeto de cuidado como del profesional. Además, el profesional de enfermería debe contar con unas competencias fortalecidas que aporten seguridad a su práctica profesional. (Díaz Barriga Arceo y Hernández Rojas, 2010)

Con base en la revisión de la literatura y las narraciones de los profesionales de enfermería, la tesista organiza en la Tabla 7 la categoría 'capacidad de agencia' en relación con la política pública y con los diferentes roles, a fin de comprender los elementos involucrados en ella.

Así mismo, la tesista contrastó lo normativo o establecido por la agencia, y cómo el profesional de enfermería debería llevar a cabo su capacidad de agencia en la práctica.

Tabla 8. Formas de expresión de la capacidad de agencia en la política pública. (pág. 1 de 3)

	Agencia de la política pública en enfermería	Capacidad de agencia por los profesionales de enfermería
Estructura	<p>Agencia del sistema de salud. Asignación de funciones y responsabilidades que, en muchas oportunidades sobrepasan las capacidades reales de trabajo, aumentando el riesgo de que un error o mala práctica del profesional genere verdaderas tragedias.</p> <p>Ley 100 de 1993: precarización laboral, bajos salarios, sobrecarga laboral y excesiva rotación, debido entre otras causas a la corta duración de los contratos por prestación de servicios. Sistemas de información poco robustos.</p>	<p>Relación entre la política y el rol de enfermería. Disonancia entre la teoría y la práctica de los cuidados. Al parecer, para la población no son claras las funciones desempeñadas por los profesionales de enfermería, lo que da como resultado una práctica profesional que puede generar verdaderas tragedias.</p>
Agente	<p>Profesional de enfermería como agente autónomo Da lineamientos de cómo ejecutar la política. No es clara la función del profesional.</p> <p>Limitación del profesional Sobrecarga y precarización laboral</p>	<p>Toma de decisiones Las brechas entre las políticas y la realidad del profesional en los diferentes ámbitos de planeación del talento humano en salud dificultan la toma de decisiones. La representación social sigue relacionada con la idea de oficio, vocación y subordinación a la medicina.</p> <p>Libertad. Si hay conocimiento de la política, la pueden llevar a cabo en las prácticas profesionales o incluso, si no la conocen bien, los protocolos o guías están para dar respuesta a una necesidad del sujeto; o pueden limitarse a obedecer al médico.</p>
	<p>Acto de cuidado En todo el actuar de enfermería; es decir, en cualquier rol que desempeñe.</p>	<p>Accionar del cuidado Todas las políticas permean el acto de cuidado de enfermería, es decir la relación sujeto de cuidado-profesional.</p> <p>Manifestación o denuncias por la ciudadanía Solicitud de cumplimiento de derechos y no vulneración en la demanda de cuidados, de manera oportuna.</p>

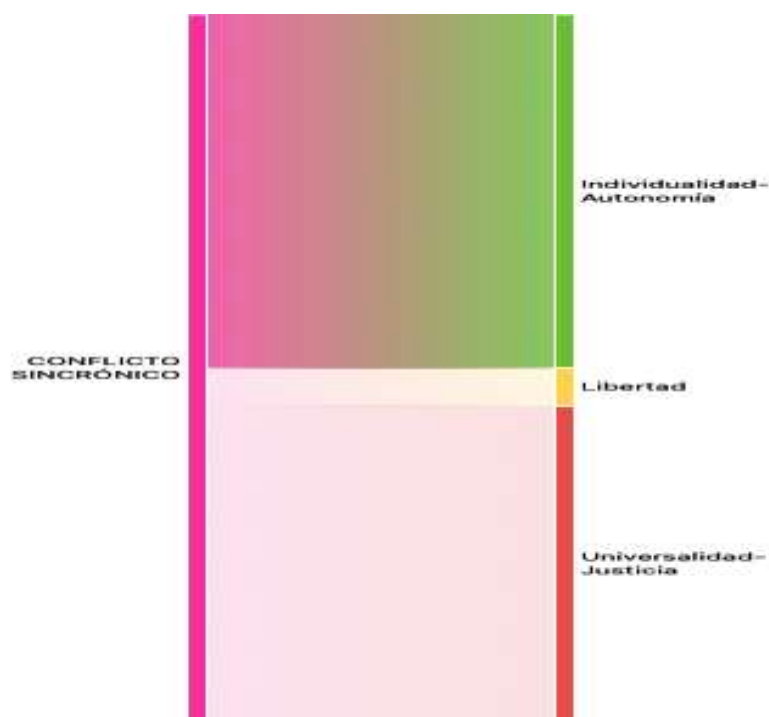
Tabla 8. Formas de expresión de la capacidad de agencia en la política pública. (pág. 2 de 2)

	Agencia de la política pública en enfermería	Capacidad de agencia por los profesionales de enfermería
Agente	<p>Profesional de enfermería en las políticas públicas relacionadas con la enfermería</p> <p>Establecer una línea de ruta para posibilitar contextos, escenarios y recursos, dando respuesta a las múltiples problemáticas que afectan el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia.</p> <p>Dar cumplimiento a lo establecido en las Leyes 266 de 1966 reglamentaria del ejercicio de la profesión de enfermería, y 911 de 2004 o de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia.</p>	<p>Actitud</p> <p>El deseo expreso del profesional para actuar en beneficio del otro. Falta hacer seguimiento del manejo de las políticas.</p>
Sociedad	<p>Gestión de la organización</p> <p>Trabajo que las organizaciones de enfermería han venido realizando desde su constitución, en las diferentes dimensiones de la profesión, para su fortalecimiento en el país.</p> <p>Ejercen su capacidad de agencia para cuestionar críticamente las limitaciones y restricciones institucionales para brindar el cuidado, denunciando la precariedad de recursos, actuando ante los conflictos éticos que presentan de las innovaciones y la alta tecnología, poniéndole voz a las demandas de los ciudadanos y defendiendo sus derechos en el marco de las leyes establecidas.</p>	<p>Reconocimiento del yo y del otro</p> <p>No existe el reconocimiento necesario de la labor de la profesión por parte de la sociedad.</p> <p>No se da garantía del derecho al trabajo digno.</p>

Fuente: Elaboración propia

Para la tesis también se hizo necesario analizar el cuidado de sí mismo, partiendo del conflicto bioético sincrónico, con el fin de comprender, analizar, reflexionar y llegar a la armonización de la tensión, como se muestra en la Figura 2.

Figura 2. Relación del conflicto sincrónico con los principios de Maliandi



Fuente: Elaboración propia en el programa ATLAS.ti, a partir de los datos de la investigación

Tabla 9. Capacidad de agencia en el rol de enfermería. (pág. 1 de 2)

	Agencia establecida	Capacidad de Agencia en las prácticas profesionales
<p>Estructura Las políticas públicas describen los procedimientos para que el profesional cuente con lo necesario para brindar el cuidado al sujeto</p>	<p>Política En Colombia las políticas están bien escritas y surgen como respuesta a la necesidad de la población, cuando se ha visto invisibilización del rol del profesional de enfermería se ha logrado el ajuste necesario.</p> <p>Justicia Los estudios revelan las diferentes demandas o quejas por el incumplimiento de las políticas.</p>	<p>Conocimiento de la normatividad En la formación de pregrado en Colombia está contemplada la revisión y aplicación de las diferentes políticas en asignaturas específicas.</p>
<p>Agente Los profesionales de enfermería responden a las demandas de cada sujeto de cuidado acorde con su respuesta. Sin embargo, hay una brecha en el cumplimiento de las políticas a la hora de la actuación o intervención por parte del profesional.</p>	<p>Autonomía Desde la Ley 911 de 2004, en el artículo 5 se establece que un profesional de enfermería no puede garantizar cuidado de calidad e independencia si no tiene autonomía en la relación con el sujeto de cuidado.</p>	<p>Autoconciencia A partir del concepto de capacidad de agencia se puede decir que cada persona decide o no accionar; en este sentido, cada profesional es responsable de darle sentido al acto de cuidado desde su voluntad y conocimiento.</p> <p>Toma de decisiones El profesional de enfermería constantemente toma decisiones con respecto al sujeto de cuidado. Esta respuesta se puede observar más en el rol asistencial, para lo que debe partirse de la asociación del conocimiento y la respuesta humana del sujeto de cuidado. Por lo tanto, si el profesional adolece de falta de conocimiento, puede estar incurriendo en acciones no muy favorables que, de una u otra manera, pueden vulnerar los derechos y principios de los sujetos de cuidado.</p>

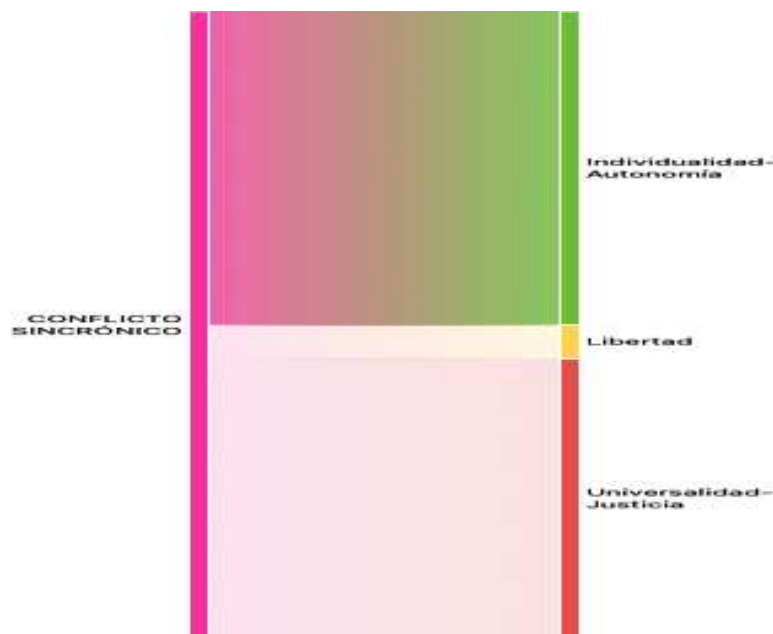
Tabla 9. Capacidad de agencia en el rol de enfermería. (pág. 2 de 2)

