



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**PRÁCTICA SOCIAL DE ENFERMERÍA EN LA RED DISTRITAL DE  
PRIMER NIVEL DE BOGOTÁ: APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE LA  
ESTRUCTURACIÓN**

**Yaira Yohanna Pardo Mora**

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2013



# **PRÁCTICA SOCIAL DE ENFERMERÍA EN LA RED DISTRITAL DE PRIMER NIVEL DE BOGOTÁ: APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE LA ESTRUCTURACIÓN**

**Yaira Yohanna Pardo Mora**

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:

**Doctora en Enfermería**

Directora:

Rosibel Prieto Silva MSc Ph.D.

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2013



*DEDICATORIA*

*A DIOS*

Porque me permitió el tiempo y el momento para pensar cada una de las palabras que están en este documento consignadas

*A MI FAMILIA*

Por su inagotable paciencia, su apoyo siempre incondicional y su confianza en mi capacidad

*A MAURICIO*

Porque su amor, su compañía y su inteligencia siempre serán la fuente de mi inspiración

YAIRA

*Hay hombres que luchan un día y son buenos. Hay otros que luchan un año y son mejores. Hay quienes luchan muchos años, y son muy buenos. Pero hay los que luchan toda la vida, esos son los imprescindibles.*

**Bertolt Brecht**



## **Agradecimientos**

A cada una de las y los colegas que participaron en esta investigación, que me abrieron las puertas de su cotidianidad.

A las docentes y directivas del Doctorado en Enfermería, por sus dudas, apoyo constante y sostenido para que pudiera cumplir mis expectativas.

A la Doctora Catalina Latorre Santos y a mi colega Carolina Enríquez de la Universidad del Rosario, por su compañía, su ánimo y confianza en mí y en mi proceso de formación.

A Viviana Céspedes y Angela María Salazar por su amistad, por su compañerismo y fuerza en los momentos más difíciles de nuestra formación.

A todas aquellas personas, colegas, amigos, compañeras de trabajo y de vida que han estado a mi lado en este camino que me ha permitido ser mejor persona y Enfermera.





## Resumen

Desde los años 70, La practica social de enfermería como objeto de conocimiento ha sido una gran preocupación dentro de la disciplina ya que se establece que esta hace referencia a las experiencias, conocimientos y creencias que resultan útiles para la práctica y que van más allá de una visión estructural de toma de decisiones. El elemento de cognitivo es uno de los factores contextuales, personales y experienciales, por esto el conocimiento que los profesionales tiene de las diversas y complejas situaciones y de los dilemas prácticos a los que se enfrenta y de cómo resolverlos, es el conocimiento empírico que más le aporta a la construcción de conocimiento alrededor de la práctica y a lograr un ejercicio de praxis. El presente estudio se realizo bajo un diseño cualitativo, de tipo interpretativo hermenéutico, utilizando la etnometodología como abordaje metodológico y al análisis de la conversación como herramienta metódica para determinar la practica social de Enfermería. Como conclusión se pudo establecer que la práctica social a partir de las experiencias producidas por los agentes sociales o los profesionales de enfermería, en términos de la teoría de la estructuración, no ha logrado su alcance de praxis dado que la relación entre agente, acciones y estructura no se encuentra elucidada en este momento.

**Palabras clave:** Practica social, Enfermería, Teoría de la Estructuración, Praxis.

## Abstract

Since the 70s, the social practice of nursing as an object of knowledge has been a major concern within the discipline and establishing that this refers to the experiences, knowledge and beliefs that are useful for practice and beyond a structural view of decision-making. The cognitive element is one of the contextual factors, personal and experiential, so the knowledge that professionals have of the various complex situations and practical dilemmas facing and how to solve them, is more empirical knowledge brings to the construction of knowledge about the practice and achieve a period of practice. This study was conducted under a qualitative design hermeneutic interpretive type, using the methodological approach and ethnomethodology and conversation analysis as a methodical tool to determine the social practice of Nursing. In conclusion it was found that social practice from the experiences produced by the social or nurses, in terms of the theory of structuration, has not achieved its scope of practice as the relationship between agent actions and structure is not elucidated at this time.

**Keywords:** Social practice, Nursing, Structuration Theory, Praxis

# Contenido

<b>Lista de Ilustraciones.....</b>	<b>1</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Planteamiento del Problema.....</b>	<b>5</b>
1.1. Pregunta de Investigación .....	30
<b>2. Objetivos de la Investigación .....</b>	<b>31</b>
2.1 Objetivo general .....	31
2.2 Objetivos específicos .....	31
<b>3. Escenario del Estudio: Contexto de la práctica de Enfermería .....</b>	<b>33</b>
<b>4. Referentes Conceptual y Teórico.....</b>	<b>43</b>
4.1 Referentes Conceptuales de la Práctica Social .....	43
4.1.1 Frónesis: Aristóteles .....	43
4.1.2 Relación entre el conocimiento y la práctica: entre el saber y el hacer - Marx	47
4.1.3 La lógica de la práctica: Las Practicas Sociales - Bourdieu .....	51
4.1.4 La noción de la conciencia práctica: Giddens .....	56
4.1.5 Dimensión social de la Práctica de Enfermería .....	59
4.2 Referente teórico: Teoría de la Estructuración de Anthony Giddens .....	78
4.2.1 Teoría de la estructuración para Enfermería .....	83
4.2.2 Categorías de análisis a partir de la teoría de la estructuración .....	87
<b>5. Marco del Diseño.....</b>	<b>92</b>
5.1 Tipo de estudio.....	92
5.2 Diseño metodológico.....	93
5.3 Tipo de análisis .....	94
5.4. Definiciones acogidas para la investigación.....	96
5.4 Informantes – agentes sociales participantes.....	98
5.5 Recolección de la información.....	99
5.6 Rigor .....	100
5.7 Limitaciones del estudio .....	101

---

5.8	Consideraciones Éticas.....	101
<b>6.</b>	<b>Resultados, Análisis y Discusión .....</b>	<b>103</b>
6.1	Resultados.....	103
6.1.1	Resultados y análisis: Nivel Microsocial .....	106
6.1.1.1	Categoría: Acciones .....	106
6.1.1.2	Categoría: Motivaciones.....	110
6.1.1.3	Categoría: Razones .....	113
6.1.1.4	Análisis general del nivel micro social .....	117
6.1.2	Resultados y análisis: Niveles Macrosociales.....	118
6.1.2.1	Categoría: Reglas y Recursos.....	118
6.1.2.2	Categoría: Regionalización .....	123
6.1.2.3	Categoría: Ordenes Institucionales .....	125
6.1.2.4	Categoría: Sistemas Sociales .....	127
6.1.2.5	Análisis Macro social: Estructuración de la práctica. ....	129
6.2	Análisis y Discusión .....	131
<b>7.</b>	<b>Conclusiones y Recomendaciones .....</b>	<b>153</b>
7.1	Conclusiones .....	153
7.2	Recomendaciones .....	157

## Lista de Ilustraciones

### Pág.

Ilustración 1. Analogía de la Teoría de la estructuración y la práctica de Enfermería. ....	85
Ilustración 2. Organización de categorías a priori según la teoría de la Estructuración...	97
Ilustración 3. Unidades de sentido Conversacional. ....	104
Ilustración 4. Análisis de coordenadas .....	105
Ilustración 5. Sistema de Coordenadas para el análisis de acciones.....	106
Ilustración 6. Resultados sistema de coordenadas análisis de acciones .....	107
Ilustración 7. Sistema de Coordenadas para el análisis de motivaciones .....	110
Ilustración 8. Resultados sistema de coordenadas análisis de motivaciones.....	111
Ilustración 9. Sistema de coordenadas para análisis de Razones .....	114
Ilustración 10. Resultados de sistema de coordenadas análisis de razones.....	115
Ilustración 11. Sistema de coordenadas para grados microsociales.....	117
Ilustración 12. Relación entre categorías de grado micro y macrosocial.....	123
Ilustración 13. Sistema de coordenadas para análisis de Ordenes Institucionales .....	125
Ilustración 14. Configuración de los Sistemas sociales.....	127
Ilustración 15. Configuración del sistema social de la práctica de Enfermería .....	128
Ilustración 16. Estructura de la Práctica .....	129
Ilustración 17. Estructura de la Práctica de Enfermería .....	130
Ilustración 18. Monitoreo reflexivo de la Práctica.....	141
Ilustración 19. Estructuración de la práctica de Enfermería. ....	149
Ilustración 20. Monitoreo reflexivo del poder .....	150
Ilustración 21. Dualidad de la estructura.....	151

## Introducción

El presente proyecto de investigación es el resultado de un proceso de búsqueda y refinamiento de la evidencia reportada en el área de conocimiento sobre la práctica de enfermería, junto con un análisis de la realidad política y normativa en que se contextualizan y determinan estos aspectos.

El documento que se presenta a continuación está distribuido, en siete capítulos. En los capítulos primero y segundo, se realiza una mirada a la práctica social de enfermería a través de un ejercicio de determinación de vacíos teóricos encontrados en la literatura con el que se realiza el planteamiento del problemas para finalmente, con estos insumos, construir una pregunta de investigación y los objetivos generales y específicos que se pretenden alcanzar en el desarrollo del proyecto.

En el tercer capítulo se realiza una descripción del escenario del estudio, determinado por el contexto en el que se desarrolla la práctica a nivel mundial, nacional y local. En el siguiente capítulo, se elabora una revisión y análisis de los referentes conceptuales y teóricos que se tuvieron en cuenta para el desarrollo del proyecto, este capítulo permite dar una mirada sobre los aspectos más relevantes alrededor de los cuales gira el planteamiento problemático, incluyendo la exposición de la referente teórico: la Teoría de Estructuración de Anthony Giddens referente teórico para esta investigación, que hace parte de las corrientes postmodernas de la Teoría Social y permite exponer una relación entre la práctica social ideal o praxis y la realidad social vivida, tanto por los actores sociales como por sus agentes, que se encuentran en un determinado momento presionados por una institución y una estructura social que los coacciona y los limita.

Allí se describen de los antecedentes de la teoría social clásica, de la teoría de la estructuración, así como su relación con enfermería.

En el capítulo quinto se exhiben en el marco de diseño la metodología: la etnometodología y el método utilizado: el análisis de la conversación para la exploración de la práctica social. Posteriormente en el capítulo sexto se presentan los resultados, análisis y discusión que desembocan en el capítulo séptimo de conclusiones y recomendaciones del presente estudio.

La autora espera que este documento y las ideas, argumentos, conclusiones y recomendaciones consignados en él, le permitan al lector ubicar la necesidad de la exploración de la realidad de la práctica y de la utilidad de los mismos para el mejoramiento de las profesiones en tiempos postmodernos.





# 1. Planteamiento del Problema

*La ciencia son hechos; de la misma manera que las casas están hechas de piedras, la ciencia está hecha de hechos; pero un montón de piedras no es una casa y una colección de hechos no es necesariamente ciencia. Henri Poincaré (1854-1912).*

A continuación se exponen los planteamientos desde la revisión de la literatura y el conocimiento acumulado en el área de conocimiento de la práctica social de Enfermería que, junto al análisis de algunas posturas teóricas se configuran en el planteamiento y la necesidad de investigación en nuestro medio de la práctica social de Enfermería.

En la actualidad se realizan diversas discusiones sobre la utilidad de la ciencia en sí misma y de sus productos, aunque dentro de las comunidades científicas existe el consenso que el objetivo final de la misma debe ser la construcción de un saber que busca leyes con las que explicar la realidad. En este sentido, la postura de Bunge sobre las finalidades de las ciencias puras o básicas y las aplicadas, recobra importancia para entender de donde surge la importancia de la práctica social en estas<sup>1</sup>.

Las ciencias básicas según Bunge, buscan obtener conocimiento de un determinado sector de la realidad y clasifica como "pura" la investigación producida por esta, en la medida en que no tiene otra finalidad que la búsqueda del conocimiento en sí mismo, excluyendo los intereses prácticos. La ciencia básica no está atravesada por una ideología particular y su único fin es la búsqueda de la verdad, de donde concluye que la ciencia pura no tiene responsabilidades éticas respecto a las consecuencias que resultan de las aplicaciones de lo que descubre o produce como saber.

---

<sup>1</sup> BUNGE, Mario. La investigación científica. Siglo XXI Editores. 3 edición. 2004.

En cambio, las ciencias aplicadas aplican los conocimientos de las ciencias básicas a problemas prácticos y es allí donde esta se convierte en productora-transformadora de sus objetos y de la realidad, es por esto que las preguntas planteadas en las ciencias aplicadas no dependen solo de la razón teórica, sino también de la razón práctica y de la voluntad<sup>2</sup>.

En este sentido las ciencias de la salud en general, se consideran como campos aplicados y que las profesiones que pertenecen a estos, según Villalobos<sup>3</sup> poseen tres responsabilidades básicas para cumplir el mandato social el cual soporta su existencia:

- Deben lograr u obtener las metas de las razones sociales que soportan su razón de ser.
- Deben reclutar, educar y retener un número suficiente de individuos preparados y motivados para lograr satisfacer las necesidades sociales y
- Deben desarrollar y expandir el cuerpo de conocimientos científicos que forma y cimienta la base de la práctica.

Enfermería, como disciplina profesional dentro del marco de las ciencias aplicadas, debe propender por que la producción de su conocimiento así como la aplicación del mismo tenga como fin la utilidad social de su práctica. Por ello, no es ajena a las preocupaciones portmodernas sobre la congruencia y ajuste que deben tener las profesiones sobre la producción de conocimiento y la pertinencia de los roles y la práctica cotidiana<sup>4</sup>.

El significado y las finalidades de la práctica social de las profesiones dentro de la sociología, se ha analizado desde la filosofía aristotélica hasta la postmodernidad con

---

<sup>2</sup> HOTTOIS, Gilberto. La ciencia entre valores modernos y posmodernidad. Librairie Philosophique. Edición en español. Universidad El Bosque. 2007.

<sup>3</sup> VILLALOBOS, María Mercedes. Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo. 1 ra edición. Unibiblios, Universidad Nacional de Colombia. 1998. Pag 19.

<sup>4</sup> MINER, John et al. Congruence and Fit in Professional Role Motivation Theory. En: Organization science. Vol 5 No 1 Febrero 1994. Pag 86-87

teorías como la de la Estructuración. Sin embargo según Weber, para la teoría de las organizaciones profesionales, se entiende que aunque estas posean diferentes estructuras, la forma básica la constituye la práctica privada individual de los miembros de la organización y los roles son derivados de los valores, normas, preceptos éticos y códigos de la profesión que dan lugar a una jerarquía gerencial práctica<sup>5</sup>.

Dicha jerarquía es transmitida a través de la educación formal, de las asociaciones gremiales y de los colegas en general y se configura en procesos de rutinización de las prácticas. A partir de esto el conocimiento profesional cotidiano, es considerado como el más importante que deriva posteriormente las competencias que deben adquirir los miembros de la organización; y estas a su vez son las que gobiernan las relaciones con los otros y por ende los imaginarios sociales que se tienen de una profesión<sup>6</sup>.

En este sentido, según Adler y colaboradores<sup>7</sup>, es importante entender que uno de los procesos investigativos que se dan dentro de las profesiones, debe ser la comprensión de su organización profesional y de las prácticas cotidianas, ya que al estar inmersas dentro de un contexto universal, se introducen diferentes niveles de conflicto en la ejecución de los roles que son vitales para establecer procesos al interior de los sistemas de motivación profesional.