	Agencia establecida	Capacidad de Agencia en las prácticas profesionales
<p>Agente</p> <p>Los profesionales de enfermería responden a las demandas de cada sujeto de cuidado acorde con su respuesta. Sin embargo, hay una brecha en el cumplimiento de las políticas a la hora de la actuación o intervención por parte del profesional.</p>	<p>Autonomía (Continuación...)</p>	<p>Liderazgo</p> <p>El profesional de enfermería es el líder del equipo en el ámbito asistencial y también en otros campos, por lo que debe tener características y capacidades adecuadas para encaminar el cuidado.</p>
	<p>Beneficencia</p> <p>Al profesional de enfermería se le inculca, desde su formación, y como sello, el dar todo por el otro.</p>	<p>Gestión del acto de cuidado</p> <p>Herramientas no suficientes para planear el cuidado, acorde a las necesidades del sujeto, el avance del conocimiento científico y los estándares de cuidado.</p>
	<p>No maleficencia</p> <p>Al cumplir todos los lineamientos normativos en el acto de cuidado se impide hacer prácticas erróneas. Sin embargo, se presentan eventos adversos no intencionales, como lo describen la literatura y alguna política de seguridad del paciente.</p>	<p>Conocimiento de la deontología de la profesión:</p> <p>La enfermería en Colombia cuenta con el Código deontológico que establece el proceder del profesional en cualquiera de los ámbitos donde se desempeña profesionalmente.</p>
<p>Sociedad</p>	<p>Reconocimiento</p> <p>La profesión de enfermería es una disciplina de carácter social que existe para ayudar al otro, Sin embargo, no hay congruencia entre lo exigido como ley del trabajo con el tipo de contratación, o el cubrimiento de sus necesidades para mantener una buena calidad de vida. Además, no se le reconoce desde un buen contrato hasta el quehacer diario.</p>	<p>Agremiación</p> <p>Las diferentes organizaciones trabajan por lograr unas condiciones laborales, mejor contratación, fortalecimiento de la educación continua.</p>

Fuente: Elaboración propia

Para la tesista también se hizo necesario analizar el cuidado de sí mismo partiendo del conflicto bioético sincrónico, para comprender, analizar, reflexionar y llegar a la armonización de la tensión, como se muestra en la Figura 2.

Figura 2. Relación del conflicto sincrónico con los principios de Maliandi



Fuente: Elaboración propia en el programa ATLAS.ti, a partir de los datos de la investigación

La Figura 2 muestra la tensión sincrónica porque hace evidente la falta de libertad para actuar en la toma de decisiones, dada la escasa correspondencia entre los principios de autonomía y de justicia. Para comprender este desequilibrio o no armonización de los elementos en la capacidad de agencia es importante decir que no sólo existe esta desavenencia hacia la toma de decisiones con el sujeto de cuidado si no también consigo mismo. Para revisar esta categoría, la tesista analizó el contexto a la luz de algunos elementos de la ética del cuidado de sí como práctica de libertad de Michel Foucault estudiada en la obra *Doce textos fundamentales de la ética del siglo XX* (Gómez, 2007).

Capacidad de agencia en el cuidado de sí

En las narraciones anteriores es evidente que el profesional de enfermería aparece débil en las prácticas de libertad, no solamente para con el cuidado del otro, si no también de sí mismo. ¿Cuál es el accionar para sí mismo en su praxis? Responder la pregunta implicó partir de preguntarse: ¿qué es el cuidado de sí? La genealogía de Foucault interpreta el cuidado de sí como una serie de prácticas que el individuo establece consigo mismo y, en tal sentido, la persona es sujeto de su accionar, donde es prioritario liberarse de las estructuras impuestas. Por consiguiente, el individuo debe cultivarse a sí mismo. Desde esa premisa, la libertad es fundamental para ocuparse en su conocimiento y sus acciones, porque una persona no puede ocuparse de sí misma si no se conoce. (Garcés Giraldo y Giraldo Zuluaga, 2013)

Bajo esta perspectiva de Foucault, el profesional de enfermería en Colombia no logra hacer prácticas de libertad en su accionar, pese a que el Código deontológico (Ley 911, 2004) le da sustento para hacerlo. Sin embargo, por desconocimiento de las políticas y de sus mismas capacidades no logra, desde la competencia del ser, aplicar la libertad como deontología de la ética. En suma, no hay cuidado de sí cuando se parte del temor a practicar la libertad en el accionar de la práctica de la gestión del cuidado y se está influenciado por agentes externos, como la pérdida del empleo. Es por ello que se requiere fortalecer la capacidad de agencia de los profesionales desde la apropiación de las políticas de talento humano en salud y en enfermería.

Así mismo, se precisa conocer no sólo los deberes, si no también los derechos establecidos en el Código deontológico del país (Ley 911, 2004) que imparte lineamientos para evitar la vulneración de los derechos a los que el profesional de enfermería debe tener acceso cuando brinda cuidado al sujeto que lo requiera, además de principios como el de autonomía para la toma de decisiones acorde con la respuesta humana de la persona. Significa que la enfermería debe propender por profesionales con calidad de vida y contratos dignos para iniciar con su autocuidado, dar al otro lo mejor y así, lograr el reconocimiento.

Empezar por el profesional de enfermería hará que el sujeto de cuidado y la sociedad en general lo reconozcan como parte fundamental en el desarrollo del proceso de salud-enfermedad.

Conflictividad bioética desde la perspectiva de Maliandi

Maliandi explica en la ética de la conflictividad o de la convergencia que tomar posturas extremas no es la mejor opción y recomienda interpretarlas de manera intermedia, pues podría hacerse desde una postura del deber, como lo diría Kant, con inclinación hacia el relativismo o conflicto entre deber y valor. Para Maliandi (2010), ambas posturas son unilaterales. Desde la perspectiva de la convergencia se intenta mediar con ambas posturas o actitudes, pues son “una especie de oposición y choque.” (p. 21)

Sin embargo, para comprender el contexto deben comprenderse también las diferentes interrelaciones del sistema en que se ubique el conflicto, dado que estas interconexiones tienen movimiento con posición de exclusión y ahí puede estar la conflictividad o el choque, aun cuando no toda oposición es conflictiva, bajo el entendido de que esta conflictividad es común y compartida en varias dimensiones, como en los aspectos biológico, psíquico, antropológico, social, histórico, político y estético (Maliandi, 2010), donde lo que se tendrá en cuenta es la conflictividad moral.

Estructura de la conflictividad

La composición de la conflictividad incluye dos dimensiones de la razón. En primera instancia, se refiere a la impugnación de todo conflicto, esto es a la dimensión F (C-U). Es la fundamentación de la razón del conflicto. En segunda instancia, aparece el reconocimiento de la inevitabilidad, correspondiente a la dimensión K (R-I), que constituye la dimensión de la crítica, donde no se trata de simular el cumplimiento de un principio si no de articular su aplicación, para lo que el manejo del conflicto, en el caso del principio de convergencia, no exige armonía, sólo entre principios biomédicos. Pero, ¿cómo se expresa el conflicto? Hay conflicto entre deberes y valores, es así que la ética convergente ofrece criterios para distinguir en caso de conflicto entre lo auténtico y lo aparente, o entre lo objetivo y lo subjetivo, como lo muestra la Tabla 9. De ahí la perspectiva de la ética convergente de minimizar el conflicto desde los principios de justicia y no maleficencia, que sería la ética de mínimos.

Tabla 10. Estructura de la conflictividad y la relación con la profesión de enfermería

Estructura conflictiva	Principios cardinales	Principios bioéticos	Principio biotecnológicos	Dimensión racional
Diacrónica	Conservación	No maleficencia	Acto de cuidado	F
	Realización	Beneficencia	Gestión del cuidado Planeación del cuidado	K
Sincrónica	Universalidad	Justicia	Políticas relacionadas con el acto de cuidado, recursos disponibles, contratación, recurso humano, capacitaciones, educación continua y adhesión a protocolos institucionales.	F
	Individualidad	Autonomía	Toma de decisiones Libertad para accionar	K

Fuente: Elaboración propia a partir de modificación sobre Maliandi y Thüer (2008)

En relación con la estructura descrita, la profesión de enfermería actúa bajo los principios de beneficencia y no maleficencia. Los profesionales actúan desde la perspectiva del actuar correctamente, con el objetivo de cuidar, curar, rehabilitar o ayudar a morir dignamente. Pero, desde lo universal no se cuenta con la estructura necesaria para armonizar la relación *sujeto de cuidado-profesional de enfermería*, lo que genera un desequilibrio en el accionar como agente del cuidado. (DMD, 2013; Davidson, 1995)

Para comprender si existe conflictividad en la capacidad de agencia del profesional en la política pública, la autora analizó esta categoría a partir de la perspectiva de la ética convergente, como se puede observar en la Tabla 10.

Tabla 11. Análisis desde la perspectiva de Ricardo Maliandi en la política pública. (pág. 1 de 2)

Fundamentación Crítica Dialogicidad	Conflictos desde la ética Convergente	Conflictos bioéticos de agencia en la política pública de la profesión de enfermería	Análisis del conflicto
Sincronía o concordancia Universalidad Individualidad	(Justicia-Autonomía)	Las políticas describen cómo debe ser la atención en salud. Sin embargo, no hay autonomía del profesional para la toma de decisiones o para la denuncia de las dificultades en el cumplimiento de las mismas, lo que conlleva a la falta de reconocimiento de la profesión.	Los profesionales deben fortalecer la toma de decisiones para que no se vulnere ninguno de los actores de la relación <i>sujeto de cuidado-profesional de enfermería</i> .
Diacronía u oposición Conservación Realización	(No maleficencia y Beneficencia)	Aunque los profesionales de enfermería se desempeñan desde la perspectiva del Código deontológico, no siempre se cumple con estos principios.	Por falta de autonomía y temor a represalias los profesionales de enfermería brindan el cuidado con lo que se tiene a mano, que por muchas brechas del principio de justicia no se pueden cumplir.
Conflicto intradimensional (F)	(Justicia y No maleficencia)	Las políticas de salud son muy claras y el propósito es brindar cuidado de calidad y con oportunidad.	Aunque los profesionales de enfermería tienen claro su actuar, no siempre logran ejecutarlo para evitar prácticas inseguras.

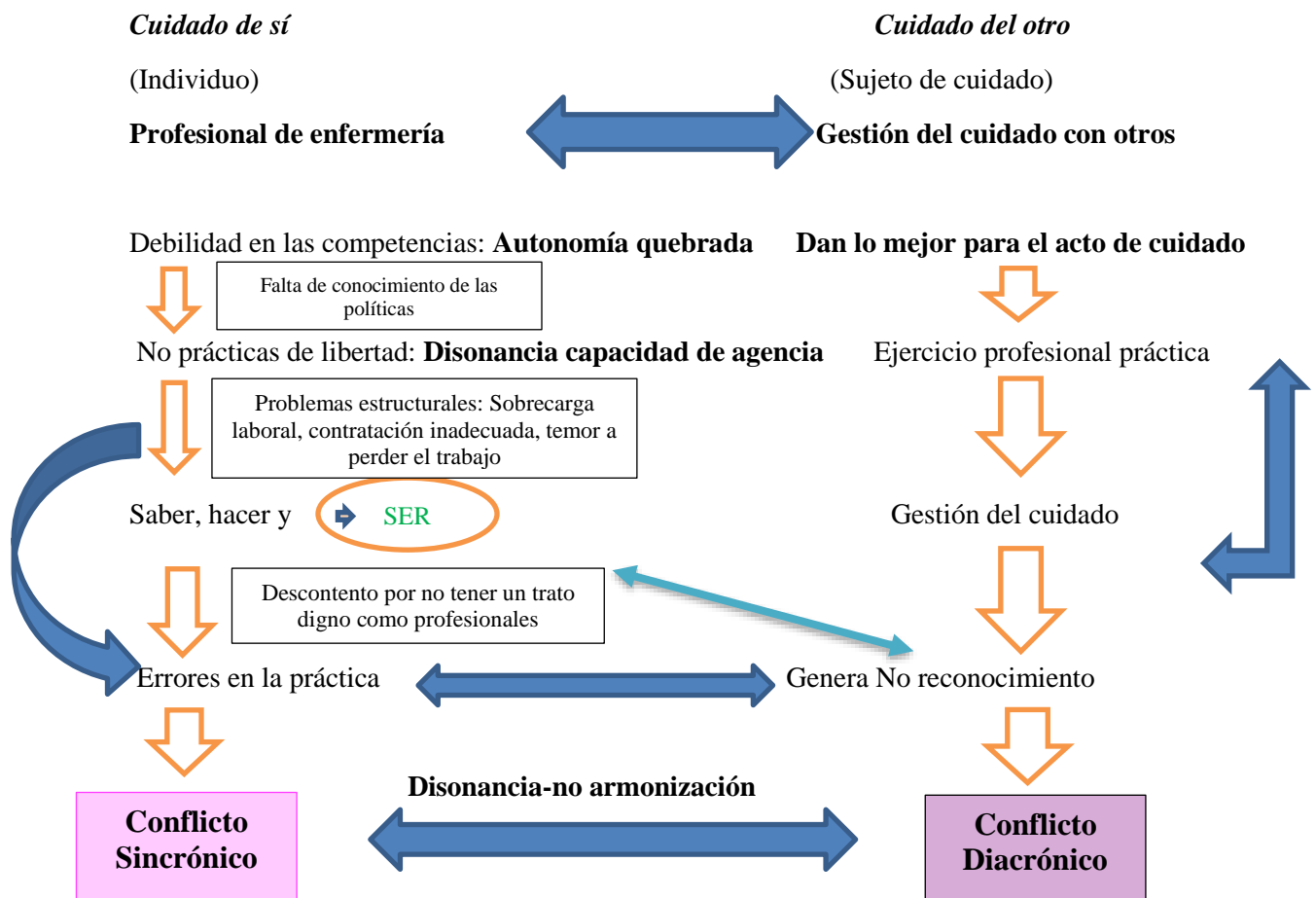
Tabla 11. Análisis desde la perspectiva de Ricardo Maliandi en la política pública. (pág. 2 de 2)

Fundamentación Crítica Dialogicidad	Conflictos desde la ética Convergente	Conflictos bioéticos de agencia en la política pública de la profesión de enfermería	Análisis del conflicto
Conflicto intradimensional (K)	(K) Autonomía y Beneficencia	Si bien las políticas propenden por el bienestar y armonización de las personas y el entorno, los profesionales de enfermería no cuentan con la autonomía para la toma de decisiones.	Hay tensión porque no hay autonomía desde la individualidad; tal vez por poca libertad de acción.
Conflicto Cruzado	(Autonomía y No maleficencia)	La no toma de decisiones impide ejecutar propuestas de cuidado al profesional	Pueden ejecutar actos de cuidado o prácticas inseguras que ponen en riesgo al sujeto de cuidado.
Conflicto Cruzado	(Justicia y Beneficencia)	Las políticas son coherentes; sin embargo, no siempre permiten brindar la beneficencia como el mínimo deber ser.	Sí hay tensión: la política está escrita, pero hay brechas y las prácticas de cuidado no siempre cumplen el deber ser.

Fuente: Modificación propia a partir de Maliandi y Thüer (2008)

Es decir que, a partir de la anticipación de sentido, la tesista confirma y concluye explicando (Figura 3) que el profesional de enfermería termina cuidando al sujeto de cuidado con muchas aristas y dificultades porque, por una parte, la sobrecarga laboral y las condiciones estructurales impiden un buen acto de cuidado, sin contar con la dependencia del médico, fenómeno observado especialmente en el ámbito asistencial donde, por lo general, la voz del profesional de enfermería es acallada y lo acepta por miedo a represalias que afecten su puesto de trabajo. Esto se traduce en un conflicto sincrónico que genera el diacrónico, porque el profesional de enfermería acaba brindando un cuidado limitado a los recursos a su disposición.

Figura 3. Conflictividad bioética en la capacidad de agencia en los profesionales de enfermería



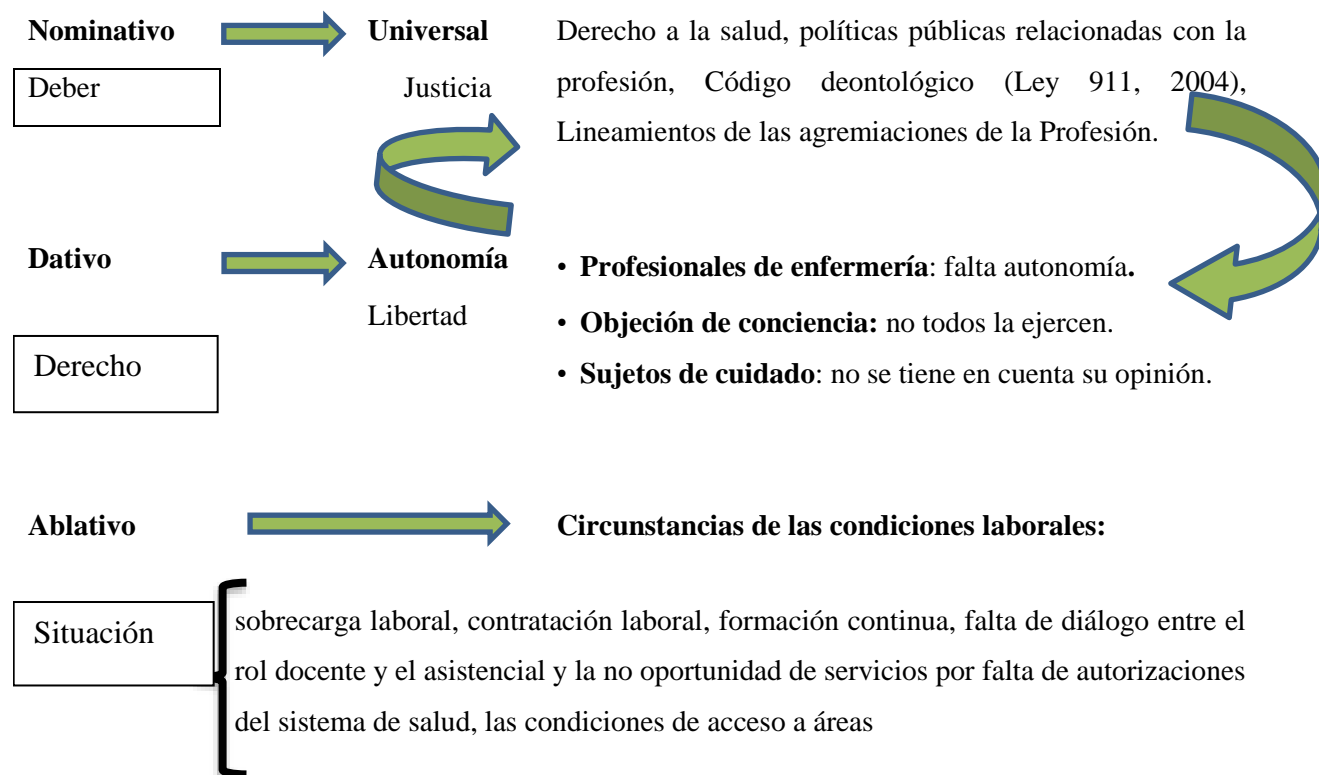
Fuente: Elaboración propia

Discusión

La capacidad de agencia está conformada por las acciones ejecutadas con intención. Para el caso de la práctica de la enfermería, la capacidad de agencia se va construyendo a través de las experiencias del día a día, desde el inicio de la etapa de formación hasta el desempeño profesional cotidiano. Dicha capacidad está relacionada con el principio de autonomía y la toma de decisiones fundamentadas en el conocimiento, competencia esta última que debe fortalecerse para disminuir la vulneración al sujeto de cuidado y del cuidado de sí mismo como persona-enfermera(o)