En adición, uno de los aspectos igualmente importantes que se establece en esta comprensión de las profesiones y en su desarrollo en los tiempos modernos y postmodernos, es conocer las implicaciones de los ejercicios liberales<sup>8</sup>. La profesión de Enfermería se constituye como ejercicio liberal, ya que el desempeño de los

---

<sup>5</sup> WEBER, Max. *Economía y Sociedad: Esbozo de Sociología Comprensiva*. Fondo de Cultura Económica. 17 edición. 2008

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>7</sup> Adler, Paul et al. *Professional Work: The Emergence Collaborative Community*. En: *Organization Science*. Vol 19 No 2. Marzo – Abril 2008. Pag 359-376

<sup>8</sup> MINER, John. *Congruence and Fit in professional role motivation theory*. En: *Organization Science*. Vol 5 No. 1. 1994 pp 86-97

profesionales se realiza de manera independiente, autónoma, intelectual y financieramente, el cual genera su propia remuneración económica y su estabilidad profesional<sup>9</sup>. Sin embargo se reconoce que es necesario reflexionar sobre cuál es el papel que debe desempeñar el profesional de Enfermería para lograr el desglose del camino para lograr el real ejercicio liberal y permita retomar la función que le corresponde como cuidador directo de las personas que lo requieran.

En este sentido kramer <sup>10</sup> considera que para el logro de un ambiente laboral adecuado para el ejercicio liberal, los profesionales enfrentan la necesidad de poner en práctica sus valores profesionales, en un medio burocratizado por lo que propone la necesidad de desarrollar estudios sobre las acciones efectivas de los profesionales, las habilidades adquiridas con la experiencia, el dominio de labores rutinarias y la creatividad para desarrollar innovaciones en la prestación de los servicios.

Coombs considera que se debe prestar atención sobre el ejercicio liberal de la profesión y que este requiere un auténtico respeto a la dignidad y autonomía del ser profesional, atendiendo, ayudando, confrontando y guiando, con el objetivo fundamental de idealizar el servicio mediante la revalorización del propósito profesional en Enfermería<sup>11</sup>. El autor insiste que se debe volver al concepto de lo que implica ser profesional, que incluye la responsabilidad legal y moral en los actos del individuo, con la autonomía que le brinda libertad y autoridad para realizar un juicio y tener buenas decisiones en la práctica, es decir, poseer lo que se denomina la autonomía del poder<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> CLARE, Judith. A Challenge of the rhetoric of emancipation: recreating a professional cultura. En: Journal of advanced Nursing. Vol 18 No.7 1993 pp 1034.

<sup>10</sup> KRAMER, Marlene. Reality Schok: Why Nurse Leavenursing?. Mosby. 1974

<sup>11</sup> COOMBS, Mauureen. Power and Conflict between doctor and nurses. Routlegde London. 2004

<sup>12</sup> Ibid.

Sin embargo, Manthey<sup>13</sup> considera que este tipo de acciones que se constituyen per se como una labor social se desarrollan en la intimidad de los individuos, en el caso de la Enfermería, por lo que la sociedad no exalta el reconocimiento de estas actividades. Por ello el autor propone que es necesario establecer la cultura del cuidado dentro de la organización social y lograr un estatus más acorde con la condición profesional de Enfermería.

En este sentido la relación enfermera paciente, es el centro de la práctica profesional de Enfermería y el elemento fundamental de las relaciones basadas en el cuidado. Según Thomas<sup>14</sup>, en la actualidad se pueden observar lo que él ha denominado lo “efectos devastadores de la organización de los servicios de salud”, por lo que en profesiones como Enfermería se está viviendo situaciones frustrantes en el rol dado a los fenómenos de desprofesionalización atribuido a fenómenos macro -políticos y económicos que influyen la sociedad, el cuidado de la salud y la Enfermería.

Sin embargo, una importante condición para promover la relación enfermera paciente es entender la naturaleza y fin de la misma, considerando que está basada en un cuerpo de conocimientos y habilidades de pensamiento complejo y que proveen un contexto de alta complejidad en el cuidado de la salud hace. Por ende, según Thomas una práctica exitosa es la construcción de habilidades del profesional de Enfermería que respondan a las necesidades y situaciones de los pacientes, usando procesos de pensamiento, juicio crítico y acción que lleve al cumplimiento de las metas propuestas<sup>15</sup>.

Según Koloroutis<sup>16</sup>, el cambio que debe tener la práctica de Enfermería para lograr lo anterior, es el balance y la integralidad de las tres áreas de responsabilidad dentro la misma: la delegación, la independencia y la interdependencia. Mientras que no se tenga

---

<sup>13</sup> MANTHEY, María. Staffing: Changing the way we think. Minneapolis. Creative Health Care Management. 2002

<sup>14</sup> THOMAS, Sandra. Transforming nurse anger and pain. New York. Publishing Company. 2008

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> KOLOROUTIS, Mary. Relationship-based Care: a model for transforming practice. 7 edición. Creative Health Care Management. 2007.

claro los conceptos de responsabilidad y autoridad que realmente se deben delegar dentro de la práctica, la independencia y la interdependencia no pueden ser consistentes y por lo tanto existirá un desbalance entre lo que Enfermería hace por la persona y su familia y lo que estos reciben y perciben del servicio, por ende de la calidad y el compromiso ante el cuidado.

La responsabilidad, autoridad y supervisión según Koloroutis<sup>17</sup>, se determinan y se instauran en la práctica por los actos, la preparación y la experticia, los estándares profesionales, las regulaciones y la posición que tiene la organización profesional en un determinado contexto. Dada esta situación, el National Council of State Boards of Nursing en el 2005<sup>18</sup>, realizó un documento guía de soporte social a las agencias de Enfermería que no tuvieran una estructura y legislación de autonomía, como lo es el caso de Colombia, en la que se propone una serie de acciones en la práctica, con el fin de reducir la confusión y frustración de las enfermeras en la cotidianidad y determinar los límites claros de la misma.

En el documento guía se determina, que las funciones de la practica que contemplan la supervisión, la planeación, la evaluación y el juicio clínico no son delegables, ya que según esta organización este un acto que es la columna vertebral tanto de la práctica como del rol y de la administración del mismo. En esta medida, la delegación debe repensarse como un proceso el cual debe incluir:

- Conocer el rol y fin de las acciones personales de la enfermera
- Conocer la línea de autoridad y poder para conocer los límites de la delegación
- Conocimiento, habilidades y juicios delegables
- Acceso a información del paciente y
- Acceso a políticas, procedimientos y guías que respalden la delegación

---

<sup>17</sup>

Ibid

<sup>18</sup>

NATIONAL COUNCIL OF STATE BOARDS OF NURSING. Boards of Nursing. 2005

Finalmente el documento de trabajo estipula que el problema de falta de claridad en las funciones, no radica en la delegación ni la autoridad de las acciones de la práctica, sino en no tener claridad sobre lo que es la práctica en sí misma, ni del rol que desempeña esta en los servicios de salud. Al mismo tiempo subraya que una de las competencias que deben tener los profesionales en salud en general, es la capacidad de trabajar en equipo, pero para esto es necesario conocer las características y los diferentes roles que pueden tener los profesionales de enfermería en estas áreas y así realmente contribuir al cuidado de la vida.

Algunos autores consideran que esta debilidad está dada al igual, por la no articulación entre el cuerpo de conocimientos construidos por Enfermería y la práctica en general. Si la práctica es la meta directa, los profesionales deberían desarrollar conocimientos empíricos, los cuales aportarían a la descripción de los procesos de deliberación, utilización y validación en la práctica de los valores del conocimiento teórico<sup>19</sup>. Al respecto se ha identificado que los profesionales que no están vinculados a procesos académicos y no tienen una conducta investigativa, sobretodo en áreas no clínicas, sus experiencias no han aportado al desarrollo de nuevo conocimiento empírico con el que se pueda contribuir al cierre de la brecha entre la teoría y la práctica<sup>20</sup>.

En este sentido, el problema radica en que la esencia de la relación entre teoría y práctica que es la deliberación práctica en la que se utiliza y se valida la teoría, no se realiza en la disciplina de Enfermería. La teoría le provee a la práctica de un proceso sistemático de desarrollo substancial del conocimiento empírico, mas la teoría no aporta una respuesta fácil y rápida a los problemas de la práctica pero provee de conocimiento y de entendimiento de procesos para mejorar la misma<sup>21</sup>.

El inconveniente en general de no utilizar la teoría en la práctica en Enfermería, es que en la estandarización de las actividades cotidianas de la práctica se reflejan valores de

---

<sup>19</sup> CHINN, Peggy and KRAMER, Maeona. Integrated Theory and Knowlwdge development in nursing. 7 edicion. Mosby Elsevier. 2008

<sup>20</sup> Ibid.

<sup>21</sup> LINDSAY, B. The gap between theory and practice. En: Nursing Standard. Vol 5 No 4 1990 pp 34

acciones que son aceptados para la solución de los problemas que no responden a procesos sistemáticos sino a la intuición, es decir que el crecimiento disciplinar se sigue dando en términos intuitivos – empíricos, mas no científicos. La teoría en general no se asume como predictor de resultados ni para la creación de guías de atención, en consecuencia la teoría explica relaciones no cuestionadas en la práctica, por lo que esta describe, explica y provee conocimiento sobre situaciones que se pueden presentar en la práctica mas no contribuye a las soluciones de los problemas reales de la misma<sup>22</sup>.

Como respuesta a esta necesidad en la disciplina, Chinn y Kramer<sup>23</sup> consideran que es necesario revisar, retomar y examinar los procesos sociales y políticos de la práctica a través del análisis crítico reflexivo de cómo se realiza el conocimiento en Enfermería. Para esto proponen revisar el concepto de Praxis como la dimensión crítica / reflexiva del conocimiento emancipatorio, el cual es el centro de su modelo y que representa un análisis de los contextos sociales, políticos y económicos de la práctica de enfermería. El resultado final es el cambio social, que resulta de un análisis crítico de cuáles son las barreras invisibles para la práctica, quienes son los beneficiarios de las acciones y que está mal dentro de todo ese escenario<sup>24</sup>.

En este sentido, Lumby<sup>25</sup> considera que en la pasada década, la praxis y el logro de la misma, era considerada como esencial para la ciencia de Enfermería mas no era importante para la labor del diario vivir. El dilema que se presenta en la Enfermería moderna, es que la práctica va paralela a la academia y que estas dos no han podido encontrarse, por lo que los modelos biomédicos continúan manteniendo el status quo que rige la práctica, en vez de configurar un cambio hacia diferentes vías de conocer y hacer las cosas en la práctica diaria.

---

<sup>22</sup> FEALY, Gerard. The theory practice relationship in nursing an exploration of contemporary discourse. En: Journal of advanced nursing. Vol 25. 1997. Pag 1061-1069

<sup>23</sup> CHINN, Peggy and KRAMER, Maeona. Integrated Theory and Knowledge development in nursing. 7 edición. Mosby Elsevier. 2008

<sup>24</sup> KAGAN, Paula., et. Al. A nursing Manifesto: An emancipator call for knowledge development, conscience and praxis. Nursing Philosophy. Vol. 11. 2009. P. 67 - 84

<sup>25</sup> LUMBY, Judy. Stressor in the life of contemporary nurse. En: International journal of nursing practice. Vol 2 No. 1 1996 P. 45-49



Algunos autores como Markovic y Stojanovic<sup>26</sup> consideran que la práctica de Enfermería debería asumir una postura marxista del conocimiento, en la que la teoría en la práctica propone hacer lo irracional más racional y que la relación entre persona, teoría y acción (práctica) sea la que determine la praxis reflexiva que reconstruya el mundo social de Enfermería.

En adición, Grundy<sup>27</sup> considera que describir la praxis como reflexión podría construir o reconstruir el mundo social de la Enfermería. Prymachuk<sup>28</sup> sugiere por su parte, que esta reflexión se debería hacer en dos vías: una hacia el significado inicial descubierto a través de la conversación con los sujetos que viven la práctica y dos hacia una reconstrucción que le permita descubrir el poder dentro del discurso, para luego desarrollar habilidades para generar dicho poder y ponerlo a servicio de otros.

Al respecto Penney<sup>29</sup> considera que, revisar y reflexionar sobre la praxis en Enfermería es vital para el desarrollo de la disciplina, pero que solo revisar los roles o solo los límites del mismo no es tan simple, ya que pueden existir una gran variedad de ellos y se podría entrar a la falsa legitimización de algunos y por ello propone que se debería realizar una exploración de la praxis tanto desde la mirada de la enfermera como de la Enfermería.

Al mismo tiempo que sugiere entender que la academia del mundo se encuentra en cambio, que se están educando a nuevas personas de una nueva era en un mundo diferente, el cual debe ser reflexionado para que este proceso sea coherente y se revierta en la misma práctica, de tal forma que se pudieran crear nuevas alternativas y posibilidades de entender el mundo social de la Enfermería.

---

<sup>26</sup> CROCKER, David. Praxis y socialismo democrático. Fondo de cultura Económica. Primera edición. 1994.

<sup>27</sup> GRUNDY, S. Curriculum: Product or Praxis?. London Framer Press.1987

<sup>28</sup> PRIMACHUCK, S. A nursign perspective on teh interrelationships between theory and practice. En: Journal of Advanced Nursing. Vol 23. 1996. Pag 679-684

<sup>29</sup> PENNE, Wendy. Understanding the prattle of praxis. En: Nursing Inquiry. Vol 6. 1999 pag 259-268

Este movimiento de reflexión y de práctica reflexiva no es nuevo en la ciencia de la Enfermería, para Gustafsson y Fagerberg<sup>30</sup> se ha incrementado a través de la preocupación por la integración de la teoría y la práctica y el ejercicio de examinar las acciones dentro de la misma y que este haya sido incluido como un componente esencial para la educación tanto del postgrado como del pregrado en Enfermería<sup>31</sup>.

Según Bulman<sup>32</sup> un aspecto fundamental que contiene la exploración de la práctica social es definir los valores que gobiernan tanto la práctica como el ejercicio reflexivo, como lo plantea la teoría de la práctica. Estos valores son definidos y han sido estudiados desde varios aspectos: como orientación de la vida, como aspecto de la personalidad o como actitudes presentes en la práctica. De esta manera los valores determinan los estándares que guían y determinan las acciones, objetos, situaciones, ideologías y juicios, es decir son aquellos que mantienen las metas y regulan los mundos sociales. Según el autor, estos se configuran como patrones que se internalizan a través de la cultura de los objetos sociales y que se expresan a través del experiencia tanto grupal como individual de los sujetos.

Algunas de las explicaciones que en Enfermería se ha dado sobre este ejercicio reflexivo dentro de la práctica, han tomado como referente la explicación de Bourdieu<sup>33</sup> sobre lo que se considera un habitus como aquella acción primaria que provee el marco de trabajo para la práctica de los agentes en un campo específico, es decir se tiene un campo, luego un habitus luego una práctica. Este concepto fue reorganizado por la teoría de la estructuración la cual toma estos aspectos fundamentales y las desglosa en aspectos micro y macro sociales.

---

<sup>30</sup> GUSTAFSSON, C. Reflection the way to professional development. Journal of Clinical Nursing. Vol 13 No 3. 2004. Pag 271- 280.

<sup>31</sup> BULMAN, C. Reflective Practice in Nursing. Blackwell. Oxford. 2008.

<sup>32</sup> Ibid.

<sup>33</sup> GUTIERREZ, Alicia. Las practicas sociales: Una introducción a Pierre Bourdieu. Ferreyra Editor. 2005

El problema generado en este punto es que se considera que los valores expuestos por los discursos actuales no son consistentes con los valores de la Enfermería, refiriéndose específicamente al cuidado como valor. Nairn<sup>34</sup> considera que mientras en los procesos educativos se transmiten estos valores enmarcados en un paradigma del cuidado de la salud, los profesionales se mueven en escenarios más complejos en que los valores se encuentran dentro de paradigmas biomédicos, en los que el valor a perseguir es la sola ausencia de la enfermedad y por ende la practica responde a este llamado, en tanto que el cuidado queda solo como categoría conceptual.