Se evidencia una brecha entre los roles de docencia y asistencia, lo cual propicia cierto malestar e incomodidad en relación con los mínimos para lograr un profesional con conocimiento y alineado a las políticas públicas. Esta brecha es mayor en el rol de enfermería asistencial -donde se concentra el mayor número de profesionales, en comparación con los demás roles- dada la precarización de la profesión por las desfavorables condiciones de contratación laboral y la baja percepción social sobre la contribución de la profesión de enfermería a la salud. Igualmente, es notoria la desarticulación entre la enseñanza y la práctica asistencial. Los profesionales sienten que las universidades con facultades de enfermería no están a la vanguardia de la actualización asistencial.

Si bien las políticas públicas relacionadas con la profesión contienen los elementos necesarios para el actuar, la realidad es que no siempre se desarrollan en beneficio del sujeto. Desde la perspectiva de la ética convergente se observa una tensión en el conflicto sincrónico, es decir, entre la justicia y la autonomía, lo que podría explicar la escasa capacidad de agencia desde la reflexión y la toma de decisiones para exigir el cumplimiento de un trabajo con condiciones dignas, con el fin alcanzar la calidad de vida necesaria y poder ayudar a otros.

Figura 4. Conflicto sincrónico

Fuente: Elaboración propia.

La Figura 4 muestra los lineamientos establecidos para garantizar un cuidado acorde con la respuesta humana, y las condiciones óptimas en el ámbito laboral. Sin embargo, por el manejo dado a la prestación de servicios, se prioriza el rendimiento económico sobre la satisfacción del sujeto de cuidado. El panorama redonda en demoras y en falta de oportunidad y calidad del cuidado (conflicto diacrónico). Además, el profesional no cuenta con la libertad para la toma de decisiones por temores asociados a la pérdida de su puesto de trabajo, lo que coarta o quebranta la autonomía de los profesionales.

Fortalecer el desarrollo de las capacidades

Desde la perspectiva de Foucault, el profesional de enfermería cuida a otros sin cuidar de sí mismo, lo que lo lleva a realizar una práctica con dificultades. Aunque solicita su reconocimiento

como individuo esencial para la sociedad, todavía no puede establecer una escucha ante los entes gubernamentales, pues aún no se reconoce a sí mismo, y menos cuando esos entes están en contravía de los objetivos de la salud, que deberían priorizar el cuidado de la salud sobre los beneficios económicos, pero lo olvidan a expensas del sufrimiento y dolor de las personas con alteraciones del proceso salud-enfermedad. Bajo el panorama anterior, es preciso fortalecer el desarrollo y crecimiento de la profesión. La docencia debe repensarse en la formación integral del individuo (estudiante), para iniciar desde allí el cuidado de sí bajo la premisa del principio de libertad, para lograr acciones contundentes en la praxis, como levantar la mano a favor del sujeto de cuidado y todo lo que implica el acto de cuidar, además de defender sus propios derechos como sujeto merecedor del reconocimiento del otro (sociedad) (Gómez, 2007)

Por supuesto, en esas prácticas de libertad el profesional de enfermería debe fortalecer el conocimiento de sí mismo como sujeto de derecho, comprender las acciones políticas para entender lo relacionado con los elementos necesarios para la gestión del cuidado y los conocimientos específicos del cuidado para aplicarlos a su praxis con el otro, sin dejar de lado el cuidado de sí, comenzando por lograr una vinculación laboral decente, como lo dice la Organización Internacional del Trabajo, y así, como sujeto, tener calidad de vida y poder brindar todo de sí. No se puede dar de lo que no se tiene y, si el profesional de enfermería no parte del cuidado de sí, estarán siempre presentes los conflictos en bidireccionalidad. (Butler, 2009)

En otras palabras, se debe perseguir cultivar la capacidad de agencia del cuidado de sí y del otro desde la etapa de formación, pues ello redundará en profesionales (personas) felices para dar cuidado con atención, calidad y oportunidad. (Nussbaum, 2020) De acuerdo con lo planteado por Davidson (1995) cuando un agente quiere acometer una acción, la característica de su actitud es que es favorable hacia esa acción que pretende llevar a término, pues no sólo se trata de la competencia del saber hacer, si no de la actitud encaminada a la acción mediante una razón que, para los profesionales de enfermería, es la inferencia o razonamiento para prodigar cuidados de enfermería (Davidson, 1995). Esto ratifica la existencia de debilidad en el actuar del profesional, bien sea por falta de conocimiento de sus derechos y deberes, o porque es su deseo no agenciar, si no seguir bajo la autoridad o los lineamientos de otros, para no comprometerse en la toma de decisiones que le afecten a él y al sujeto de cuidado.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

En definitiva, los conflictos sincrónicos y diacrónicos encontrados en el ejercicio de enfermería en Colombia, en cuanto a las políticas relacionadas a la profesión, evidencian disonancia en algunos procesos de la práctica de la enfermería. No obstante, las políticas muestran el deber ser y contemplan todos los elementos necesarios para garantizar el acto de cuidado y el bienestar del sujeto de cuidado. Así mismo, las leyes de enfermería también contemplan los derechos de los profesionales pero, en la práctica diaria no se cumple lo escrito; el análisis de los documentos y las narraciones de los profesionales permiten concluir que hay un conflicto bioético de tipo sincrónico desde la poca libertad en la autonomía relacionada, con el principio universal de justicia, que permea o influye el acto de cuidado que no siempre se brinda como debería ser (Código deontológico o Ley 911 de 2004), propiciando una tensión diacrónica entre el principio de beneficencia y no maleficencia, por no contar, en algunos casos, con los elementos necesarios para el desarrollo de las prácticas profesionales.

La gestión de enfermería es un proceso necesario para garantizar prácticas seguras para el sujeto de cuidado. En este aspecto, los errores más frecuentes son los relacionados con la administración de medicamentos, debido a la sobre carga laboral que interfiere en brindar cuidado oportuno. Por lo tanto, es necesario conocer, interpretar y participar en todos los aspectos de las políticas públicas relacionadas con enfermería, para ser voz de la profesión y de los sujetos de cuidado.

Se encontró descontento con las organizaciones colegiales por sentimientos de no favorecimiento a la libre agremiación, falta de respaldo a los profesionales y condiciones laborales desfavorables. De ahí la necesidad de fortalecer en el estudiante la importancia de conocer y participar activamente en las organizaciones.

En cuanto a la capacidad de agencia en la práctica, los profesionales de enfermería tienen como imperativo los principios y valores éticos a la hora de accionar; sin embargo, en ocasiones

pueden vulnerarse algunos, como la beneficencia y la no maleficencia. por no ser agente con capacidad de agencia para ser voz de sí mismo y de los sujetos de cuidado.

Es preciso revisar la enseñanza de la farmacología dada la alta cantidad de errores en la administración de medicamentos, algo que puede producirse por desconocimiento de la farmacocinética, la farmacodinamia, los protocolos o por sobrecarga laboral; por esta razón, se infiere la necesidad de perfilar las acciones de enfermería o exigir un número coherente de sujetos de cuidado por cada cuidador, a fin de que alcance a realizar actos de cuidado de manera responsable dentro de su jornada laboral.

Deontológicamente, en Colombia la enfermería establece el derecho a la objeción de conciencia; no obstante, por desconocimiento o temor, los profesionales de enfermería no la ejercen en situaciones que les generen conflictos éticos al momento de la toma de decisiones. Se debe trabajar más alrededor de esta situación para garantizar la autonomía del profesional.

Por último, la enseñanza de la profesión en enfermería debe impartirse con énfasis en la ética y en la bioética, como lo recomiendan los lineamientos de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, para el ejercicio profesional de prácticas más reflexionadas. (Acofaen, 2020)

Recomendaciones

Si bien desde la perspectiva de la ética convergente no es posible eliminar los conflictos, se pueden armonizar las tensiones en la profesión y los profesionales en ejercicio, quienes perciben una distancia entre la academia de enfermería y el rol asistencial, por desconocimiento, por no alcanzar todas las competencias del perfil.

No somos ajenos a que las agremiaciones y políticas de enfermería reconocen dificultades en el ejercicio de los profesionales tales como la falta de liderazgo y de autonomía, frente a lo cual algunas agremiaciones han establecido lineamientos que persiguen mitigar las brechas de índole ética, como el hecho de que las asignaturas de ética sean dirigidas por profesionales de enfermería. A este respecto, se sugiere fortalecer los microcurrículos a partir de escuchar y dialogar con los diferentes roles y estar en constante actualización de las intervenciones de enfermería mediadas por la técnica y la tecnología para responder a las demandas de la sociedad.

Así mismo, es preciso buscar la cohesión entre los diferentes roles, haciendo hincapié en el docente-asistencial por la magnitud de la saturación de sus profesionales. Es indispensable mantener el vínculo de los egresados con la academia para actualizar sus conocimientos y ofrecer al estudiante los elementos requeridos para la transformación de la profesión. Y, por supuesto, perseguir la felicidad, no sólo del sujeto de cuidado, si no también de los profesionales de enfermería en cuanto a una adecuada calidad de vida y a un desempeño profesional con trato digno y reconocimiento social, que son lo más importante de la profesión para la vida. (Sandel, 2020)

Fortalecimiento de la dimensión ética y bioética en enfermería

A través de la historia, la enseñanza de la ética en enfermería evidencia la inclusión de valores y principios éticos que orientan su desempeño individual en el trabajo. Así, los conocimientos de ética y bioética se organizan en tres categorías curriculares: 1) en asignaturas o módulos independientes, 2) de manera transcurricular y 3) en la combinación de las dos modalidades. (Garzón Alarcón, 2006; Acofaen, 2020)

La orientación de dichas asignaturas debe invitar al estudiante a la reflexión, al diálogo y al análisis de situaciones que les permita pensamiento crítico y toma de decisiones. Igualmente, dentro de la enseñanza, el profesional de enfermería en su rol formador debe mostrar coherencia entre el deber ser, el deber hacer y el hacer docente y directivo, como parte de la práctica diaria, y armonizar en el estudiante el enfoque de capacidades para ampliar en ellos la visión del desarrollo humano en la perspectiva de la libertad y la justicia desde las políticas públicas, con el propósito de comprender mejor las situaciones y dificultades, y a su vez, cerrar brechas en cuanto al desconocimiento y la no apropiación de estas políticas, enfocándose en el concepto de calidad de vida, en el sentido de lograr la dignidad humana del sujeto de cuidado y de sí mismos como profesionales (Nussbaum, 2020)

Seguimiento a las condiciones laborales

Se sugiere fortalecer las condiciones de contratación y vinculación laboral para los profesionales de enfermería, mediante negociación de las agremiaciones de la profesión con los Ministerios del Trabajo y de Salud. Además, armonizar las relaciones de la agremiación y los profesionales en los diferentes roles a través de la comunicación y el diálogo continuo, para escuchar y tomar las decisiones pertinentes relacionadas con las prácticas profesionales. De igual manera, se recomienda una recertificación que tenga en cuenta la formación y la experiencia de

los profesionales de enfermería, con el objetivo de actualizar conocimientos y acceder al escalafón salarial.

Fortalecimiento de las relaciones de los diferentes roles con la academia

De igual manera, se debe mantener comunicación entre los roles asistencial y académico (rol docente) para lograr dimensiones concatenadas y responder a las necesidades de la población con manejo de intervenciones y avances tecnológicos y científicos, así como a las demandas laborales de los propios profesionales, en busca de calidad y oportunidad en el cuidado, siendo abordado con el respeto, la beneficencia, la bondad, la escucha y el amor, y partiendo del reconocimiento de sí mismo y del otro (sujeto de cuidado) para construir un acto de cuidado de excelencia y hacer de este un encuentro máximo y total para el sujeto de cuidado. De esta manera, es posible armonizar las tensiones.

Fortalecer el trato humanizado

El trato con respeto para sí mismo en el ambiente laboral, el reconocimiento a la profesión y al otro (sujeto de cuidado-equipo interdisciplinario) es fundamental. En esta línea, se recomienda fortalecer las habilidades comunicativas y de diálogo para fomentar la escucha activa, la asertividad, el liderazgo y la toma de decisiones, sin lo cual se ponen en riesgo al sujeto y al profesional.

Trabajo digno para los profesionales en enfermería

Atendiendo las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), debe propenderse por un trabajo decente; esto es, referido a los derechos fundamentales: calidad de vida, seguridad e igualdad de oportunidades para todos. En relación con lo sugerido, la Constitución Política de Colombia establece el derecho al trabajo (Art. 25), la garantía del derecho de asociación (Art. 38), el derecho a constituir sindicatos o asociaciones sin intervención del Estado (Art. 39), la igualdad entre hombres y mujeres, y la protección especial a la maternidad (Art. 43), los derechos fundamentales de niñas y niños (Art. 44) y el derecho de los adolescentes a la protección y a la formación integral (Art. 45).

Además, en los artículos superiores se consagra el derecho a la previsión, rehabilitación e integración social (Art. 47), el derecho a la seguridad social (Art. 48), la obligatoriedad de expedir el Estatuto del Trabajo y otorgar rango de norma de la legislación interna a los convenios internacionales del trabajo debidamente ratificados (Art. 53), la obligación del Estado y los

empleadores de ofrecer formación y habilitación profesional (Art. 54), el derecho a la negociación colectiva para regular las relaciones laborales (Art. 55), la garantía del derecho de huelga (Art. 56) y en los estados de excepción prevalecen en el orden interno los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso (Art. 93) que reconocen los derechos humanos y prohíben su limitación.

En las últimas décadas ha aumentado el número de personas con estudios universitarios pero, a pesar de dicho avance, no ha mejorado la situación de la mayoría, lo que determina disonancia entre lo propuesto y la realidad, puesto que se le atribuye valor exclusivamente a las personas educadas, incluso si este valor es dado por meritocracia, dejando de lado a aquellas sin formación o estudios, quienes no son valoradas ni remuneradas. Tal situación representa menor contribución al bien común y al reconocimiento y, por lo regular, genera poca estima social. Para Sandel, resulta “erróneo suponer que el valor del mercado de un trabajo es la medida de su contribución verdadera al bien común.” (Sandel, 2020, p. 185) Sin duda, el empleo es una manera de ganarse la vida que, además, permite el reconocimiento y la estima social y, en un mundo globalizado, las brechas originadas representan productividad para diferentes agentes, menos para el trabajador, dando como resultado la segregación racial y la desigualdad económica.

Según el Sandel (2020), la justicia contributiva sería una forma de reestablecer la dignidad del trabajo. En el caso de la profesión de enfermería, la precarización, desigualdad en la contratación y sobrecarga laboral conllevan un efecto acumulativo para sus profesionales. La propuesta para llegar a su reconocimiento es valorar el actuar del profesional, y darle su estatus esencial en tanto persona para el cuidado, promoción, prevención y rehabilitación de la salud, y para el acompañamiento al final de la vida. Todo lo dicho se conseguiría mediante la justicia contributiva y distributiva, maximizando el bien común. Si la riqueza de una nación puede ser valorada no sólo por la producción de bienes si no por la salud de su población, donde el bien máspreciado es justamente la salud, así mismo el papel de quien la cuida debe ser enaltecido.

¡El cuidado no tiene precio!

Bibliografía

Academia Nacional de Medicina, Comisión de Educación, Ministerio de Salud y Protección Social y Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud. (2013, 13 de agosto) *Enfermería disciplina social y profesión liberal: desarrollo de las competencias del profesional de enfermería.*

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Enfermer%3%ADa_Octubre2014.pdf

Acofaen. (2020, agosto) *Lineamientos Mínimos de la Calidad en la Formación de Enfermería en Colombia.* https://acofaen.org.co/wp-content/uploads/2021/12/lineamientos_calidad_enfermeriaindividual_1.pdf

Aguirre Boza, F. (2018, mayo-junio) “El rol de la enfermería de práctica avanzada en atención primaria en Chile.” *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 343-346. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300646>

Aguirre Raya, D. A. (2014) “La investigación en enfermería y su valor para la profesión.” *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(2), 171-173. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000200001

Alcaldía Mayor de Bogotá (2017) *Guía para la formulación e implementación de políticas públicas del Distrito.* Secretaría Distrital de Planeación (SDP) http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/guia_para_la_formulacion_pp_wf_0.pdf

Alfaro-Lefevre, R. (2009) *Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería.* El Sevier.

Andréu Abela, J. (2018) *Las técnicas de Análisis de Contenido: una revisión actualizada.* <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>

Atlas. Ti 9 Mac-versión 9. (2022) https://doc.atlasti.com/QuicktourMac.es.v9/Networks/NetworksWorkingWith_es.html

Barria-Pailaquilén, R.M. (2020) Liderazgo en enfermería y el liderazgo más allá de la enfermería. *Cuidarte*. 9 (18) pág, 48-56.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/cuidarte/cui-2020/cuie2018g.pdf>

Beauchamp, T. y Childress, J. (1999) *Principios de ética Biomédica*. Masson.

Borré-Ortiz, Y. M.; Pabón Varela, Y.; Henao Sanabria, L.; Amaya Bautista, K. y Polo Tapias, K. (2015) “Caracterización de los programas de enfermería en Colombia.” *Investigaciones Andina*, 17(31), 1418-1432. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239040814011>

Butler, J. (2009) *Dar cuenta de sí mismo. Violencia ética y responsabilidad*. Amorrortu.

Butler, J. (2017) *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Ediciones Paidós Ibérica.

Carvajal Hermida, E.; Pérez Giraldo, B. y Sánchez Herrera, B. (2017) “Fortalecimiento de las alianzas docencia-servicio para el avance de la enfermería en Colombia.” *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(32), 96-107. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272017000100096

Castañeda, Y. (2017) *Factores que influyen en la ocurrencia de errores en la administración de medicamentos por parte del personal de enfermería afectando la seguridad del paciente* [Tesis para optar a título de especialidad en Auditoría en Salud]. Universidad Santo Tomas.