El impacto e implicaciones del cambio de los valores sobre la práctica de enfermería ha sido estudiado desde varias miradas, una de las investigaciones más amplias al respecto es la de Chambers y Narayasami<sup>35</sup> en el 2007 y las realizadas por Chamber y Thomson<sup>36</sup> en el 2009. En estos estudios se concluye que, aunque la nueva cualificación de los staff de enfermería hace que se tenga una visión más holística del cuidado, este entra en oposición con el rol adaptado, entre lo público y los valores privados. Otro aspecto relevante en los estudios, es que el concepto de cuidado aunque es el centro de la teoría, este continua siendo controlado por los conceptos macroestructurales de la promoción de la salud dentro de la práctica y que este concepto está basado en un modelo biomédico oponiéndose a la teoría generada desde enfermería.

Es por esto que Maben<sup>37</sup> refiere que los habitus asumidos en la práctica de enfermería se convierten y se externalizan de diferente modo, por lo que el concepto aprendido no corresponde a la práctica y se considera como irrealista dentro de la misma. El Consejo

---

<sup>34</sup> NAIRN, Stuar et al. Reflexivity and habitus: opportunities and constraints on transformative learning. En: Nursing Philosophy Vol 13. 2012. Pag 189-201

<sup>35</sup> CHAMBERS, D et al. A discourse and Foucauldian analysis of nurse health beliefs: implications for nurse education. En: Nursing Education Today. Vol 28 No 2. 2007. Pag 155-162

<sup>36</sup> CHAMBERS, D et al. Empowerment and its application in health promotion in acute care settings: nurse perception. En: Journal of Advanced Nursing. Vol 65 No 1. 2009. Pag 130-138

<sup>37</sup> NAIRN, Stuar et al. Reflexivity and habitus: opportunities and constraints on transformative learning. En: Nursing Philosophy Vol 13. 2012. Pag 189-201

Internacional de Enfermería<sup>38</sup> en el 2008, consiente de este cambio de valores sugiere que las modificaciones de la práctica están influenciadas por la estado del rol y la facilidad para la producción en Enfermería, mas cuando se calcula que existen en el mundo 2.4 millones de Doctoras, Enfermeras y Parteras.

Aiken<sup>39</sup> establecen, que las enfermeras de acuerdo a su país poseen diferentes sistemas de cuidado, los cuales todos tienen como común denominador la calidad en el cuidado dentro de los hospitales. Pang<sup>40</sup> y Lucero<sup>41</sup> reportaron que las diferencias culturales cambian las percepciones que se tiene del rol y de las responsabilidades dentro del mismo y que las características de las estructuras sociales facilitan o entorpecen la práctica profesional.

Estudios realizados por Ives Erickson<sup>42</sup>, en los que se han validado escalas para determinar este aspecto en los niveles de liderazgo y autonomía en la práctica clínica, control sobre la práctica, comunicación sobre los pacientes, trabajo en equipo, solución de conflictos, motivación y sensibilidad cultural, se concluye que aunque los instrumentos describen en términos generales estos aspectos estructurales, las escalas de motivaciones y control sobre la práctica, han sido no significativas por lo que se sugiere realizar investigaciones cualitativas bajo un paradigma postmoderno, que den cuenta de estos dos aspectos en la práctica diaria.

---

<sup>38</sup> Consejo Internacional de Enfermería. Positive practice environments for health care professionals. Disponible en: [http://www.whpa.org/PPE\\_Fact\\_Health\\_Pro.pdf](http://www.whpa.org/PPE_Fact_Health_Pro.pdf)

<sup>39</sup> AIKEN, L et al. Transformative impact of magnet designation: England case study. En: Journal of Clinic Nursing. Vol 17. 2000. Pag 3330-3337

<sup>40</sup> PANG, S et al. A comparative study of Chinese, American and Japanese nurse perceptions of ethical role responsibilities. En: Nursing Etics. Vol 10. 2003. Pag 295-311

<sup>41</sup> LUCERO, R et al. Variations in nursing care quality across hospitals. En: Journal of Advaced Nursing. Vol 65. 2009. Pag 2299-2310.

<sup>42</sup> IVES ERICKSON, J et al. Psychometric evaluation of the Revised Professional Practice Envioirement Scale. En: The Journal of Nursing Administration. Vol 39. 2009. Pag 236-243

Existe una revisión sistemática<sup>43</sup> elaborada por el Joanna Brings Institute realizada en el 2006, cuyo objetivo era la identificación de variables y posibles efectos de los elementos de procesos, estructura y composición de los equipos de trabajo en enfermería, en el que se reporta la gran variedad de estos y de modelos de trabajo multidisciplinario y de cuidado que estos poseen. Uno de las conclusiones más importantes de este estudio, es que los equipos de trabajo deberían desarrollar e implementar políticas únicas, ya que cuando se labora en equipos multidisciplinarios especialmente los objetivos del cuidado se dispersan, por lo que hace necesario que Enfermería establezca parámetros unificados al respecto.

Sin embargo, se considera que este tipo de problemas se dan porque según Fealy<sup>44</sup>, la naturaleza de la práctica no solo requiere que los profesionales tomen decisiones para la acción sino que estos cuenten con elementos para actuar ante las contingencias, sin embargo este mismo autor sugiere que Enfermería como práctica social debe entender que el cuidado se hace realidad en un mundo social complejo y dinámico y que existe un amplio reconocimiento a tener en cuenta que una única perspectiva para su desarrollo epistemológico es insuficiente.

En este sentido, el mismo autor considera que se debe superar el ecléctismo que gira entorno de la práctica para poder trascender del aspecto netamente paradigmático hacia la construcción de explicaciones más complejas y de importancia epistemológica. De allí que la tendencia es a recabar en la evidencia presente en los discursos de las enfermeras y de los problemas inherentes a los contextos sociales, históricos y políticos desde el punto de vista de los mismos profesionales, el cual es la propuesta de la presente investigación.

---

<sup>43</sup> PEARSON, Alan. A comprehensive systematic review of evidence on the structure, process, characteristics and composition of a nursing team that fosters a healthy work environment. En: *Internacional Journal Evidence Based Healthcare*. Vol 4 No.118-159. 2006

<sup>44</sup> FEALY, Gerard. The theory-practice relationship in nursing: an exploration of contemporary discourse. En: *Journal of advanced nursing*. Vol 25. 1997. Pag 1061-1069

Se considera que los abordajes metodológicos para la exploración del mundo práctico deben apuntar a descubrir y realizar reflexiones sobre los problemas del día a día y que representan en parte un aval para la construcción de un paradigma critico-dialectico dentro de la Enfermería, basados en movimientos postmodernos y postindustriales para la explicación de las estructuras sociales alrededor de la práctica<sup>45</sup>.

En la actualidad, Sahn<sup>46</sup> considera que el saber que posee un profesional de enfermería, es caracterizado epistemológicamente como un conocimiento práctico, el cual se refiere no a los conocimientos teóricos o conceptuales sino que hace mención al cuerpo de convicciones y significados, consientes o inconscientes, que surgen de la experiencia. Es decir un conocimiento íntimo, tácito y que se manifiesta en acciones<sup>47</sup>.

Para Schon<sup>48</sup>, este conocimiento hace referencia a las experiencias, conocimientos y creencias que resultan útiles para la práctica y que van más allá de una visión estructural de toma de decisiones. Este autor considera que el elemento cognitivo es uno de los factores contextuales, personales y experienciales, por esto es el conocimiento que los profesionales tiene de las diversas y complejas situaciones y de los dilemas prácticos a los que se enfrenta y de cómo resolverlos, es el conocimiento empírico que más le aporta a la construcción de conocimiento alrededor de la práctica

Al respecto, se establece que este tipo de postura frene a la práctica parte de la enseñanza de la misma. Según Schon<sup>49</sup>, en algunos estudios realizados en Enfermería en esta área, se exponen críticas sobre que la educación se da a través de un proceso

---

<sup>45</sup> GIDDENS, Anthony. Social theory of modern societies. Cabridge University Press. 1994.

<sup>46</sup> SAHN, R. Reflective Practice: A critical analysis of datebased studies and implications for nursing education. En: Journal Nursing Education. Vol 42 No 11. 2003.

<sup>47</sup> MOYA, José. La Enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. En: Texto y contexto Enfermagem. Vol 15 No 2. Abril – Junio 2006. Pág. 303-311

<sup>48</sup> SCHON, D. The reflective practitioner: How professionals think in action. Temple Smith London. 1994

<sup>49</sup> SCHON, D. La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo desafío de la formación y el aprendizaje en las profesionales. Madrid: Paidós. 1992

de racionalidad técnica que ha dominado el mundo hegemónico de las ciencias de la salud y por ende la práctica y la formación de los profesionales. Sin embargo, esta no alcanza a explicar el proceso real de razonamiento práctico que los profesionales tienen, ya que la formación se ha fundamentado en resolver problemas instrumentales mediante la aplicación de conocimientos científicos y no alrededor de la reflexión sobre la práctica.

Según lo que se conoce sobre la ciencia de Enfermería, Moya<sup>50</sup> considera que se supone que el conocimiento debe contener el poder de solucionar los problemas cotidianos de la práctica a través de una función rigurosa de científicidad y de los principios que se aplican según las evidencias que se tienen al respecto. Pero cuando se empieza a analizar la práctica, se constata que hay zonas y momentos en ella, que se alejan de esa forma de entender la práctica, por lo que se considera que los profesionales no tienen una lógica instrumental de la racionalidad práctica.

Según Castrillón<sup>51</sup>, cuando se analiza a la Enfermería, la ubican como semi-profesión por su escasa elaboración conceptual y por la indefinición de su objeto de conocimiento, que tiene dificultades para demarcar su territorio profesional y por ende no puede demostrar exclusividad en su quehacer. Esto se convierte en problemático, según la autora en la medida que ni los profesionales de Enfermería tienen claridad sobre su objeto de trabajo ni mucho menos la sociedad ya que para alguno de estos su objeto es el cuidado directo al paciente, para otros es la supervención y otros consideran que es la planeación de dicho cuidado.

El Consejo Internacional de Enfermería<sup>52</sup>, al respecto considera que la ciencia tiene la responsabilidad de articular y difundir definiciones claras de las funciones que desempeña las enfermeras y el ámbito de la práctica. El consejo determina que el ámbito

---

<sup>50</sup> Op Cit Moya.

<sup>51</sup> CASTRILLON, María Consuelo. La dimensión social de la práctica de la Enfermería. Editorial Universidad de Antioquia. 1 edición. 1997.

<sup>52</sup> CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA. Declaración de posición: Ámbito de la práctica de Enfermería. Adoptada en 1998. Examinada y revisada en 2004. Consultada en: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

de la práctica no se limita a determinadas tareas, funciones o responsabilidades, sino que incluye la prestación de cuidados directos y evaluación de sus resultados, la defensa de los pacientes y de la salud, la supervisión y de la delegación entre otros. Este ámbito se define dentro de un marco legislativo reglamentario y transmite a los demás las funciones, competencias (conocimientos, capacidades y actitudes) y la responsabilidad del profesional de enfermería.

Sin embargo, Nelson<sup>53</sup> describe que el discurso de la profesión va dirigido hacia la adquisición de habilidades para realizar una práctica reflexiva y el contexto, como lo plantea el consejo, va encaminado hacia la adquisición de competencias; discursos que van en contravía razón por la cual la formulación de la práctica es considerada como romántica e idealista y generan en los profesionales conflictos éticos y pragmáticos.

Un elemento importante a tener en cuenta, es que dentro de las profesiones cuya función social es esencial es la práctica social en un grupo de personas, los efectos postmodernos de las corrientes neo-liberales en las actuaciones de las mismas han sido determinantes para el cambio y problemas dentro de la práctica social. Los pensamientos neoliberales introdujeron al mundo del trabajo un cambio hacia la competencia ocupacional, por lo que el concepto de colectivo o de comunidad, tuvo un cambio hacia la individuación de estos conceptos y por otro lado las acciones de generación de corresponsabilidad social de la salud se hace más evidente, por lo que este tipo de intervenciones son desarrolladas por equipos multidisciplinarios<sup>54</sup>.

En este sentido uno de los dilemas pragmáticos visibles en las ciencias de la salud en general, es la pérdida de roles en el trabajo interdisciplinario que tiene la práctica

---

<sup>53</sup> NELSON, S et al. Expertise or performance? Calling into question narrative use in nursing. En: *Journal of Advanced Nursing*. Vol 47 No.6

<sup>54</sup> COTTRELL, Leonard. Problems of collaboration between social scientist and practicing professions. En: *Annals of the American Academy of Political and Social Science*. Vol 314. 1995.



particularmente en el área de la salud pública. Según Cloyes<sup>55</sup>, estos son explicados por la ciencia política a través de tres formas: la primera, en la que se asocia la falta de conocimientos sobre las ciencias sociales con la no claridad sobre la actuación que debe tener un profesional de las ciencias de la salud en los problemas sociales; la segunda va ligada a la primera, ya que la tendencia entonces es asumir responsabilidades no adecuadas, por lo que se privilegia el nivel técnico y la tercera que se asocia con la incongruencia con su identidad profesional, que finalmente es percibido como una pérdida de este conocimiento para la práctica. Este último problema según el autor es el que se ha identificado con más frecuencia en la literatura en Enfermería.

Cockerham<sup>56</sup> considera que, un elemento que ha favorecido la necesidad del trabajo multidisciplinario, es la inclusión en el discurso de las ciencias de la salud del concepto de estilo de vida. En la revisión realizada por este autor y citando a Giddens<sup>57</sup>, afirma que este ha sido utilizado para satisfacer un fin utilitario y como material narrativo para la construcción de identidad en las profesiones, pero que este no necesariamente contribuye o está dirigido hacia la identidad social por lo que existe una desconexión entre la práctica individual y social en las profesiones.

Al existir dichas desconexión y problemas ya descritos en los ejercicios reflexivos de las prácticas sociales, estas no logran su objetivo final que es la movilización de recursos para generar cambios y transformaciones en la sociedad o el denominado concepto de Poder. Este ha sido estudiado durante la última década basada en la teoría de Foucault, en especial en unidades de cuidado intensivo y en el ejercicio de la partería, donde se ejerce uno de los mayores niveles de autonomía en el ejercicio profesional<sup>58</sup>. En estos se pueden identificar que bajo el concepto de poder, lo que se constituye en la práctica son

---

<sup>55</sup> CLOYES, Kristine. Rethinking Biopower: poshumanism, bare life and emancipatory work. En: *Advanced in Nursing Science*. Vol 35 No 3. 2010. Pág 234-243

<sup>56</sup> COCKERHAM, William. Health Lifestyle Theory and the convergence of agency and structure. En: *Journal of health and social behavior*. Vol 16 No 1. 2005. Pag 51-67

<sup>57</sup> GIDDENS, Anthony. *Modernity and self-identity: Self and Society in the late Modern Age*. Stanford University Press. 1991.

<sup>58</sup> GASTALDO, Denise et al. Foucault and nursing: a history of the present. En: *Nursing Inquiry*. Vol 6. 199. Pag 231-240

micropoderes dentro del mismo ya que solo es capaz movilizar reglas y recursos internos más no externos. En estos estudios, se concluye que es necesario seguir investigando sobre el tema desde una mirada que permita establecer cómo se constituye la práctica cotidiana en una relación poder/conocimiento y en diferentes niveles micro y macro.

Como parte de la preocupación por crear un marco para la práctica social de las profesiones y en especial de las ciencias de salud, en países como Inglaterra se han venido construyendo modelos conceptuales como el modelo de propósito social para Enfermería<sup>59</sup>, tomando como base algunos aspectos normativos y conceptos de modelos reflexivos, buscando aportar al entendimiento y explicación del mundo social que rodea la práctica.

Al respecto, la Organización Mundial de la salud<sup>60</sup>, considera que las enfermeras necesitan cierta formación profesional concreta y las herramientas que las preparen para el ejercicio profesional en general y sobretodo en el interdisciplinario, ya que considera que los profesionales de Enfermería todavía no tiene delimitadas sus propias áreas de actuación. Esta misma organización realizó una investigación en 1999<sup>61</sup> para identificar las funciones esenciales de Enfermería en salud pública, a partir de esta establecieron que los profesionales tienen dentro de las funciones esenciales varias categorías de actuación:

- Monitoreo de la situación sanitaria (morbilidad y mortalidad, factores determinantes de la salud, y eficiencia de las funciones de salud pública)
- Protección del medio ambiente (agua potable, calidad e inocuidad de los alimentos, dotación de drenajes, alcantarillado y eliminación de desechos, control de sustancias peligrosas)

---

<sup>59</sup> BALL, Elaine et al. A social Purpose model for nursing. En: Nursing Forum. Vol 46 No 3. Julio – Septiembre 2011.