<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/3226/Castanedayuselly2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Castro, M. y Simian, D. (2018) “La enfermería y la investigación. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3) 301-310. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864018300531>

Celma-Vicente, M., López Morales, M. y Cano Caballero-Gálvez, M. (2019) “Analysis of clinical practices in the Nursing Degree: Vision of tutors and students.” *Enfermería Clínica*, 29(5), 271-279. <https://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-clinica-english-edition--435-articulo-analysis-clinical-practices-in-nursing-S2445147918300778>

Cipollone, M. D. (2022) “ATLAS. ti como recurso metodológico en investigación educativa.” *Anuario Digital de Investigación Educativa*, (5), 122-133. <http://revistas.bibdigital.uccor.edu.ar/index.php/adiv/article/view/5280>

Colombia. Ministerio de Educación Nacional (2017) *Anuario Estadístico de la Educación Superior Colombiana*. MEN. https://snies.mineducacion.gov.co/1778/articulos-391288_recurso_1.pdf

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2008) *Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos. Paquetes instruccionales. Guía Técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud"*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-la-utilizacion-de-medicamentos.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, 10 de julio) *Política Nacional de Talento Humano en Salud Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud*. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (2021) “*Por la cual se adopta la ‘Política Nacional de Talento Humano de Enfermería y Plan Estratégico 2020-2030’ como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud*. [Borrador de Resolución]. <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2021/11/Proyecto-de-Resolucio%CC%81n-Poli%CC%81tica-de-Talento-Humano-en-Enfermeri%CC%81a-2021.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social y Academia Nacional de Medicina (2016) *Perfiles y competencias profesionales en salud. Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>

Comet-Cortés, P.; Escobar-Aguilar, G.; González-Gil, T.; De Ormijana-Sáenz Hernández, A., Rich-Ruiz, M.; Vidal-Thomas, C., Córcoles-Jiménez, P.; Izquierdo-Mora, D. y Silvestre Busto, C. (2010) “Establecimiento de prioridades de investigación en enfermería en España: estudio Delphi.” *Enfermería Clínica*, 20(2), 88-96. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-establecimiento-prioridades-investigacion-enfermeria-espana-S1130862109001946>

Consejo Internacional de Enfermeras (2019, 12 y 13 de febrero) *Comunicado Foro Internacional del CIE de Recurso Humanos*. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%202019%20IWFF%20Communiq%C3%A9-%20Beirut%20-Lebanon-FINAL%20-%20ES.pdf>

Constitución Política de Colombia (1991, julio) Asamblea Nacional Constituyente. Gaceta Constitucional 116.

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

Contreras Carreño, A. K. y Sierra Lozano, L. V. (2017) *Tendencias de investigación del Programa de Enfermería de la Universidad de Santander* [Trabajo de grado, Universidad de Santander, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería]. Repositorio UDES. <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/113/1/Tendencias%20de%20investigaci%C3%B3n%20del%20programa%20de%20enfermer%C3%ADa%20de%20la%20Universidad%20de%20Santander%20grupo%20Everest%202008-32017-A.pdf>

Coronel Chafloque, F. R. (2019) “Desempeño laboral del personal de enfermería en el Hospital Alberto Sabogal. Retos de transformación social.” *Opuntia Brava*, 11(3)

<http://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/810>

Cortina, A. (2014) Conferencia Ética profesional (Jornada de Desarrollo Profesional Florida Universitaria) [video]. Asociación Editorial Bruño. <https://www.youtube.com/watch?v=2eYtiv5lijo>

Cúneo, D. (1978) *La reforma Universitaria (1918-1930)* Fundación Biblioteca Ayacucho.

Davidson, D. (O. Hansberg, J. Robles y M. Valdés; trads.) (1995) *Ensayos sobre acciones y sucesos*. Editorial Crítica UNAM.

Davis, A. J.; Tschudin, V. y De Raeve, L. (2009) *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza*. Triacastela.

De Arco Canoles, O. y Suárez Calle, Z. (2017) “Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano.” *Universidad y Salud*, 20(2), 171-182. <https://doi.org/10.22267/rus.182002.121>

De Bortoli Cassiani, S. H.; Aguirre-Boza, F.; Hoyos, M. C.; Carvalho Barreto, M. F.; Morán Peña, L. y Cerón Mackay, M. C. y Menezes da Silva F. A. (2018) “Competencies for training advanced practice nurses in primary health care.” *Acta Paul Enferm*, 31(6), 572-584. <https://www.scielo.br/j/ape/a/Jzb4pKX3WLkXdqZPHZWNdVt/?format=pdf&lang=en>

De Bortoli Cassiani, S. H.; Hoyos, M. C.; Carvalho Barreto, M. F.; Sives, K. y Menezes da Silva, F. A. (2018a) "Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas". *Revista Panamericana de Salud Pública*, (42), 1-10.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34993/v42e722018.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

De Bortoli Cassiani, S. H.; Munar Jiménez, E. F.; Umpiérrez Ferreira, A.; Peduzzi, M. y Leija Hernández, C. (2020) “La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19.” *Revista Panamericana de Salud Pública*, (44), 1-2. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.64>

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; 1964, junio. <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Declaración Universal de Derechos Humanos; 1948, 10 de diciembre

https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

Di Carla Laitano, A; Reis da Silva G. T.; Borda de Almeida, D.; Ferreira Almeida Santos, V.; Fontes Brandão, M.; Gonçalves Carvalho, A.; De Almeida Peres, M. A. y Santana, N. (2019) “Precarización del trabajo de enfermeras: militancia profesional bajo la óptica de la prensa.” *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(3), 305-311. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900042>

Díaz Barriga Arceo, A. F. y Hernández Rojas, G. (2010) *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista*. McGrawHill.

Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (ed.) (2013) “Curar y Cuidar al ser humano enfermo.” *Revista DMD*, (63), 2-3. <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2019/05/63-revista.pdf>

Duque Sanabria, K. V (2019) *Rol del profesional de enfermería en seguridad y salud en el trabajo, innovando en el cuidado* [Monografía para optar al título de Enfermera Profesional, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería]. Repositorio UDCA:

<https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/1668/1/Rol%20del%20profesional%20de%20enfermer%C3%ADa%20UDCA%20Karen%20Duque.pdf>

Ferreira Rodrigues Galinha de Sá, F. I.; Pereira Henriques, M. A. y Rebelo Botelho Alfaro

Velez, M. A. M. (2019) “La presencia de la fenomenología en la investigación en enfermería: mapeo de las tesis doctorales en Portugal.” *Referência*, (23), 9-20. <http://ciberindex.com/c/ref/423009p>

Foot, P. (2002) *Bondad Natural. Una visión naturalista de la ética*. Paidós Contextos Ibérica.

Garcés Giraldo, L. F. y Giraldo Zuluaga, C. (2013, enero-junio) “El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado.” *Discusiones Filosóficas*, Año 14 (22), 187-201. <http://www.scielo.org.co/pdf/difil/v14n22/v14n22a12.pdf>

Garzón Alarcón, N. (2006) *Enseñanza de la ética y la bioética en los programas de pregrado y de posgrado de enfermería*. Asociación de Facultades de Enfermería.

Gilligan, C. (2013) *La Ética del Cuidado*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas (30) Fundació Víctor Grífols i Lucas.

Gómez, C. (2007) *Doce textos fundamentales de la ética del siglo XX*. Alianza.

González Noguera, T. y Guevara Rumbos, B. (2018, enero-abril) “La responsabilidad ética del docente de enfermería en el fomento de la calidad de vida de estudiantes universitarios.” *Duazary*, 15(1), 87–93. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2102>

Guerrero-Castañeda, Raúl Fernando, Prado, Marta Lenise Do, Kempfer, Silvana Silveira, & Ojeda Vargas, M^a Guadalupe. (2017). Momentos del Proyecto de Investigación Fenomenológica en Enfermería. *Index de Enfermería*, 26(1-2), 67-71. Recuperado en 27 de septiembre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100015&lng=es&tlng=es

Guerrero Flores, S.; Timón Andrada, R. y Conde Caballero, D. (2018) “Un estudio sobre la precariedad laboral en enfermería: consecuencias y relaciones en torno al síndrome de agotamiento y el abandono profesional.” *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 27(4), 204-212. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552018000400003&lng=es&tlng=es

Guerrero-Núñez, S. y Cid-Henríquez, P. (2015) “Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería.” *Aquichan*, 15(1), 129-140. 10.5294/aqui.2015.15.1.12

Held, V. (2006) *The Ethics of Care*. Oxford University Press.

Infosalus (2019, 22 de febrero) “La OMS y el Consejo Internacional de Enfermeras analizarán en un informe el estado de la Enfermería en el mundo.” <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-oms-consejo-internacional-enfermeras-analizaran-informe-estado-enfermeria-mundo-20190222140933.html>

Jiménez Redondo, M. (1987) *Teoría de la acción comunicativa*. Taurus.

Landman Navarro, C.; Alvarado Orozco, G.; Elgueta Pérez, M.; Flores Olivares, B.; Gómez Letelier, J. y Herrera Pedraza, M. (2014) “Rol de investigación del profesional de Enfermería: fortalezas y barreras.” *Aladefe. Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 4(2), 28-39. <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/119/rol-de-investigacion-del-profesional-de-enfermeria-fortalezas-y-barreras/>

Laverde Contreras, O. L.; Carvajal Carrascal, G.; Jaimes Carvajal, N.; Escobar Ramírez, M. C. y Arroyo Marles, L. P. (2017) “Rol independiente y ambiente de la práctica de enfermería.” *Revista Cubana de Enfermería*, 33(4), http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000400008&lng=es&tlng=es

León Saavedra, P. y Loba Rodríguez, N. (2015, septiembre-diciembre) “Rol del profesional de enfermería en la coordinación de los planes de salud territorial.” *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 47(3), 325-335. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000300009#:~:text=Conclusiones%3A%20El%20profesional%20de%20enfermer%C3%ADa,promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud%20y

Ley 911 de 2004 (5 de octubre) Congreso de la República de Colombia. Diario Oficial 693. https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

Ley 489 de 1998 (29 de diciembre) Congreso de la República de Colombia. Diario Oficial 43 464. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0489_1998.html

Ley Estatutaria 1757 de 2015 (6 de julio) Congreso de la República de Colombia. Diario Oficial 49 565. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1757_2015.html

Ley Estatutaria 1581 de 2012 (17 de octubre) Congreso de la República de Colombia. Diario Oficial 51 990. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1581_2012.htm

Ley 266 de 1996 (25 de enero) Congreso de la República de Colombia. Diario Oficial 42 710. https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf

Londoño, E. A. (2004) *Lenguaje, realidad y racionalidad. Paradigmas de la investigación en las ciencias sociales*. Alejandría libros.

López-Cocotle, J. J.; Moreno-Monsiváis, M. G. y Saavedra-Vélez, C. H. (2017) “Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería.” *Enfermería Universitaria*, 14(4), 293-300. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.001>

Luengo Martínez, C. y Paravic Klijn, T. (2016) “Autonomía Profesional: factor clave para el ejercicio de la Enfermería Basada en la Evidencia.” *Index de Enfermería*, 25(1-2), 42-46. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100010&lng=es&tlng=es

Maliandi, R. (2010) *Ética convergente-Fenomenología de la conflictividad*. Las Cuarenta.

Maliandi, R. y Trüer, O. (2008) *Teoría y Praxis de los Principios Bioéticos*. Ediciones de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

Marques, R. (2002) *Libro de las virtudes de siempre*. Desclée De Brouwer.

Moles, A. y Rohmer, E. (1983) *Teoría de los actos. Hacia una ecología de las acciones*. Trillas

Ministerio de Educación. (2017) *Anuario Estadístico de la Educación Superior Colombiana*. Disponible en: https://snies.mineducacion.gov.co/1778/articles-391288_recurso_1.pdf

Naciones Unidas. (2015) *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>

Navas-Ríos, M. E. y Ospina-Mejía, J. O. (2020) “Diseño Curricular por Competencias en Educación Superior.” *Revista Saber, Ciencia y Libertad*, 15(2), 195-217. <https://doi.org/10.18041/2382-3240/saber.2020v15n2.6729>

Nussbaum, M. (2020) *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. Booket.

Nussbaum, M. (2005) *El cultivo de la Humanidad. Una defensa clásica de la reforma liberal*. Paidós.

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018) *Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud*.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34959/9789275320037_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Organización Colegial de Enfermería (s.f.) *OCE*. <https://oceinfo.org.co/11-rethus>

Organización Internacional de Trabajo (s.f.) Impulsar la justicia social, promover el trabajo decente. OIT. <https://www.ilo.org/global/lang--es/index.htm>

Organización Internacional del Trabajo (2004) *Promover empleo. Políticas, capacitación, empresas*. OIT. <https://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc92/pdf/rep-iii-1b.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2017, 29 de marzo) *Organización Mundial de la Salud*. OMS.

https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/169/1/ZapataMarleny_2008_EnfermeriaProfesionMedellin.pdf

Orrego, E. (2007, 29 de abril) Elizabeth Anscombe y la filosofía de la acción. *Bajo la Lupa*. <http://bajolalupa.blogspot.com/2007/04/elizabeth-anscombe-y-la-filosofa-de-la.html>

Ortega, J. (2019) “Trabajos de(s) cuidados: reformas neoliberales, feminización y precarización de las condiciones de trabajo en enfermería.” *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 19(3), 1-26. <https://www.redalyc.org/journal/537/53765168014/html/>

Ovalle Gómez, C. (2012) “Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile.” *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 541-561. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2012000100035

Packer, M. (2017) *La Ciencia de la Investigación Cualitativa*. Uniandes.

Pavez Soto, I. y Sepúlveda Kattan, N. (2019) “Concepto de agencia en los estudios de infancia. Una revisión teórica.” *Sociedad e Infancias*, 3, 193-210. <https://doi.org/10.5209/soci.63243>

Pelluchon, C. (2013) *La autonomía Quebrada. Bioética y filosofía*. Colección Bios y Oikos (10) Universidad El Bosque.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *ODS en Colombia: Los retos para 2030*. PNUD. file:///C:/Users/User/Downloads/undp_co_PUBL_julio_ODS_en_Colombia_los_retos_para_2030

0_ONU%20(1).pdf

Puchi Gómez, C. y Sanhueza Alvarado, O. (2015) “Rol del profesional de enfermería en unidades de hospitalización domiciliaria de hospitales públicos.” *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 5(1), 8-17. <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/146/rol-del-profesional-de-enfermeria-en-unidades-de-hospitalizacion-domiciliaria-de-hospitales-publicos/>

Resolución 8430 de 1993 (4 de octubre) Colombia. Ministerio de Salud. El Ministerio. https://www.urosario.edu.co/Escuela-Medicina/Investigacion/Documentos-de-interes/Files/resolucion_008430_1993.pdf

Resolución 2626 de 2019 (27 de septiembre) Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. *Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE*. El Ministerio. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf

Resolución 755 de 2022 (22 de mayo) Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social *Por la cual se adopta la Política Nacional de Talento Humano de Enfermería y Plan Estratégico 2020-2030 como estrategia del fortalecimiento del talento humano en salud*.

<https://acofaen.org.co/wp-content/uploads/2022/05/Politica-Nacional-de-Talento-Humano-de-Enfermeria-y-Plan-Estrategico-2022-2031.pdf>

Rodríguez Gómez, G.; Gil Flores, J. y García, J. E. (2002) *Metodología de la investigación cualitativa*. Aljibe.

Roth Deubel, A. N. (2018) *Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación*. Aura.

Ruiz Restrepo, DI, Montaña Virgen, JP, y Vargas Moreno, JP (2021) Participación de Enfermería en la Elaboración de Políticas Públicas de Salud en Latinoamérica: Participación de la Enfermería en la Elaboración de Políticas Públicas de Salud en América Latina. *UNACIENCIA*, 13 (25), 112–132. <https://doi.org/10.35997/unaciencia.v13i25.563>

Sánchez Aragón, S. (2017) “Evolución del mundo material en los cuidados de enfermería: siglos XVIII al XX.” *Cultura de los Cuidados*, 21(49), 81-90. <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.49.09>

- Sandel, M. (2020) *La tiranía del miedo*. Penguin Random House Grupo Editorial España.
- Següel Palma, F.; Valenzuela Süazo, S. y Sanhueza Alvarado, O. (2015) “El trabajo del profesional de enfermería: revisión de la literatura.” *Ciencia y Enfermería*, 21(2), 11-20. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200002
- Sen, A. (2000) *Desarrollo y Libertad*. Editorial Planeta. https://www.palermo.edu/Archivos_content/2015/derecho/pobreza_multidimensional/bibliografia/Sesion1_doc1.pdf
- Sulbarán, J. P. (2001, enero-junio) “La Teoría de Acción: Posibilidades de Aplicación en el Ámbito Universitario.” *Actualidad Contable Faces*, 4(4), 7-16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=25700402>
- Strauss, A. y Corbin, J. (2012) *Bases para la investigación Cualitativa-Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Urrutia Velazco, I. N. (2019) “La profesión de enfermería y los retos del futuro.” *Enfermería de Vanguardia*, 7(1), 1-2.
- Universidad Manuela Beltrán. (17 de Diciembre de 2010) *Redalyc.org*. Obtenido de Redalyc.org: <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/PAE.pdf>
- Valdez-Fernández, A. L. (2017, julio-diciembre) “Formación bioética e intercultural en enfermería: revisión temática.” *Persona y Bioética*, 21(2) 312-329 <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/7729>
- Velásquez Jiménez, C.; Rico González, G.; Morales Correa, E.; Vargas, B.; Gutiérrez Agudelo, M.; Molina de Uriza, J.; Munar Jiménez, E. (2019) *Política Nacional de Talento Humano en Enfermería y Plan Estratégico 2020-2030. Resignificando la profesión de enfermería en Colombia*. <https://www.oceinfo.org.co/difusion/normatividad/send/4-normatividad/147-propuesta-plan-nacional-de-enfermeria-2020-2030>
- Yi, Y. J.; Lee, H. y Park, K. (2020) “The role of academic-practice partnerships from perspectives of nursing students: Across-sectional study.” *Nurse Education Today*, 89. 10.1016/j.nedt.2020.104419.
- Zapata Herrera, M. (2008) *Enfermería, ¿una profesión en crisis? Caso en la Ciudad de Medellín-Colombia*. [Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Salud Colectiva, Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería]. Biblioteca Digital UdeA.

https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/169/1/ZapataMarleny_2008_EnfermeriaProfesionMedellin.pdf



Anexo 1. Entrevista Semiestructurada

Esta entrevista hace parte de mi investigación, presentada como tesis de doctorado en Bioética. Su objetivo es comprender los significados sobre conflictividad sincrónica y diacrónica que emergen en la constitución de la capacidad de agencia de los profesionales de enfermería, desde la perspectiva de la ética convergente en la política pública que regula el ejercicio de enfermería en Colombia. Los resultados de esta investigación tendrán como eje central la armonización de los conflictos éticos que emergen en la capacidad de agencia del ejercicio profesional.

La información que usted proporciona a esta investigación es importante. Me comprometo a mantener la confidencialidad de la información que me entregue; sus datos serán tratados de manera confidencial y anónima. Por lo tanto, usted se encuentra en libertad para responder o no a los siguientes interrogantes:

Datos personales:

Fecha de la entrevista: ____/____/____/

Género: F____ M ____otro____ (este ítem es opcional)

Edad: ____

Lugar de trabajo: _____

Señale rol donde lleva ejercicio profesional: 1. Función asistencial____ 2. Gestión, administración y gerencia: ____ 3. Salud pública y atención primaria en salud: ____ 4. Docencia e investigación: ____ 5. Profesional independiente_____

Años de experiencia profesional: _____

Posgrado: _____

1. De acuerdo con su experiencia y lo que observa alrededor de la profesión, ¿usted percibe el principio de autonomía en el ejercicio de la profesión?