<sup>60</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La Enfermería de Salud Publica y las funciones esenciales de salud pública: Bases para el ejercicio profesional en el siglo XXI. 2001

<sup>61</sup> GEBBIE, Kristine. The public health workforce: key to public health infrastructure. American Journal of Public Health 89:5 1999

- Promoción de la salud (participación de la comunidad en la salud, información y educación para la salud y mejoramiento de la calidad de vida)
- Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles (vacunación, control de epidemias, vigilancia de enfermedades)
- Legislación y regulación en salud pública
- Salud ocupacional
- Servicios de salud pública (salud escolar, servicios de emergencia en casos de desastres, servicios de laboratorio)
- Gestión en salud pública (política sanitaria, planificación y gestión, utilización de pruebas científicas, investigación, colaboración internacional)
- Atención sanitaria a las poblaciones vulnerables y de alto riesgo (atención de salud materna, planificación familiar, atención al niño y al recién nacido)

Si bien todos estos servicios son importantes para quienes los reciben, los servicios más cercanos a la base de la pirámide poblacional, tienen una mayor repercusión sobre un mayor número de personas y durante un período más largo que los servicios a nivel secundario o terciario. Este nivel de servicios abarca las medidas destinadas a prevenir las enfermedades (por ejemplo, vacunación) y las que procuran lograr la detección temprana (por ejemplo, tamizajes para hipertensión arterial o visual)<sup>62</sup>.

Un estudio realizado por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Columbia<sup>63</sup> para determinar la fuerza laboral y actividades de los profesionales de enfermería que laboran en unidades de primer nivel de atención, determinó que estos puede manejar muchos de los servicios cotidianos de salud pública y dar una respuesta de primera línea en caso de un desastre natural o una epidemia. Estas sin embargo, no pueden profundizar en ciertos problemas ya que sus múltiples funciones diarias lo impiden, por ejemplo una enfermera puede en el curso de unos pocos días, pasar de supervisar y dirigir el programa de vacunación al programa de educación prenatal, a la supervisión del tratamiento antituberculoso, a labores de consejo y pruebas relacionadas con el VIH, además de

---

<sup>62</sup> GEBBIE, K.M. and I. Hwang. 2000. Preparing currently employed public health nurses for changes in the health system. *American Journal of Public Health* 90:5 (716-21).

<sup>63</sup> LAND, S. 1998 Community nursing in Latin America and the Caribbean. *Home Health Care Management and Practice* 11(1): (1-9)

interpretar el resumen mensual de las estadísticas vitales /enfermedades de notificación obligatoria para el estado, etc.

Por lo que la Organización Panamericana de la Salud<sup>64</sup> considera que la existencia de unidades de Enfermería separadas están cayendo en desuso, debido a que los organismos interesados en resultados programáticos asignan particular importancia a las áreas temáticas, como la salud materno infantil que requieren de un abordaje más complejo e interdisciplinario. Por ejemplo la organización ha determinado que los cargos de Enfermería en estas áreas se están eliminando de los presupuestos y aunque la investigación ha revelado que las enfermeras son eficaces en el trabajo con madres adolescentes, ancianos y otros, la contribución de la enfermería generalista dentro de las áreas programáticas no se ha descrito adecuadamente a los gerentes de programas o estos no la han comprendido.

Esto quizás se deba a que los indicadores establecidos actualmente para la medición del desempeño no captan la contribución de la enfermería y aporta a su vez en la confusión de los profesionales al entender que quizá entonces esta no sea una función esencial dentro de su quehacer.

Si bien es cierto, según Land<sup>65</sup> los profesionales de Enfermería tal vez tengan menos distancia social con respecto a sus clientes que los médicos u otras autoridades, posean una mayor capacidad para comunicarse y entender los aspectos culturales, lo que les permite tanto la prestación de servicios de salud individuales como la capacidad para ejercer las funciones de salud pública, este autor afirma que estas capacidades han resultado particularmente difíciles de explicar y especificar, lo que hace que la contribución de la enfermería a la salud, a la asistencia sanitaria y al ámbito de los servicios esenciales de salud pública, sea difícil de determinar por la naturaleza integrada de las contribuciones, lo que lleva directamente al debate sobre los puntos de

---

<sup>64</sup> Organización Mundial de la Salud. Los objetivos del desarrollo del milenio en México. Informe de avance 2005 y Panorama de la fuerza de trabajo en Enfermería en América Latina. Reyna Matus Miranda. 2007

<sup>65</sup> Land, S. 1998 Community nursing in Latin America and the Caribbean. Home Health Care Management and Practice 11(1): (1-9)

conclusiones y lineamientos para el futuro contacto entre las actividades individuales y las dirigidas a la población en la esfera de los niveles primarios de atención en Enfermería.

Para la Organización Mundial de la Salud<sup>66</sup>, es evidente que la función de la enfermera supone un proceso continuo, donde los servicios de salud individuales proporcionan el contacto necesario para la evaluación y el establecimiento de la confianza, por lo que las acciones desarrolladas en los servicios de salud individuales de atención curativa ha opacado las funciones de salud pública en todos los Sistemas de Salud del mundo. Para esta organización, la situación de la práctica responde a las necesidades y cambios propios de los sistemas de salud en el mundo y en general a la práctica de enfermería la han afectado alteraciones en la composición de la fuerza de trabajo, los mecanismos de reembolso, las restricciones en la provisión de servicios de salud, los cambios en la estructura organizada y las características de la población atendida. En consecuencia los enfermeros y enfermeras deben producir más en menos tiempo, con escaso personal y con restricciones en equipos, materiales y servicios.

En la actualidad, en Colombia la situación de la práctica profesional ha sido descrita en el estudio realizado por el Centro de Investigación y Desarrollo de la Universidad Javeriana para el Ministerio de Protección Social, sobre balance, competencias y prospectiva de los recursos humanos en salud en el país, en que se analiza las competencias por unidades de prestación de servicios y por profesión<sup>67</sup>.

En dicho estudio se resalta que los profesionales de Enfermería cumplen con funciones en el diagnóstico y tratamiento, las cuales concentran el mayor número de actividades

---

<sup>66</sup> GUEVARA, E et al. Un estudio de tendencias de cuidado de la salud y su influencia en la práctica de Enfermería. Análisis comparativo de cinco países: Argentina, Brasil, Colombia, México y Estados Unidos. En: Memorias de las ponencias centrales y paneles del VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Bogotá Acofaen – OPS- Universidad de Texas – Universidad de California. 2001. Pag: 80-85

<sup>67</sup> CENTRO DE PROYECTOS PARA EL DESARROLLO- CENDEX. Los Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, Competencias y Prospectiva. 2002.

unidas con las de coordinación de pacientes. En este mismo se evidencia que además se cuentan cuatro subfunciones críticas: apoyo administrativo, formulación, diseño y programación de servicios, selección y reclutamiento de personal y participación en controles interno y externo. Sin embargo la mayoría de estas subfunciones se realizan en equipos multidisciplinarios. La frecuencia con la que se realizan las actividades es concomitante con el número de tareas realizadas en cada subfunción analizada y depende de cada organización.

El estudio permite observar las funciones realizadas por los profesionales en cada uno de los niveles de atención es así como en los segundos niveles de mediana complejidad, en cuanto a la frecuencia de las tareas en este caso, la participación en tareas de apoyo a las actividades de diagnóstico y tratamiento es 30% menor dado que la función está dirigida al manejo de materiales y suministros.

En contraposición, en los primeros niveles de atención y de baja complejidad, se establece que quien ejecuta el mayor número de tareas de diagnóstico y tratamiento entre todas las disciplinas estudiadas, son los profesionales de Enfermería y esta distribución se aumenta cuando es un primer nivel ubicado en una ciudad metropoli, donde el tiempo empleado en actividades de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad se concentra los profesionales de medicina y Enfermería, este último con una dedicación más del 50% de su tiempo laboral. Así mismo, se dan participaciones importantes en subfunciones administrativas no relacionadas con la prestación de servicios, tales como educación en salud, manejo de recursos humanos, mercadeo y evaluación de programas de servicios, lo que para el estudio ilustra la importancia estratégica del papel del enfermero o enfermera dentro de las profesiones de la salud, particularmente en la prestación de servicios en estas unidades de atención.

En relación con el número de tareas de subfunción se encuentra que la labores de apoyo administrativo, las tareas de programación de servicios, inventario y mantenimiento vitales son asignadas a enfermeros profesionales. Sin embargo frente a la administración

---

como tal de los recursos en contraste con las instituciones de este mismo nivel pero de pequeñas ciudades donde la administración también está a cargo de los profesionales, en las grandes metrópolis aparecen disciplinas no clínicas como administradores o economistas.

Es interesante que al referirse a las actividades que cumplen los auxiliares de enfermería, se evidencia que estos cumplen con funciones de manera paralela con los profesionales como prestación de servicios, administración de los entes territoriales y aseguramiento de la población. El estudio remite que en el caso de prestación de servicios, el mayor peso lo posee el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, aunque también figuran la coordinación de pacientes y tareas, tales como manejo e inventario de suministros y registros vitales y entre las actividades de aseguramiento se destaca la inspección y verificación, junto con la ejecución de proyectos y la focalización de la población.

En este punto se puede evidenciar que si no se hiciera la especificación por áreas, las mismas actividades que se reportan como funciones y subfunciones de los profesionales son las de los auxiliares de Enfermería por lo que evidentemente existe dificultades en la claridad sobre cuáles son las funciones que debería tener un profesional de Enfermería.

Frente a este fenómeno identificado en el país desde hace varias décadas, Castrillón<sup>68</sup> plantea que es necesario asumir críticamente la imagen ideológica que se ha establecido en Enfermería y se debe cuestionar la validez y el significado de la imagen construida a partir de las ideas de la disciplina, dado que no hacerlo implica la réplica de los problemas de sumisión y falta de construcción de discursos propios, situación que según la autora se da por varios factores: el desconocimiento de la historia de la profesión, la falta de reconocimiento de su campo discursivo, es decir del conjunto orgánico y

---

<sup>68</sup> CASTRILLON, María Consuelo. La dimensión social de la práctica de la Enfermería. Editorial Universidad de Antioquia. 1 edición. 1997.

suficiente de proposiciones que le permitiría dar respuestas propias, los frecuentes cambios de perfiles profesionales por demandas institucionales, el alto grado de desorganización gremial y la poca evidencia propia de enfermería en varias áreas del conocimiento.

Por esta razón, se propone la creación de un nuevo paradigma de investigación práctica que sugiere un potencial importante para resaltar el rol de la enfermería. La extensión de esta iniciativa demanda un cambio en la creación de elementos que permitan desarrollar en los profesionales de enfermería, la capacidad hacia el cuidado de la salud<sup>69</sup>.

Robinson y Hill<sup>70</sup> argumentan que es la orientación individualista del cuidado el mayor obstáculo para que la práctica de enfermería tenga un mayor impacto. En congruencia, se describe que el nuevo paradigma en enfermería debe ser una aproximación holística con una orientación política del empoderamiento. MacDonald<sup>71</sup> argumenta que los profesionales de la salud, en general, en lo que tiene que ver con su promoción, no se empoderan de sus clientes por su posición de autoridad, lo que los lleva a perder el control de las actividades y por su parte la Enfermería no ha demostrado el cambio del paradigma tradicional de medicina hacia el nuevo paradigma holístico desde la perspectiva de Enfermería.

Al respecto, las investigaciones en la salud colectiva han contribuido al conocimiento de la práctica de enfermería, ya que estas han demostrado que el ejercicio tradicional se sigue realizando bajo el saber tecnológico y no bajo la postura del cuidado. Se parte de la premisa de que las prácticas de la salud determinan unos elementos cotidianos, en las que la enfermería aún se comporta de manera neutra, realizando una serie de acciones sin determinar su foco central ni el impacto que desea generar. De esta manera, se

---

<sup>69</sup> WHITLOCK, E, *et al.* Evaluation primary care behavioral counseling interventions: An evidenced-based approach. *En*: American Journal of preventive medicine. 2002, vol. 22, p. 267-284.

<sup>70</sup> ROBINSON, S. The health promotion nurse. *En*: Journal of clinical nursing. 1997, vol. 7, p. 232-238.

<sup>71</sup> MC-DONALD, T. Rethinking health promotion: a global promotion. London: Routledge, 1998.



resalta la importancia de que la enfermería remita al encuentro interdisciplinario su conocimiento y se asuma como núcleo de competencia y responsabilidad el cuidado, visto como elemento que aporte al conocimiento de las subjetividades individuales y colectivas<sup>72</sup>.

Almeida<sup>73</sup>, considera que si la enfermera acoge el cuidado como núcleo de competencia, tendría la fuerza para transitar dentro del terreno de la interdisciplinariedad con potencia, definiendo claramente su objeto de cuidado y estableciendo los canales de interlocución más efectivos para lograr un proceso de cambio de la realidad, que contribuya a la construcción de un saber interdisciplinario, apuntándole a la transformación del rol y la praxis de la enfermería.

Al respecto, Graney<sup>74</sup> consideran que las enfermeras tienen un énfasis en el desarrollo de la actividad, pero no en la iniciativa y en la evaluación, y que la práctica se encuentra en un estado de orientación individual en el que no se reconoce la importancia de las actividades orientadas a la comunidad. Laffrey<sup>75</sup> expone que las estrategias utilizadas por las enfermeras requieren de un ajuste para demostrar que existe otra vía de intervención que podría ser más útil y productiva para el cuidado de la salud y finalmente, Whitelaw<sup>76</sup> sugiere que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad no deben sólo constituirse solo en la capacidad para desarrollar actividades según una agenda política, sino que deben traer una reforma de esta en la que se reafirme el rol y se reevalúe el activismo que hace la profesión en estas áreas. Esta necesidad surge de dar un paso hacia determinar los límites del rol tradicional para adoptar un rol de enfermería por

---

<sup>72</sup> ALMEIDA, F. Contribuição ao estudo da prática de enfermagem. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999.

<sup>73</sup> ALMEIDA, *et al.* A pesquisa em enfermagem fundamenta no processo de trabalho: Em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999.

<sup>74</sup> GRANNEY, A. Effectiveness and community empowerment. *En: Public health in policy and practice.* 1998, no. 3, p. 164-187.

<sup>75</sup> LEFRAY, *et al.* *En: LAFRONIS, David.* Comparison of the original and revised structures of the health promotion model in predicting construction workers' use of hearing protection. *En: Research in nursing & health.* 2006, vol 29, no 1, p 3-17.

<sup>76</sup> WHITELAW, *et al.* The health promotion role of pre-registration student cohort in UK: a grounded theory study. *En: Nurse education in practice.* 2003, vol. 2, p. 197-207.

medio de la investigación de las experiencias de cuidado de las enfermeras profesionales en la práctica.

Con los elementos anteriormente expuestos, El presente estudio pretende entonces conocer como es la práctica social en el marco del ejercicio liberal de la enfermería en unidades de primer nivel de atención, para tener una visión real y concreta de cómo es la práctica Enfermería, según las políticas actuales de salud, para poder responder a estas necesidades de conocimiento y a la urgencia de contribuir a esos ejercicios reflexivos sobre la práctica que se han generado en todo el mundo y que en el país no se han evidenciado hasta el momento.

A partir de los vacíos y de las necesidades del conocimiento que se han podido identificar dentro del planteamiento del problema, en relación con la práctica de Enfermería, surge la necesidad en nuestro contexto de una exploración a profundidad de las experiencias de la práctica social de la enfermería, que permita tener elementos para reevaluar, reafirmar o redimensionar la misma, logrando una aproximación mas vivencial que permite tener un andamiaje para la redefinición de la función social de las acciones de la profesión de Enfermería.