2. ¿Podría mencionar las políticas públicas que se relacionan con el ejercicio profesional de enfermería?

3. Las políticas públicas relacionadas a la profesión ¿impulsan el ejercicio profesional de manera autónoma o por el contrario quiebran la autonomía? ¿Cuál es su opinión?

4. En su ejercicio profesional, ¿considera que aplica el principio de autonomía? ¿Podría describir algunos ejemplos?

5. ¿Cuáles serían las posibles causas para no ejercer la profesión con autonomía?

6. ¿Considera usted que por la falta de autonomía profesional se vulnera el derecho a los sujetos de cuidado a recibir intervenciones o tratamientos de manera oportuna?

7. ¿Considera que las políticas públicas influyen en el profesional de enfermería para exigir las condiciones necesarias para llevar a cabo las diferentes prácticas de la profesión?

8. ¿Considera que las intervenciones de enfermería son brindadas a tiempo e influyen en la mejora del proceso de recuperación del sujeto de cuidado? ¿Por qué?

9. ¿Considera que las políticas públicas destinadas a regular la profesión impulsan o estimulan a las instituciones prestadoras de salud para que generen condiciones necesarias para que los profesionales lleven de manera adecuada su actuar de enfermería?

10. ¿Considera que los profesionales de enfermería tienen en cuenta al sujeto de cuidado para la toma de decisiones respecto al manejo de intervenciones o tratamientos?

11. ¿Considera usted que los profesionales de enfermería en Colombia hacen uso de la objeción de conciencia ante un dilema ético para la toma de decisiones?

12. ¿Podría contarme si en algunos casos el uso del principio de autonomía de los profesionales de enfermería determina decisiones que ponen riesgo la salud del sujeto de cuidado?

13. ¿De acuerdo a los principios y valores de la profesión en la práctica de atención al sujeto de cuidado ¿cuáles son los valores que más se tienen en cuenta y cuáles no? ¿Por qué? ¿Podría darme algunos ejemplos?

14. ¿Cómo gestionan los cuidados o intervenciones los profesionales de enfermería en su ejercicio profesional diario?

15. ¿Tiene presente o relaciona las políticas públicas relacionadas con la profesión al planear y ejecutar el cuidado de enfermería? ¿Por qué?

16. De acuerdo con su experiencia, ¿qué aspectos deberían fortalecerse en la profesión para mejorar la participación en el proceso de construcción, análisis y evaluación de las políticas públicas que regulan el ejercicio de la enfermería.

17. ¿Cuál es la causa de la poca participación de los profesionales de enfermería en las diferentes organizaciones colegiales?

18. ¿Qué medidas debería retomar la política pública para fortalecer el ejercicio profesional destinado a mejorar la calidad de vida del profesional y el sujeto de cuidado?

Consideraciones éticas del estudio

La ética de la investigación es un proceso de reflexión continua, donde la relación investigador-investigado debe ser enmarcada en el respeto. Por lo tanto, el individuo participante tiene el derecho a la libertad de expresar su opinión; este derecho incluye el de no ser discriminado o molestado por las opiniones que entregue al investigador (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948)

En Colombia, la Resolución 8430 de 1993 está conforme a las reglamentaciones y declaraciones universales para el manejo de prácticas de investigación. En este sentido, para investigaciones donde participan seres humanos debe prevalecer el respeto a la dignidad y la protección de sus derechos, mediante el uso del consentimiento informado, que tiene como propósito garantizarle al participante el cumplimiento del artículo 8 que establece: “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación” (Minsalud, Res. 8430, 1993) En cuanto a su seguridad en esta investigación, el sujeto no estará expuesto a ningún tipo de riesgo, según el artículo 11; es decir, sin riesgo, porque no se hará ningún tipo de intervención asociada a variables físicas, biológicas, psicológicas o sociales de las personas que participan. Solamente contempla instrumentos de recolección de datos, como revisión de historias clínicas, entrevistas y cuestionarios.

Desde la perspectiva de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), la investigadora tomará todas las precauciones para guardar la intimidad del participante en la investigación y la confidencialidad de su información personal, asegurando un espacio tranquilo que permita una interacción con respeto, tranquilidad y sin temor para expresar libremente sus respuestas e ideas. (AMM, 1964)

Es así que esta investigación garantizará a la persona todos los aspectos relacionados a esta resolución a través del consentimiento informado que contemplará información clara y concreta sobre la justificación, los objetivos y los resultados esperados, Así mismo, se le asegura la libertad de participación, así como el retiro voluntario de su participación, además de entregar copia a la persona participante. (Minsalud, Res. 8430, 1993)



Anexo 2. Consentimiento informado

Consentimiento informado para participantes en la investigación

Título de la investigación: Armonización de los conflictos bioéticos desde la perspectiva de la ética convergente en la capacidad de agencia en la política pública y el ejercicio profesional de enfermería.

Investigador: Blanca Elpidia Tovar Riveros. Enfermera, Especialista en Cuidado Crítico, Magister en Educación con énfasis en ciencias de la Salud, estudiante del doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, celular: 3193959996, Email: btovar@unbosque.edu.co

Los objetivos de esta investigación son:

Objetivo General: Comprender los significados sobre conflictividad sincrónica y diacrónica que emergen en la constitución de la capacidad de agencia de los profesionales de enfermería desde la perspectiva de la ética convergente en la política pública que regula el ejercicio de enfermería en Colombia.

Objetivos específicos:

- Develar los conflictos sincrónicos y diacrónicos que emergen en la constitución de la capacidad de agencia del ejercicio profesional de Enfermería.
- Develar los conflictos sincrónicos y diacrónicos que emergen en los significados de la política pública que regula el ejercicio de enfermería en Colombia.
- Reflexionar sobre las implicaciones bioéticas de los significados sobre la capacidad de agencia del ejercicio profesional y de la política pública del ejercicio profesional, siguiendo la reflexión pragmática trascendental sugerida por Maliandi.

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo-fenomenológico que mediante entrevistas permite develar los posibles conflictos bioéticos en el ejercicio profesional. La participación en la investigación es voluntaria donde se mantiene confidencialidad de los datos que aporten.

Desde ya, agradezco su participación.

Yo _____ identificada (o) con cédula de ciudadanía N° _____ acepto mi participación en el estudio realizado por Blanca Elpidia Tovar Riveros estudiante de doctorado de la universidad El Bosque.

He sido invitado(a) a participar en el estudio, entiendo que mi participación consistirá en _____ he leído y entendido este documento de consentimiento informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis inquietudes han sido contestadas. No tengo ninguna pregunta o duda sobre mi participación, por lo que voy a participar en la investigación. Comprendo que puedo retirarme del estudio si así lo considero, informando mis razones para tal decisión en carta de revocación si lo considero necesario. Acepto voluntariamente participar. Al firmar esta hoja de consentimiento informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales. Para constancia,

Firma participante

Firma investigador

A los (días) ___ de ___ (mes) ___ del (año)

Modificado por Tovar, BE de
(Minsalud, Res. 8430, 1993)

Aspectos de Confidencialidad

La confidencialidad es un derecho y un deber del sujeto participante en una investigación, tanto en el manejo de datos por parte del investigador como por la información de la investigación por la persona participante del estudio. En uso del artículo 20 de la constitución política de Colombia “Se garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial” (Constitución Política, 1991)

Así mismo, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 regula el derecho fundamental que tienen las personas que autorizan datos o información confidencial para ser almacenada, analizada y utilizada para el objetivo que se establece en un documento, de manera que nadie conocerá la identidad del participante; por tanto, los resultados del estudio se presentan por códigos que salvaguardan la

información vinculada con la persona, o lo que se conoce como dato personal sensible, que se define como “aquel dato personal de especial protección, por cuanto afecta la intimidad del titular y su tratamiento puede generar discriminación” (Ley 1581, 2012)

De igual manera, este documento busca garantizar al sujeto participante la garantía de principios tales como la veracidad, la transparencia, la seguridad, la confidencialidad y el de acceso y el de circulación restringida. En cuanto al derecho y condiciones de legalidad la persona tiene la opción de conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente al responsable de la investigación, así como de retirar los datos de la investigación en caso del no respeto al tratamiento de datos (Ley 1581, 2012)

Esta entrevista hace parte de mi investigación, presentada como tesis de doctorado en Bioética, cuyo objetivo es comprender los significados con los cuales se constituyen la capacidad de agencia de los profesionales de enfermería desde la perspectiva de la ética convergente tanto en la política pública de salud como en su ejercicio profesional, con los resultados de esta investigación tendrá como eje central la armonización de los conflictos éticos que emergen en la capacidad de agencia del ejercicio profesional.



Anexo 3. Compromiso de Confidencialidad

Título de la investigación: “Armonización de los conflictos bioéticos desde la perspectiva de la ética convergente en la capacidad de agencia en la política pública y el ejercicio profesional de enfermería.”

Yo, Blanca Elpidia Tovar Riveros, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.313.308 de Bogotá, me comprometo a mantener la confidencialidad de los datos personales y la información tratada en las entrevistas relacionadas a esta investigación, y a que la información obtenida sólo será utilizada para los fines de esta investigación.

Su contribución a ésta es voluntaria, en tanto está en libertad de responder o no las preguntas que se le hagan; en caso de estar de acuerdo con participar en esta entrevista y en señal de su aprobación le solicito firmar este compromiso de confidencialidad. (Ovalle Gómez, 2012)

Firma del participante

Firma de la investigadora

Fuente: Modificación propia a partir de Ovalle Gómez (2012)