## 1.1. Pregunta de Investigación

¿Cuál es la práctica social en Enfermería en la ciudad de Bogotá D.C? a la luz de la teoría de la estructuración de Anthony Giddens.

## 2. Objetivos de la Investigación

### 2.1 Objetivo general

Analizar la práctica social en Enfermería en la ciudad Bogotá D.C, a la luz de la teoría de la estructuración de Anthony Giddens.

### 2.2 Objetivos específicos

- Identificar cual es la práctica social en Enfermería la ciudad de Bogotá D.C.
- Describir los niveles microsociales en los aspectos de acciones, motivaciones y razones de la práctica social en Enfermería en Bogotá D.C
- Describir los niveles macrosociales en los aspectos de reglas, recursos, ordenes institucionales y sistemas sociales, de la práctica social en Enfermería de Bogotá D.C



### 3. Escenario del Estudio: Contexto de la práctica de Enfermería

El presente capítulo pretende realizar una descripción de los determinantes políticos y sociales en donde se producen y reproducen la práctica de Enfermería, enmarcado dentro del sistema de salud actual que rige la realidad del desarrollo de la ciencias de la salud en general.

El deseo por alcanzar la salud para todos, el bienestar y calidad de vida, ha sido el anhelo de todos los países cuyas políticas y estrategias se han volcado a dar cumplimiento a este anhelo. El cuidado de la salud sitúa a la persona en el centro de la acción y se convierte en una obligación moral de los profesionales de la salud. Por lo tanto, el cuidado de la salud es la base de todo sistema sanitario; se brinda al ser humano, a su bienestar y a la preservación de su dignidad. En él se reconoce a la persona humana como un ser digno y un ciudadano sujeto de derechos.

Como punto de partida la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>77</sup>, desde 1955, posee estrategias para combatir las enfermedades específicas y problemas concretos a lo que se ha denominado estrategias verticales, con las cuales se han obtenido resultados tangibles pero poco duraderos pero sin mayores efectos en el impacto social.

---

<sup>77</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El ejercicio de la Enfermería. Informe Comité de expertos. Ginebra, 1996, p.15.

En Colombia, estas estrategias fueron adoptadas como prioridad desde el Plan de Desarrollo Nacional 1983-1986, del gobierno Betancur 'Hacia la equidad en salud', cuyo objetivo fue "modificar el nivel de estructura de la morbilidad y mortalidad de la población del país, con énfasis en los grupos más vulnerables, para obtener su mayor bienestar, mediante acciones concertadas sobre los factores condicionantes especialmente críticos, de tipo socio-cultural, de comportamiento de la población, del medio ambiente y de oferta y funcionamiento de los Servicios de Salud...". Este Plan dio especial prioridad a la atención primaria, entendida como el conjunto de acciones, tanto a las personas como al medio ambiente, tendientes a satisfacer las necesidades básicas de la comunidad, en relación con la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades más frecuentes y la prestación de servicios mínimos de recuperación y rehabilitación<sup>78</sup>.

Posteriormente, este ideal tomó fuerza con la declaración constitucional de la salud como derecho fundamental para todos los ciudadanos colombianos, en el Artículo 49 Constitución Política Nacional. Con el cambio en el sistema de salud que se dio a partir de la Ley 100 de 1991, se reglamentaron actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en un sistema de aseguramiento, incluidas algunas actividades estratégicas y focalizadas, de atención primaria en salud.

Con esta Ley, se pretendió desarrollar potencialidades, conciliar intereses diversos y gestar la voluntad y el compromiso de una colectividad, para movilizarse y destinar recursos en función de dos propósitos: forjar los medios y condiciones que permitieran a los ciudadanos ejercer mayor control sobre sus procesos de salud y eliminar las diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades para acceder al bienestar en general<sup>79</sup>.

---

<sup>78</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. OMS. OPS. Colombia: Diagnóstico de salud, políticas y estrategias. Bogotá D.C. 1984.

<sup>79</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública. 2001.

El cuidado de la salud, en este escenario, se desarrolla en el marco del derecho a la salud como derecho humano fundamental, inherente a la persona que busca el bienestar físico, mental y social del ser humano y supone un conjunto de obligaciones para el Estado. Al igual que en el estado, en la profesión de Enfermería se han establecido parámetros normativos que sustentan y reafirman esta concepción.

Según lo establece el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería para la profesión: “Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto” y por su parte la Ley 266 de 1996, en el artículo segundo contempla que: “La práctica de enfermería se fundamenta en general en los principios éticos y morales y en el respeto de los Derechos Humanos”, y en el artículo 20: “Velar porque se brinde atención profesional de enfermería de calidad, a todas las personas comunidades sin distinción de clase social o económica, etnia, edad, sexo, religión, área geográfica u otra condición”.

A su vez la Ley 911 de 2004, en su artículo noveno contempla que: “Es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica” y que la: “La práctica de enfermería se fundamenta en general en los principios éticos y morales y en el respeto de los Derechos Humanos”, y en su artículo 20: “Velar porque se brinde atención profesional de enfermería de calidad, a todas las personas”.

La garantía de los derechos, y el cuidado de la salud como uno de estos se hace en la realidad de un contexto y en unas perspectivas de los sistemas de salud en general que han sufrido cambios drásticos durante los últimos años. Según Berman<sup>80</sup>, durante la

---

<sup>80</sup> BERMAN, Peter. Health sector reform: Making health development sustainable. En: Health sector reform in developing countries. Peter Berman. Cambridge. Harvard University Press.1995.

década de los sesenta surgieron nuevas preocupaciones e intentos de responder a la concepción puramente médica del sector, por lo que las respuestas tenían una tendencia a crear y consolidar organizaciones grandes y complejas para financiar y proveer servicios de salud. Mediante ellas se perseguía mejorar la formulación de las políticas, los procedimientos para la toma de decisiones y la asignación de recursos. Este enfoque evidenció una serie de problemas al revelarse la rigidez y la complejidad burocrática, más aún que durante estos mismos años se empieza la aplicación de la teoría económica al problema de la salud en sí misma y de los servicios de salud.

Esta crisis se evidencia durante la década de los setenta, llevando a la necesidad de nuevas formulaciones de política que cristalizaron en varios documentos, como el Informe Lalonde, la Resolución de la salud para Todos en 1977, la Declaración de Alma Atá de 1978 y los escritos de Henrik Blum – Planning of Health en 1971. La esencia de esta nueva postura fue el reconocimiento de la necesidad de un enfoque intersectorial de los problemas en salud y de nuevas formas de comprometer a los individuos y a sus comunidades en la promoción, protección y restauración de su propia salud.

El logro fundamental de los progresos conceptuales mencionados, fue poner en evidencia que no se puede equiparar la salud y la atención de la salud, con la atención médica y los servicios hospitalarios. Dicha ganancia conceptual empezó a no verse tan clara durante los años ochenta, en donde el dominio creciente de la política económica sobre la política social y algunas de sus consecuencias, como la contención del gasto público, la reducción impuestos y la promoción de la responsabilidad de los individuos como factor determinante de su bienestar, llevaron a formulaciones y a la aplicación de la teoría y análisis económicos a los servicios personales de salud y en forma específica a la atención médica.

Estas teorías tuvieron una clara influencia sobre las políticas de salud, cuyas formulaciones se orientaron a enfrentar problemas muy concretos. En los países desarrollados fueron el control de los costos de los servicios de salud y la insatisfacción



de los usuarios respecto a tales servicios. Por su parte los países en desarrollo los problemas se centraron y continúan su desarrollo, en la superación de condiciones inaceptables de salud de grupos mayoritarios de la población y el uso eficiente y eficaz de recursos limitados<sup>81</sup>.

Esta situación según Titelman<sup>82</sup>, ha llevado a la creación de un movimiento reformista de carácter universal y que obedece a un paradigma surgido del análisis de los servicios de salud en los países en desarrollo. Según Chernichovsky<sup>83</sup> dentro de las reformas en general hay comprometidas tres funciones sistémicas: la primera es la financiación de los servicios, la segunda la organización y manejo del consumo de los servicios y la tercera la prestación en si misma del servicio. Según el autor, las reformas buscan combinar las ventajas de los sistemas públicos, como el acceso universal a un conjunto básico de prestaciones de salud y un control efectivo del gasto, con las ventajas de sistemas descentralizados, generalmente de naturaleza privada como la satisfacción del usuario y producción eficiente de servicios.

El sistema de salud colombiana, no ha sido ajeno a este movimiento por lo que la Ley 100 de 1993, la cual rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ha sido objeto hasta la fecha de dos reformas, la Ley 1122 del 2007 y la ley 1438 del 2011, las cuales han sido orientadas hacia encontrar un equilibrio dentro del mismo y la unificación de estas ventajas.

Este cambio hace que la asignación de uno de los recursos más importantes dentro del sistema, como lo es el recurso humano, haya dado un giro hacia la necesidad igualmente del mercado y deba responder a la dinámica de demanda y oferta. Dentro del sistema

---

<sup>81</sup> KATZ, Jorge. Reforma del sector salud, satisfacción del consumidos y contención de costos. Serie Políticas Sociales No.12. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. Santiago de Chile. 1995

<sup>82</sup> Ibid.

<sup>83</sup> CHERNICHOVSKY, Dov. What can developing economies learn from health system reforms of developed economies? Or is there some optimal path for health system development?. En: Health sector reform in developing countries. Peter Berman. Cambridge. Harvard University Press.1995.

colombiano, la organización de los servicios a partir de la Ley 100 de 1993, se da a través de las empresas promotoras de salud, quienes son las encargadas de administrar y organizar los recursos del sector, por lo que son los que marcan la pauta de la prestación y del pago de los servicios de los profesionales que lo prestan.

En ese orden de ideas, la prestación está a cargo de instituciones prestadoras de salud. Estas instituciones y los profesionales que allí laboran, tienen autonomía administrativa, técnica y financiera, sin embargo tienen prohibido hacer cualquier tipo de acuerdo que impida la libre competencia. Las instituciones públicas de prestación de servicios de salud, se convirtieron en empresas sociales del estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada y en materia contractual, las personas vinculadas a ellas tienen un carácter de empleados públicos y adoptan un régimen de prestación basado en un sistema de prestación de servicios.

Al conservar su carácter público realizan procesos contractuales con las entidades territoriales, por lo que en su mayoría ejecutan presupuestos de transferencias del estado y por ende se someten a las directrices y demandas normativas de la nación, en cuanto a ejecución de programas y manejo administrativo y financiero del sistema.

Estas demandas normativas que tienen que cumplir las instituciones prestadoras de servicios (IPS), se dan a partir del nivel de complejidad de la atención que habiliten y acrediten, es decir de su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar. Según un estudio del Ministerio de la Protección Social, de las IPS que reportan al sistema, el 84,3% corresponden al primer nivel de atención, el 13,4% al segundo nivel y el 2,3% al tercer nivel de atención según sus características.

El primer nivel de atención corresponde a una atención de baja complejidad, es decir en su mayoría se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y

prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos.

Dado su carácter de prestación de servicios, las unidades de primer nivel de atención como lo demostró el estudio de Cendex<sup>84</sup>, la mayor labor tanto asistencial como administrativa, la realiza el personal de Enfermería tanto auxiliar como profesional. Esto se debe, a que las instituciones prestadoras de primer nivel deben ejecutar los programas de atención, contemplados en la Resolución 412 del Ministerio de la Protección Social, por la que se establece las actividades, procedimientos e intervenciones a través de las guías para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención a las enfermedades de interés en salud pública.

En estas guías se contempla que, para la habilitación, es decir para demostrar que se tiene la capacidad para la prestación del servicio, se debe contar con una enfermera profesional y una auxiliar de enfermería quienes deben estar encargadas de la ejecución de la mayoría de programas, contemplados en la norma. Además, las instituciones prestadoras de salud en especial las empresas sociales del estado, contratan y ejecutan los proyectos de salud pública de los planes de intervenciones colectivas con las entidades territoriales, los cuales en su mayoría son complementarios a la norma y por ende el profesional más idóneo para su ejecución son los profesionales de enfermería.

Sin embargo, y dado la complejidad y la cantidad de actividades que se deben realizar, según Chernichovsky<sup>85</sup> esto ha generado dos problemas básicos: el primero es dado que, esta ejecución hace que las instituciones tengan una organización compleja, por lo que se dificulta reconocer y establecer en ellos los centros de toma de decisiones y

---

<sup>84</sup> CENTRO DE PROYECTOS PARA EL DESARROLLO- CENDEX. Los Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, Competencias y Prospectiva. 2007

<sup>85</sup> CHERNICHOVSKY, Dov. What can developing economies learn from health system reforms of developed economies? Or is there some optimal path for health system development?. En: Health sector reform in developing countries. Peter Berman. Cambridge. Harvard University Press.1995.

sus reales motivaciones. Esta situación se ve reflejada en una tendencia al conflicto entre el personal clínico y los administradores, por la forma en la que cada uno responde a los incentivos de la competencia y la toma de decisiones final sobre la atención.

Y el segundo problema, según el autor son los mecanismos de contratación de servicios del recurso humano, ya que en pro de mejorar la eficiencia y la productividad, se realiza por órdenes de prestación de servicios, de corto plazo o por producto. Esto favorece, según las instituciones y los estándares financieros y gerenciales, tener personas que produzcan más y que desarrollen los programas por un corto tiempo o por el tiempo de la contratación del plan, por lo que los periodos de contratación son a tres, seis o un año en su mayoría y solo se cuenta con, dependiendo de la institución, máximo 3 enfermeras profesionales de planta, quienes mantienen el continuo en la prestación del servicio sobretodo de las áreas de partos, urgencias y hospitalización.

Específicamente en la ciudad de Bogotá, distrito capital y la ciudad con la red de prestación de servicios más grande del país, se cuenta con 15 empresas sociales del estado de primer nivel, en las cuales la secretaría de salud distrital, hasta el momento no tiene un dato exacto de cuantos profesionales de enfermería están laborando dentro en cada uno de estos, ni la distribución por actividades. Sin embargo, la información que se conoce hasta el momento fue la reportada por el estudio que se ha venido nombrado en el presente documento elaborado por el centro para el Desarrollo de Proyectos – Cendex para el Ministerio de la Protección Social en el 2007<sup>86</sup>, donde un conglomerado de análisis fueron las metrópolis en las que se incluyeron las ciudades de Bogotá, Medellín y Barranquilla.

Un aspecto diferenciador que tiene la ciudad, es la implementación de un modelo estratégico de atención primaria en salud, el cual se denominó en su creación en el 2007

---

<sup>86</sup> CENTRO DE PROYECTOS PARA EL DESARROLLO- CENDEX. Los Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, Competencias y Prospectiva. 2007

como Salud a su Hogar, luego como Salud a su Casa en el 2009, y luego sus acciones fueron contenidas en los ámbitos familiares desde el 2010<sup>87</sup> hasta la fecha. Los principios principales del programa son:

- Accesibilidad, tanto geográfica como económica, cultural y organizacional, a los medios y servicios de salud, según la necesidad de las familias, grupos sociales y comunidades.
- Integralidad de las personas, las necesidades y los procesos de atención, pues la vida, la enfermedad y la muerte, ocurren en la cotidianidad y no en las partes de los procesos administrativos.
- Continuidad, en la medida en que las soluciones a los problemas de salud requieren seguimiento y permanencia hasta su superación completa.
- Longitudinalidad de la atención, entendida como la permanencia en el tiempo de la relación entre los equipos de atención, las personas y las comunidades, para garantizar la resolución de los problemas y una mejor calidad de vida;
- Corresponsabilidad social, en la medida en que los resultados en salud son productos sociales y no solamente derivados de la acción estatal.

Este modelo tiene como finalidad, aumentar la cobertura de los programas en general y disminuir las brechas de inequidad en salud presentes en la ciudad. Al inicio del modelo se constituyeron equipos básicos de trabajo extramural conformados por un médico, una enfermera profesional y dos auxiliares de enfermería, sin embargo y según las evaluaciones realizadas durante todo el periodo de ejecución del modelo, los equipos no

---

<sup>87</sup>

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ D.C. Salud a su Hogar. Un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Bogotá D.C, 2004.

han sido viables en la mayoría de instituciones por el gasto y costo que este representa y por las barreras de acceso que presenta en sí mismo el sistema de salud en general<sup>88</sup>.

De esta forma los profesionales de Enfermería que antes hacían parte de los equipos, pasaron a realizar junto con esta labor, actividades dentro de los demás programas en las instituciones, según fueran las necesidades de cada unidad.

Como lo plantea la Organización Panamericana de la Salud<sup>89</sup>, la fuerza laboral de enfermería sigue siendo relevante para la ejecución de la mayoría de los programas en salud y sus actividades son tan amplias como inespecíficas, aspecto que se ve claramente evidenciado en el contexto tanto nacional como local, de allí que el escenario del estudio posee elementos fundamentales tanto micro como macro sociales que permite entender, los aspectos esenciales que configuran, determinan y delimitan la práctica social de Enfermería.

---

<sup>88</sup> [http://www.asivamosensalud.org/descargas/estrategia\\_%20salud\\_a\\_su\\_casa\\_metas\\_retos.pdf](http://www.asivamosensalud.org/descargas/estrategia_%20salud_a_su_casa_metas_retos.pdf)

<sup>89</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El ejercicio de la Enfermería. Informe Comité de expertos. Ginebra, 1996, p.15.

## 4. Referentes Conceptual y Teórico

Los planteamientos teóricos y conceptuales acerca de la práctica social, han sido planteados desde los griegos hasta los movimientos postmodernos actuales. Sin embargo y en particular con el concepto y los elementos constitutivos de este, se puede observar una evolución continua, ya que cada de los pensadores han recogido elementos de la postura anterior, por lo que uno es complementario del otro.

Es por esta razón que, a continuación, se realiza una revisión de los principales elementos que han determinado y constituido, lo que se considera hasta hoy, la teoría postmoderna de la práctica, la teoría de la Estructuración de Anthony Giddens.

### 4.1 Referentes Conceptuales de la Práctica Social

#### 4.1.1 Frónesis: Aristóteles

La *virtud* es aquello que es preferible por sí mismo, es la “facultad de hacer muchos y grandes bienes y de todas clases y respecto de todos”, para Aristóteles implica aquella condición humana de hablar siempre motivado por el bien y no motivado por la maldad. La virtud se relaciona con el concepto de felicidad y placer como un tipo de actividad relacionada con el honor público y por esto se mueve dentro de la esfera de la actividad y del sentimiento. “Una virtud es una tendencia a dominar cierta clase de sentimiento y actuar rectamente en cierta clase de situación”.

Para Aristóteles, la virtudes se clasifican en dos grandes grupos. Uno corresponde a las virtudes intelectuales, también llamadas dianoéticas, pues en griego *dianoia* es el

vocablo que designa “pensamiento”, “mente” y el otro a las morales o del carácter (*ethiké*).

Las virtudes morales son hijas “de los buenos hábitos”. El hombre tiene una predisposición para poseer la virtud moral, pero con la condición de que se perfeccione por medio del hábito, de la práctica. La justicia, la templanza y la valentía son virtudes éticas. Estas virtudes, las adquirimos desde el comienzo por medio del ejercicio, como ocurre igualmente en las diferentes artes y en los diversos oficios. Lo que se realiza luego de un estudio previo, se aprende por la práctica; por ejemplo, según Aristóteles, construyendo se hace “uno arquitecto”, y tocando la cítara, se viene a ser citarista.

La noción griega de hábito moral involucra una orientación de la persona hacia el bien de forma consistente. La virtud es el hábito de una escogencia adecuada, ya que mediante la *proairesis* (elección responsable o intención) el ser humano ha de decidirse ante las alternativas de acción aportadas por el contexto y la persona que posee virtudes se interroga sobre cómo debe actuar en determinado escenario.

Para Aristóteles las virtudes no se invocan, se practican y su posesión incluye un hábito permanente, una predisposición que involucra tanto el sentimiento como la acción y conlleva a un equilibrio entre el exceso y la carencia. Las virtudes éticas “son virtudes del individuo, actúan desde él y se identifican con él. Pero los límites de su ejercicio han sido marcados en el contraste con lo otro, que se presenta como espacio de la *polis*.”<sup>90</sup>.

Entre las virtudes éticas más apreciadas están la justicia, la valentía, la liberalidad relacionada con la riqueza, la magnanimidad, la magnificencia. Ellas marcan los discursos sociales, muestran la honorabilidad de los comunicadores cuando el bien y lo conveniente se calibran y se sobreponen a intereses individuales o de pequeños grupos que controlan la información.

---

<sup>90</sup> Ibid., p. 168



Las virtudes intelectuales, acompañadas del *logos*, están unidas a la inteligencia y a la sabiduría. Apuntan a la realización de la verdad y del conocimiento y caracterizan al hombre que infiere y razona a partir de unas reglas. Determinan una “facultad científica que se aplica a la contemplación de objetos que no admiten ninguna contingencia”<sup>91</sup>. De lo contingente se ubican dos virtudes intelectuales:

- Frónesis: que es prudencia, sensatez, sentido común, sabiduría práctica en las cuestiones del estado y del individuo
- Téchne: que es el conocimiento de reglas para la producción de objetos

Del lado de lo no contingente, existen tres virtudes:

- Sophía: que es la sabiduría de los primeros principios, es un saber teórico que comprende al mismo tiempo a la razón intuitiva y a la ciencia.
- Epistéme: que es el conocimiento científico
- Nous: que es la intuición o razón intuitiva.

Sophía es una condición fundamental de todo comunicador y productor de discursos. Quien diserta sobre un tema debe conocer la disciplina o el área del conocimiento a la cual se adscribe para poder hablar con propiedad. La Sophía le da densidad conceptual a los discursos públicos y el *logos* es el instrumento que permite dar coherencia lógica a los contenidos de estos discursos.

Dentro del sistema de pensamiento de Aristóteles “no hay virtud que no vaya acompañada de razón”<sup>92</sup>. La disposición moral es efectiva cuando va acompañada del discernimiento aportado por *frónesis*, ya que es la sabiduría práctica, traducida al latín como *prudentia*, en inglés como “*practical wisdom*” y en español como “prudencia” y “sensatez”.

---

<sup>91</sup> Ross, W.D. *Aristóteles*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana. 1957

<sup>92</sup> ARISTÓTELES. *Ética a Nicómaco*. Disponible en: <http://www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/650.pdf>

Representa la eficacia intelectual de una mente lúcida y práctica al mismo tiempo, organizada y con sentido común. Lleva consigo la posesión de un hábito en la persona que lo guía a elegir apropiadamente, a evaluar la existencia de un tiempo y un lugar apropiado para hacer las cosas. Admitir a la frónesis dentro del sujeto supone una consideración holística de la persona en relación con sus competencias para actuar y en relación con la necesidad de contar con una preparación, con una formación académica para el ejercicio de una actividad práctica y pública.

La frónesis por ser objeto de enseñanza depende de unos conocimientos previos que enseñan a inferir. No obstante, su fin no está en la creación, sino en la acción. No es un arte, es una virtud que le permite a la persona tanto calcular lo que le es provechoso para sí mismo y para los hombres. Para Aristóteles, una cosa es poseer un conocimiento teórico, científico y otra es el saber práctico anclado en un tiempo y en un lugar. Se puede ser sabio y poseer amplios conocimientos, pero no ser "frónimos" porque no se mira a los bienes de este mundo, ni se calcula la acción a realizar con miras hacia un fin. La frónesis mira a lo que es propio del hombre y juzga en función de un contexto, de unas circunstancias

La virtud, hace elegir el fin justo al que se aspira, pero la sabiduría práctica nos hace elegir los justos medios. La sabiduría práctica, sin embargo, no puede existir independientemente de la virtud y el poder alcanzar el fin que se propone, bueno o malo, no necesariamente es la sabiduría práctica sino la habilidad. Para Aristóteles podemos estar dotados, en efecto, de una sabiduría natural, pero si esta disposición no está acompañada de un conocimiento de los efectos probables de las acciones, nunca se convierte en una virtud moral.

El adjetivo correspondiente al sustantivo de frónesis es frónimos y se traduce como "sensato, prudente, razonable, cuerdo, juicioso, consciente". El término es multisémico sin embargo, existen rasgos propios de un frónimos, que por extensión se aplican a un líder social, serían los siguientes:

- Es un sujeto que recibe una educación que lo capacita para la actividad comunicativa con base en un conocimiento de lo particular, del método de argumentar y de las virtudes; es un conocimiento que lo prepara para evaluar sobre casos particulares.
- Es un sujeto que argumenta inductivamente: gracias a su gran experiencia, a través de la analogía, muestra lo que es ventajoso para sí mismo y para los demás.
- Es un sujeto que cuida su imagen pública: se esfuerza en ser y parecer sabio
- Dice la verdad ante la audiencia, no miente
- Aprovecha la oportunidad para elegir lo útil y bueno
- Escoge lo que conviene: tiene la capacidad de establecer cuál bien es el más apropiado
- Escoge lo conveniente, en relación con las circunstancias, con conocimiento de causa, no al azar: hace uso del conocimiento de los tópicos para evaluar cuáles son los mayores bienes.
- Actúa con sofrosiné: modera sus pasiones y sentimientos en público.

Finalmente se puede decir que la frónesis es la gran virtud de la vida práctica, pero el que practica esta virtud no lo sabe. El que hace teoría sobre ello es el filósofo. Es por eso que Aristóteles no concluye con la vida práctica, sino con la vida contemplativa: sólo el hombre contemplativo es capaz de comprender precisamente ambos modos de vida: tanto la vida práctica, como la vida especulativa que le es propia.

#### **4.1.2 Relación entre el conocimiento y la práctica: entre el saber y el hacer - Marx**

El materialismo premarxista examinaba el problema del conocimiento al margen de la naturaleza social del hombre y de su desarrollo histórico, y por eso era incapaz de

comprender la dependencia del conocimiento respecto a la práctica social, es decir, la dependencia del conocimiento respecto a la producción y a la lucha de clases.

Ante todo, los marxistas consideran que la actividad del hombre en la producción es su actividad práctica más fundamental, la que determina todas sus demás actividades. El conocimiento del hombre depende principalmente de su actividad en la producción material.

La práctica social del hombre no se reduce a su actividad en la producción, sino que tiene muchas otras formas: la lucha de clases, la vida política, las actividades científicas y artísticas; el hombre, como ser social, participa en todos los dominios de la vida práctica de la sociedad. Por lo tanto, va conociendo en diverso grado las diferentes relaciones entre los hombres no sólo a través de la vida material, sino también a través de la vida política y la vida cultural. De estas otras formas de la práctica social, la lucha de clases en sus diversas manifestaciones ejerce, en particular, una influencia profunda sobre el desarrollo del conocimiento humano<sup>93</sup>.

Los marxistas sostienen que la práctica social del hombre es el único criterio de la verdad de su conocimiento del mundo exterior. Efectivamente, el conocimiento del hombre queda confirmado sólo cuando éste logra los resultados esperados en el proceso de la práctica social (producción material, lucha de clases o experimentación científica). Si el hombre quiere obtener éxito en su trabajo, es decir, lograr los resultados esperados, tiene que hacer concordar sus ideas con las leyes del mundo exterior objetivo; si no consigue esto, fracasa en la práctica.

---

<sup>93</sup>

Gutiérrez, Alicia B. (2002): «Con Marx y contra Marx: El materialismo en Pierre Bourdieu», en *Materiales para Materialismo Histórico y Teoría Crítica*. Universidad Complutense de Madrid (<http://www.ucm.es/info/INFOCOM/estudios/tpropios/titulos/prop-cienpoli.htm>)

Después de sufrir un fracaso, extrae lecciones de él, modifica sus ideas haciéndolas concordar con las leyes del mundo exterior y, de esta manera, puede transformar el fracaso en éxito. La teoría materialista dialéctica del conocimiento coloca la práctica en primer plano; considera que el conocimiento del hombre no puede separarse ni en lo más mínimo de la práctica y aleja todas las teorías erróneas que niegan su importancia o separan de ella el conocimiento. Lenin dijo: "La práctica es superior al conocimiento (teórico), porque posee no sólo la dignidad de la universalidad, sino también la de la realidad inmediata."<sup>94</sup>.

La filosofía marxista -- el materialismo dialéctico -- tiene dos características importantes: una es su carácter de clase: afirma explícitamente que el materialismo dialéctico sirve al proletariado. La otra es su carácter práctico: subraya la dependencia de la teoría respecto a la práctica, subraya que la práctica es la base de la teoría y que ésta, a su vez, sirve a la práctica. El que sea verdad o no un conocimiento o teoría, no se determina mediante una apreciación subjetiva, sino mediante los resultados objetivos de la práctica social.

En el proceso de la práctica, el hombre no ve al comienzo más que las apariencias, los aspectos aislados y las conexiones externas de las cosas. A medida que continúa la práctica social, las cosas que en el curso de la práctica suscitan en el hombre sensaciones e impresiones, se presentan una y otra vez; entonces se produce en su cerebro un cambio repentino, en el proceso del conocimiento y surgen los conceptos. Los conceptos ya no constituyen reflejos de las apariencias de las cosas, de sus aspectos aislados y de sus conexiones externas, sino que captan las cosas en su esencia, en su conjunto y en sus conexiones internas. Entre el concepto y la sensación existe una diferencia no sólo cuantitativa sino también cualitativa.

---

<sup>94</sup>

ALTHUSSER, Louis. La revolución teórica de Marx. Siglo Veintiuno Editores. Vigésimosexta edición. 2004

El marxismo-leninismo, sostiene que cada una de las dos etapas del proceso cognoscitivo tiene sus propias características: en la etapa inferior, el conocimiento se manifiesta como conocimiento sensorial y en la etapa superior, como conocimiento lógico, pero ambas son etapas de un proceso cognoscitivo único. Lo sensorial y lo racional son cualitativamente diferentes; sin embargo, uno y otro no están desligados, sino unidos sobre la base de la práctica.

La práctica testimonia que se puede comprender inmediatamente lo que se percibe y que se puede percibir con mayor profundidad sólo aquello que ya se comprende. La sensación sólo resuelve el problema de las apariencias; únicamente la teoría puede resolver el problema de la esencia. La solución de ninguno de estos problemas puede separarse ni en lo más mínimo de la práctica y quien quiera conocer una cosa, no podrá conseguirlo sin entrar en contacto con ella, es decir, sin vivir (practicar).

Pensar que el conocimiento puede quedarse en la etapa inferior, sensorial, y que sólo es digno de crédito el conocimiento sensorial y no el racional, significa caer en el "empirismo. El error de esta teoría consiste en ignorar que los datos proporcionados por las sensaciones, aunque constituyen reflejos de determinadas realidades del mundo exterior objetivo, no pasan de ser unilaterales y superficiales, reflejos incompletos de las cosas, que no traducen su esencia.

El conocimiento racional depende del conocimiento sensorial y éste necesita desarrollarse hasta convertirse en conocimiento racional y para el movimiento materialista dialéctico del conocimiento desde lo sensorial a lo racional ocurre tanto en un pequeño proceso cognoscitivo como en uno grande.

El conocimiento comienza por la práctica y todo conocimiento teórico, adquirido a través de la práctica, debe volver a ella. La función activa del conocimiento no solamente se manifiesta en el salto activo del conocimiento sensorial al racional, sino que también, lo

que es más importante, debe manifestarse en el salto del conocimiento racional a la práctica revolucionaria. El conocimiento que alcanza las leyes del mundo hay que dirigirlo de nuevo a la práctica transformadora del mundo, hay que aplicarlo nuevamente a la práctica de la producción, a la práctica de la lucha de clases revolucionaria y de la lucha nacional revolucionaria, así como a la práctica de la experimentación científica.

Este es el proceso de comprobación y desarrollo de la teoría, la continuación del proceso global del conocimiento. El problema de saber si una teoría corresponde a la verdad objetiva no se resuelve ni puede resolverse completamente en el arriba descrito movimiento del conocimiento desde lo sensorial a lo racional. El único medio para resolver completamente este problema es dirigir de nuevo el conocimiento racional a la práctica social, aplicar la teoría a la práctica y ver si conduce a los objetivos planteados.

### 4.1.3 La lógica de la práctica: Las Practicas Sociales - Bourdieu<sup>95</sup>

Bourdieu, en sus trabajos llama la atención hacia la dimensión simbólica de las prácticas, pues a su juicio es éste un punto ciego tanto del marxismo como de todo el movimiento social. Mediante la aplicación rigurosa de un relacionismo metodológico, Bourdieu dirige sus esfuerzos a intentar producir una teoría materialista de lo simbólico y enfoca buena parte de sus investigaciones a establecer las condiciones de la adquisición de la cultura y los efectos de la herencia cultural sobre las prácticas.

Bourdieu publica *La distinción: Criterio y bases sociales del gusto* (primera edición, 1979) en el que trata de exponer un modelo global sobre las prácticas sociales. El núcleo del trabajo de Bourdieu fue su deseo de superar la oposición entre objetivismo y subjetivismo, pues ambos modos de abordar la realidad son igualmente parciales, pero no irreconciliables.

---

<sup>95</sup>

BOURDIEU, Pierre. *The logic of Practice*. Stanford University Press. 1990.

Bourdieu ubica en el campo del objetivismo a Durkheim y su estudio de los hechos sociales, al estructuralismo de Saussure, a Lévi-Strauss y a los marxistas estructurales. Critica estas perspectivas por centrarse en las estructuras objetivas e ignorar la acción y el agente, esto es, el proceso de la construcción social mediante el cual los actores perciben, piensan y construyen esas estructuras para luego actuar sobre esa base. A su vez, considera la fenomenología de Schutz, el interaccionismo simbólico de Blumer y la etnometodología de Garfinkel, como ejemplos de subjetivismo centrados en el modo en que los agentes piensan, explican o representan el mundo social, pero ignorando las estructuras objetivas en las que esos procesos existen. Bourdieu, en cambio, adopta una orientación que denomina constructivismo estructuralista o estructuralismo constructivista, y se centra en la práctica social, tratando de aprehender la relación dialéctica entre la acción y la estructura, entre las relaciones objetivas (campo) y los fenómenos subjetivos o cognitivos (habitus).

Bourdieu expone su teoría en una serie de proposiciones formales: uno es el espacio social, que es un espacio de diferencias, de distinciones entre posiciones sociales, que se expresa, se proyecta en un espacio de diferencias o distinciones simbólicas, que hacen que la sociedad en su conjunto funcione como un lenguaje. Esto significa que la topología social, que describe la estructura del espacio, es inseparablemente una semiología social, que describe el mundo social como un sistema de signos o lenguaje. Sistema de signos, que el ser humano es capaz de leerlo prácticamente, sin necesidad de poseer explícitamente la gramática (como se desprende del análisis sociológico) a través de las intuiciones del habitus.

La trayectoria desde el espacio de las posiciones económicas y sociales al espacio de la toma de posiciones simbólicas o signos sociales de distinción, se cumple por la intermediación del habitus. El habitus como sistema de disposiciones es el producto de la incorporación de la estructura social a través de la posición ocupada en esta estructura y es una estructura estructurada, pero al mismo tiempo estructura las prácticas y las



representaciones, actuando como estructura estructurante, es decir, como sistema de esquema práctico que estructura las percepciones, las apreciaciones y las acciones.

Es decir que, los agentes tienen tomas de posición y estilos de vida, que corresponden a su posición en el espacio social y por consiguiente, al sistema de esquemas de disposiciones y apreciaciones, al habitus, que está asociado, por la intermediación de los acondicionamientos sociales, a esta posición.

Respecto al espacio social, se trata de un concepto que retiene la idea de que las sociedades están divididas en clases, pero a su vez, niega las clases en el sentido de grupos separados y opuestos que existen en la realidad. Para Bourdieu, si existe algo como clases sociales, en el sentido tradicional (marxista) del término, es sólo en la medida de que han sido hechas, construidas por un trabajo histórico. Trabajo, a un tiempo teórico y práctico militante, pero necesario, si lo que se quiere es transformar las afinidades de interés y de disposiciones ligadas a la proximidad en el espacio social en un proyecto consciente y colectivo dirigido a defender o promover esos intereses y ese estilo de vida en contraposición a los de la clase opuesta.

Las clases, cuando existen como tales, se realizan principalmente en los campos de la producción cultural e intelectual y especialmente en el campo político. Bourdieu construye la noción de campo para referirse a un subespacio social relativamente autónomo, un microcosmos al interior del macrocosmos social, que puede ser definido como un campo de luchas para conservar o transformar la relación de fuerzas.

Los campos de producción cultural están asociados a un poder de un tipo particular, el poder simbólico, que ejercen los detentores del capital simbólico. La noción de poder simbólico, cuyos fundamentos teóricos integra tradiciones teóricas consideradas como incompatibles, kantiana (teoría de las formas simbólicas), durkheimiana, marxista y weberiana, es para Bourdieu de vital importancia científica porque permite comprender la dimensión de las relaciones de dominación, de las relaciones entre dominantes y

dominados según el género, según la étnia y también según la posición en el espacio social.

Como se ha observado, la obra de Bourdieu contiene una gama de ideas sobre la teoría pura como discurso desprendido de todo referente empírico, que obliga a una actitud de constante vigilancia epistemológica y de control metodológico en el proceso de investigación, en la construcción social de la realidad social. La convicción de que para explicar los fenómenos culturales es necesario vincularlos, tanto a la estructura social históricamente definida como al agente social que produce las prácticas como agente socializado y socializante y a su proceso de producción.

La teoría de la práctica surge a partir del interés de Bourdieu de "...dar una respuesta no ingenua a la articulación entre estructuras mentales y prácticas sociales, para lo cual reconstruye una noción de estructura vía una teoría del espacio social y la noción de competencia lingüística vía una teoría del habitus lingüístico".

Es decir que Bourdieu plantea una nueva lectura del estructuralismo a partir de una serie de conceptos que le sirven para romper con la ingenuidad que se le había criticado a la línea levi-straussiana. Esta nueva visión estaría dada por la definición de un estructuralismo genético, ya que "el análisis de las estructuras objetivas es inseparable del análisis de la génesis en el seno de los individuos biológicos de las estructuras mentales que son por una parte el producto de la incorporación de las estructuras sociales y del análisis de la génesis de estas estructuras sociales mismas: el espacio social y los grupos que en él se distribuyen, son el producto de luchas históricas"<sup>96</sup>.

También se puede definir a la teoría de la práctica en tanto que la práctica determina que los objetos son construidos y no pasivamente registrados y que el principio de esta

---

<sup>96</sup>

GUTIERREZ, Alicia. Las prácticas sociales una introducción a Pierre Bourdieu. Ferreyra Editor. 2005

construcción es el sistema de disposiciones estructuradas y estructurantes constituido por la práctica y orientado hacia funciones prácticas<sup>97</sup>. Es decir que la teoría de la práctica busca resolver cómo funciona la sociedad, teniendo en cuenta que los individuos no son máquina destinadas a cumplir con las reglas implícitas.

En cuanto al manejo de los conceptos, Bourdieu contempla que *cuando se habla* de conceptos dentro de esta perspectiva teórica, se hace referencia a conceptos contruidos, a construcciones operadas por el investigador sobre la realidad social. Esto significa el reconocimiento de que los hechos no hablan por sí mismos, es decir, que no tienen un sentido independiente de la grilla de lectura que cada uno le aplique<sup>98</sup>.

En este sentido el habitus está formado por un conjunto de relaciones históricas depositadas en los individuos bajo la forma de esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción y es creador e inventivo, pero siempre dentro de los límites de la estructura, es decir "el habitus es el principio generador de las estrategias que permiten a los agentes enfrentar situaciones muy diversas"

Dentro de la teoría Bourdieu, expone un concepto sobre que el interés de la gente al realizar una acción es siempre de corte económico. Según Bourdieu "...reducir la noción de interés al ámbito económico impide la explicación rigurosa de una serie de prácticas que por estar estructuradas a partir de otros principios que el económico, se pretenden desinteresadas, gratuitas, etc."<sup>99</sup>. Con este concepto, Bourdieu, se acerca a la propuesta de ver a la sociedad como un juego en el cual las personas están dispuestas a jugarlo, respetando los límites del campo de juego (campo), respetando las reglas (habitus) e interesándose por ganar el juego (capital).

---

<sup>97</sup> Op Cit, Bourdieu, 1990

<sup>98</sup> Op Cit, Gutierrez, 2005

<sup>99</sup> Op Cit. Gutierrez.

Es de notarse que el concepto de práctica involucra el de habitus y a la inversa, pero se dan más relaciones de implicación mutua: “en cada campo hay intereses específicos que son irreducibles a los objetos e intereses propios de otros campos, y que sólo son percibidos por quienes están dotados del habitus correspondiente”. En general, se trata de un conjunto de relaciones teóricas y cada concepto presenta una simultaneidad de eventos o una relación de implicación entre sujeto y predicado, simultaneidad o relación que se renueva entre los propios conceptos.

#### **4.1.4 La noción de la conciencia práctica: Giddens<sup>100</sup>**

El punto central de la teoría de la estructuración de Giddens es el análisis de la relación entre estructuras y prácticas. Giddens retoma a Marx separando las formas no consientes, para Marx son las relaciones objetivas, de las formas consientes para Giddens, para Marx las formas jurídicas e ideológicas. Pero para Giddens, las formas de conciencia y el modo en que los agentes toman conciencia de las estructuras son una necesidad de la propia estructura.

Esta propiedad de la estructura y el hecho de que cobre realidad en el espacio tiempo, a través de la acción es la que le permite imponerse sobre los agentes y desplegar su capacidad para dirigir y estructurar las prácticas.

En la producción de sus prácticas, los sujetos se refieren integralmente a las condiciones estructurales de los sistemas sociales y de esta forma reproducen estas condiciones estructurales. El hecho de que la estructura sea condición y resultado de la conducta lo lleva a plantear una dualidad y poner énfasis en su estructuración su producción y reproducción a través de las prácticas.

---

<sup>100</sup> GIDDENS, Anthony. Social Theory of modern societies. Anthony Giddens and his critics. Cambridge University Press. 1994.

Esta noción de la estructuración determina las prácticas pero si y solo si los sujetos hacen valer esta cualidad en sus acciones y prácticas concretas unos frente a otros. Al mismo tiempo, Giddens plantea que las libertades y coerciones del ejercicio de la agencia varían en diferentes circunstancias teniendo en cuenta que los agentes pueden actuar en modo diferente y que no necesariamente responden de manera automática a la estructura.

En principio la estructura actúa sobre la práctica a través de reglas y recursos y una de las tesis principales de la teoría es que las reglas y los recursos que se aplican a la producción y reproducción de la acción social son al mismo tiempo los medios para la reproducción de la estructura.

Desde este punto de vista los sistemas sociales tiene 3 dimensiones: De significación, de dominación y de legitimación. Estas estructuras brindan reglas y recursos que solo pueden ser aprendidos en el ámbito de la práctica. Al mismo tiempo que Giddens determina 3 elementos en la práctica desplegada por los agentes en cada interacción: Una comunicación intencionada, una operación de poder y relaciones morales.

Las reglas que intervienen en la producción y reproducción son para Giddens, técnicas y procedimientos generalizables que se aplican a la escenificación de las prácticas sociales. Una característica de esas reglas es que son aprehendidas solo tácitamente por los actores es decir, ellos saben cómo usarlas sin necesidad de ser capaces de formularlas. Cuando la regla se formula discursivamente se está realizando una interpretación de ella y puede alterar la forma de aplicarla. Otra característica de las reglas es que los agentes siempre saben cómo aplicarlas en circunstancias novedosas lo que incluye el conocimiento del contexto de su aplicación.

Giddens introduce la noción de recurso los cuales otorgan poder entendido como una actitud transformadora, es decir, la capacidad de los agentes de lograr resultados deseados e intencionados. Distingue dos tipos de recursos: Los autoritarios o no

materiales, que son facultades que generan poder sobre los individuos y los distributivos o materiales que son facultades que generan poder sobre los objetos materiales o bienes.

Es importante resaltar que a nivel de la práctica Giddens considera a los recursos como medios para generar poder. De esta manera cuando Giddens se refiere a las practicas hace referencia a la capacidad practica o la destreza de los sujetos para producir cambios en el mundo en tanto procedimientos, métodos o técnicas cualificadas realizadas apropiadamente por los agentes sociales y con la propia objetividad que produce la acción.

Este no es un saber teórico sino practico, un saber tácitamente incorporado, implícito, no tematizado empírico y de cómo comportarse en los distintos contextos de la vida cotidiana. Este saber practico se denomina conciencia práctica y es como saber utilizar reglas y recursos en los diferentes contextos, es decir, la gama de destrezas y capacidades que un agente posee y utiliza en la vida cotidiana pero que no puede expresar discursivamente. Para Giddens no hay separación entre la conciencia discursiva y la práctica solo las diferencias entre lo que se puede decir y en lo que en general simplemente se hace.

Un elemento importante dentro de la teoría es que la conciencia práctica no conlleva una motivación inmediata ni está relacionada con las intenciones de los sujetos si no que puede tener consecuencias no intencionales. Es decir, la práctica tiene que ver con las consecuencias no buscadas al obrar y las estrategias son las modalidades que utilizan los actores para construir las relaciones sociales, de esta manera el poder no se conecta de manera directa con la consecución de intereses sectoriales y Giddens toma de Foucault el hecho que el poder puede ser utilizado en las estrategias.

Para este análisis Giddens proponen 2 niveles de análisis: desde la macro sociología y desde la micro sociología. La macro sociología se define como el análisis de los sistemas sociales, es decir el análisis de la estructura desde las restricciones en las relaciones sociales y las limitaciones externas del ambiente social sobre las relaciones de la gente. Y la micro sociología definida como el análisis de los procesos sociales subyacentes que dan lugar a las relaciones entre las personas, su interés es por la interacción social, la comunicación, el intercambio, la reciprocidad los símbolos significantes, las obligaciones y la dependencia.

Para Giddens la conciencia práctica se da en un aspecto de la realidad social o institucionalidad. Las estructuras actúan sobre las prácticas a través de las formas institucionales y las prácticas pueden producir la estructura en la medida en que se torne recurrente y rutinaria, es decir se institucionalizan. La teoría de la estructuración es por sobre todo para Giddens, una herramienta operativa para el análisis sustantivo, es decir para analizar la vida social en su realidad concreta.

#### **4.1.5 Dimensión social de la Práctica de Enfermería**

Según el estudio de la sociología de las profesiones, propuesta por Parsons, existen 5 categorías conceptuales que hacen a cada profesión única:

- Efectividad y afectividad neutral: Son las emociones que general el fenómeno social.
- universalismo y particularismo: Estándares y juicios que orientan la acción.
- Autocolektividad: Es el reconocimiento con otros miembros de la colectividad.
- Adscripción
- Especificidad y difusión: Son los aspectos de las situaciones que se presentan dentro de la profesión.

En esta medida, las profesiones tienen un nivel de organización, frecuentemente caracterizado por el uso de habilidades basado en conocimiento teórico, el entrenamiento y educación de estas habilidades, las competencias profesionales, los códigos de conducta, los códigos deontológicos y las actividades profesionales. Adicionalmente Goode añade los valores comunes, el lenguaje común particular y la selección de estudiantes que la profesión reproduce.

De igual manera la práctica reflexiva es la base de muchas profesiones, Schon<sup>101</sup> en 1983 la describió como el proceso cíclico interno de aprendizaje y experiencia y Boud<sup>102</sup> recientemente lo denominó como el camino del pensamiento sobre el trabajo productivo. Este autor considera que desde hace tres décadas la práctica reflexiva se ha concentrado en la pedagogía para la preparación profesional concebida como el concepto clave de aprendizaje y desarrollo profesional.

Estas características son compartidas al igual que en todas las profesiones, por la Enfermería, la cual debido a su desarrollo incipiente en algunos de estos aspectos, ha sido descrita por algunos autores como semi-profesión, según Castrilón<sup>103</sup>. Sin embargo, el movimiento de práctica reflexiva en enfermería surgió desde los años 80 al tratar de recobrar la trayectoria y la génesis de la profesión como un cambio radical al pensamiento tecnológico, para lograr influir en los procesos de transformación de la práctica y en los de autorregulación de los profesionales.

De acuerdo con Almeida y Rocha<sup>104</sup>, cuando se estudia la enfermería se le considera como una profesión y como tal como un estatuto socialmente reconocido y formalmente

---

<sup>101</sup> SCHON, D. *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Temple Smith London. 1994

<sup>102</sup> BOUND, D. *Relocalizing reflection in the context of practice*. In: *Beyond Reflective Practice*. Routledge Editor. 2010.

<sup>103</sup> CASTRILLON, María. *La dimensión social de práctica de Enfermería*. Editorial Universidad de Antioquia. 1997.

<sup>104</sup> ALMEIDA, *et al.* *A pesquisa em enfermagem fundamenta no processo de trabalho: Em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999.



legalizado constituido por criterios de autonomía, compromiso, sentido de comunidad, códigos de ética. Así mismo cuenta con elementos constitutivos de trabajo como objeto, instrumentos, agentes, finalidades e intencionalidades y fundamentos teóricos de trabajo con seres humanos y tecnologías en salud.

Tomar a la Enfermería como una práctica social posibilita comprender su evolución histórica y social, sus contradicciones como profesión, su acentuada división técnica y social del trabajo, las razones de la existencia de varias categorías ocupacionales, las relaciones de poder y jerarquía entre los profesionales de la salud y los determinantes políticos económicos y sociales que delinear la práctica.

A partir de la década del 90, algunos autores han contribuido a este entendimiento agregando nuevas categorías de análisis desde lo macro estructural a las comprensiones micro estructurales de los procesos de trabajo en salud de los profesionales de enfermería.

La idea de profesión implica al mismo tiempo una práctica eficaz y un modo particular de adquirir el saber además de cierta legalidad, es decir el reconocimiento de la capacidad necesaria para desempeñar una tarea específica dentro de un campo de conocimiento<sup>105</sup>.

La práctica de Enfermería se fundamenta en aportes de las ciencias biológicas y sociales, desde las cuales se construye formas específicas de cuidado individual y colectivo, en el terreno de las ciencias de la salud. Si bien, no existe un solo enfoque sobre el cuidado, por ser un objeto complejo que se ubica en un área de gran densidad ideológica y política. Lo que sucede en Enfermería es que “el conocimiento científico no hace más que destacar, con a manera enfática de los lenguajes especializados, lo que el

---

<sup>105</sup>

TESTA, Mario. Pensar en salud. Lugar Editorial. Buenos Aires. 1993. Pag 64

conocimiento común ya había identificado como el desempeño correcto de las tareas en una determinada práctica”<sup>106</sup>.

La práctica de enfermería es regulada por las instituciones formadoras, las prestadoras de servicios y en última instancia por el Estado. De esa manera se delimita su territorio profesional y se controla su mercado de trabajo, en ocasiones, por elementos históricamente construidos esta acción se delega a las organizaciones de profesionales.

El campo de acción de Enfermería como espacio de conocimientos, de intervención y de transformación, está en un proceso de construcción permanente determinado por la división del trabajo, por los modelos de atención de salud y por las demandas y respuestas sociales a la necesidades y problemas sanitarios. En este sentido, cuando se concibe la Enfermería como practica social se está haciendo alusión al sentido sociológico, que entiende como una actividad con sentido, una actividad que responde o satisface una necesidad social. Es pues una categoría colectiva que identifica actividades humanas con un objetivo social<sup>107</sup>.

Las profesiones dedicadas a la prestación de servicios se distinguen por tener un objetivo social, explícito y reconocido por la sociedad. La enfermera sin embargo, según Castrillón, es percibida y descrita de las más diversas formas, no solo por la gente común, sino por los mismos profesionales.

De acuerdo a este sentido sociológico, en el análisis histórico de la evolución de la profesión, se considera que el aspecto heredado del género femenino ha influido en el proceso de socialización de la Enfermería, este ha determinado algunas de esas

---

<sup>106</sup>

Ibid.

<sup>107</sup>

CASTRILLON, María. La dimensión social de práctica de Enfermería. Editorial Universidad de Antioquia. 1997.

percepciones que se tienen socialmente de la profesión y la práctica. Cardaci<sup>108</sup>, identifica que esta se representa en tres puntos: la primera que tiene que ver la disposición siempre a atender a los demás, la segunda que está relacionada con definir su destino en función de un hombre, que en la literatura actual feminista<sup>109</sup> está relacionada con la dominación del lenguaje masculino de la medicina y la tercera relacionada con la de anticiparse a las necesidades de los otros. Castrillón, considera que la función social se construyó bajo estos estereotipos y que dicha construcción atraviesa por un proceso de cambio hacia una práctica profesional creativa y enriquecedora.

Para esta misma autora, los elementos que contiene este estereotipo es la construcción de identidad profesional, que según hace parte del ethos sociocultural es decir el espacio de los intercambios sociales donde se construyen y se reconstruyen los imaginarios colectivos, los referentes de identidad y los reconocimientos de lo igual y de lo diferente. La construcción de identidades sociales tiene cierto grado de institucionalización y objetivación en estructuras cognoscitivas, normativas y estatales, de esta forma dicha construcción se realiza a través de la experiencia educativa fundamentalmente.

Para Torres<sup>110</sup>, la identidad profesional tiene relación con la historia de la profesión, con las experiencias vividas dentro de la práctica, con el concepto de sí mismo y de la profesión y con la autoestima que comprende la aceptación y la valoración del sí mismo y dicha imagen se confronta con la práctica social dentro de las complejas relaciones de poder que establece el profesional.

---

<sup>108</sup> CARDACI, Dora. Educación nutricional: mujeres culpabilizando a mujeres. Univesidad Autónoma de Xochimilco. Septiembre. 1990.

<sup>109</sup> CHINN, Peggy and KRAMER, Maeona. Integrated Theory and Knowlwdge development in nursing. 7 edición. Mosby Elsevier. 2008

<sup>110</sup> TORRES, Alexandra. Desarrollo de la autoestima profesional en Enfermería. En: Investigación y Educación en Enfermería. Vol 24 No 2. Julio – Diciembre 2006. Pag 112-119

En general, en el mundo entero, se espera que las funciones realizadas por los equipos de profesionales que trabajan en APS, en lo que tiene que ver con la promoción de la salud, comprendan actividades como la realización de los diagnósticos, la educación en salud individual y colectiva y el control del medio ambiente; en prevención de la enfermedad, acciones como atención a grupos de riesgo, planes de inmunización y atención materno perinatal; en asistencia, labores de consulta asistencial o domiciliarias, consulta programada, diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento; en rehabilitación, atención a grupos de enfermos crónicos, patologías agudas, salud mental y reinserción social, y en funcionamiento interno y soporte, organización de actividades, investigación, evaluación, control y gestión<sup>111</sup>.

No obstante, debido a los cambios estructurales de los sistemas de salud en todo el mundo, el recurso humano necesario para el desarrollo de la política debe responder a los elementos esenciales de una acción integral y una cooperación intersectorial; de ahí que la Enfermería se ha constituido como el recurso humano con más flexibilidad frente a los cambios y a las demandas. Sin embargo, para la Organización Mundial de la Salud, el desarrollo de las funciones de la profesión no ha tenido una planificación, ni una sistematización y ha sido dirigida a satisfacer diferentes necesidades de la población, como forma de lograr una atención de calidad a bajo costo. De allí que a los responsables de los sistemas de salud e inclusive a las enfermeras mismas, se les dificulte describir la naturaleza y el alcance del ejercicio de la enfermería y en ocasiones diferenciarlo de otras prácticas sociales<sup>112</sup>.

Según Mc Elmury, en un estudio de la Organización Panamericana de la Salud <sup>113</sup> sobre la fuerza laboral de enfermería en el mundo, se indica la relevancia que los profesionales en esta área han tenido de manera especial en la región de las Américas:

---

<sup>111</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El ejercicio de la Enfermería. Informe Comité de expertos. Ginebra, 1996, p.15.

<sup>112</sup> *Ibíd.*, p.25.

<sup>113</sup> MÁLVAREZ, Silvina y CASTRILLÓN, María Consuelo. Panorama de la fuerza de trabajo en Enfermería en América Latina. Washington: OPS-OMS, 2005. (Serie Desarrollo de Recursos

Las enfermeras han jugado un papel importante en las actividades comunitarias de salud en la región de las Américas y han constituido una fuerza de trabajo principal en el desarrollo de diversos programas que toman en cuenta las necesidades de salud de las poblaciones. Las enfermeras tienen también una larga tradición de alianzas con una variedad de proveedores de salud y grupos comunitarios en respuesta a sus necesidades<sup>114</sup>.

Esta contribución según la Organización se ha realizado con la ejecución de actividades que han aportado al control de enfermedades y a la promoción del crecimiento y desarrollo infantil, en la salud escolar, en la reducción de la mortalidad materna. Además de ser los profesionales encargados del programa ampliado de inmunizaciones, de la identificación de factores de riesgo, de la movilización de comunidades, de la cooperación con el aprendizaje del auto cuidado, la generación de procesos de desarrollo sostenibles en las comunidades, de promover el establecimiento de redes sociales solidarias y ayudar a vincular a la población con el sector salud.

En la mayoría de los países de América Latina, las enfermeras que desarrollan las actividades en los primeros niveles de atención llevan a cabo los programas dirigidos a la población sana, en riesgo, vulnerable, y realizan variados procedimientos diagnósticos y terapéuticos como toma de muestras de exámenes de laboratorio, control de signos vitales, espirometrías y curaciones, entre otras. El autocuidado, como estrategia en salud, se fomenta como parte de los programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades y se desarrolla mediante educación en salud, proyectos de desarrollo social, programas de sensibilización que orientan a la población para un mayor

conocimiento, tanto de sus problemas de salud, como de los factores de riesgo y los factores protectores, además del uso de los servicios de salud.<sup>115</sup>

El personal de enfermería, auxiliar y profesional, realiza actividades grupales con enfermos crónicos, madres adolescentes, escolares, ancianos, cuidadores familiares; adelantan visitas domiciliarias, detectan contactos para enfermedades infecciosas, llevan a cabo estudios de vigilancia epidemiológica y participan en acciones de mejoramiento ambiental y comunitario. Sin embargo, en la generación de conocimiento a nivel disciplinar para enfermería como ciencia, no se han visto reflejadas estas actividades, que se han percibido más como un elemental cumplimiento de labores<sup>116</sup>.

En este sentido, según Almeida<sup>117</sup> la práctica de la enfermería es una acción y una actividad realizada por personas que utilizan un saber adoptado de otras ciencias y producido por ella misma, para aprender a reconocer su objeto en salud y su campo específico (cuidado de enfermería) visualizando un producto final, como es el de atender las necesidades sociales, como la recuperación de salud de los individuos y su control en las poblaciones.

Para la Organización Mundial de la Salud<sup>118</sup> la Enfermería tiene como fin velar por las necesidades de las personas a lo largo del conjunto de la vigilancia de salud, en los hogares, escuelas, centros de salud, clínicas, hospitales y otros ámbitos. Esta debe centrarse en el fomento de la salud, en su mantenimiento y en la prevención de

---

<sup>115</sup> CASTRILLÓN, María, *et al.* La enfermería en Colombia y la reforma del sector salud. En: Investigación y Educación en Enfermería. 1999, vol. 17, no, 1, p. 13-33.

<sup>116</sup> LANGE Iltá, *et al.* La práctica de enfermería en América Latina. En: Reunión Internacional de la Fundación W. K. Kellogg y OPS: Impacto de Enfermería en Salud de América Latina y el Caribe. Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

<sup>117</sup> ALMEIDA, *et al.* A pesquisa em enfermagem fundamenta no processo de trabalho: Em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999.

<sup>118</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El papel de la enfermera en la atención primaria de salud. Washington, 1977.

enfermedades y de la invalidez, pero que se extiende además a la atención aguda y terciaria.

Las enfermeras que trabajan en atención primaria reciben la preparación y motivación necesaria para hacer parte en la evaluación de las personas, las familias y las comunidades, incluyendo el reconocimiento y tratamiento de enfermedades, traumatismos e incapacidades prevalentes y para integrar conceptos y prácticas de auto asistencia en todo el plan de salud. Las enfermeras son esencialmente generalistas, ya que han sido capacitadas para atender personas y grupos de todas las edades que viven en condiciones diferentes y presentan una gran diversidad de necesidades

Para Castrillón<sup>119</sup>, los profesionales de enfermería han realizado esfuerzos por desarrollar modelos de atención en salud más integrales, en especial en centros ambulatorios que sirven de referencia, como campos docentes, que se presentan como hechos aislados dentro de las prácticas académicas propias de la formación en enfermería. Al igual, el Consejo Internacional de Enfermería<sup>120</sup>, considera que la actividades desarrolladas desde 1979, constituyen a la enfermería en una práctica tradicional, que por sus cambios en la educación, el ejercicio y la administración, debe revisarse dentro de las particularidades de los sistemas de salud y utilizar la investigación como herramienta para la planificación, instrumentación y evaluación de las actividades.

En Colombia, a partir de la reglamentación de las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención básica, la función de la práctica profesional de enfermería, ha sido el cumplimiento de las normas técnicas y las guías de manejo para la atención de las enfermedades prevalentes, que deben responder al perfil epidemiológico de la población.

---

<sup>119</sup> CASTRILLÓN, María, *et al.* La enfermería en Colombia y la reforma del sector salud. En: Investigación y Educación en Enfermería. 1999, vol. 17, no, 1, p. 13-33. Op. Cit.

<sup>120</sup> KREBS, Doris. Programa del CIE sobre enfermería de atención de la salud primaria: presente y futuro. En: Revista internacional de enfermería. Órgano oficial del Consejo Internacional de Enfermería. Noviembre-diciembre, 1982, pág 7- 8.

Las actividades realizadas dentro de esta normatividad incluyen la detección temprana y la atención específica con estrategias de educación en salud, reflejadas en actividades como: la participación en atención al joven, prevención del cáncer de cuello uterino y seno, control prenatal, control de crecimiento y desarrollo y atención al adulto mayor. Estas intervenciones son de carácter individual, que tienen como fin modificar conductas y hacer una detección temprana (prevención primaria, secundaria y terciaria). De forma paralela, existen acciones específicas de promoción de la salud a través de los Planes de Intervenciones colectivas, cuyo énfasis está en las estrategias de información, educación y comunicación en salud que pretenden abarcar la política de promoción de la salud actuando directamente sobre los determinantes sociales, políticos, económicos y culturales en salud<sup>121</sup>.

Sin embargo, estas acciones son realizadas por las enfermeras profesionales de manera específica por la tradición de la práctica y en este momento, en el terreno de la práctica interdisciplinaria, algunas de estas actividades están siendo adelantadas por otros profesionales con un perfil similar, como las trabajadoras sociales o nutricionistas, sin que de esto haya una evidencia que lo respalde. Según la norma, las enfermeras en este ámbito, constituyen una herramienta valiosa, ya que son capaces de llevar a cabo los procesos desde su gestación hasta su evaluación, debido a su capacidad de ver no sólo los procesos causales de salud-enfermedad desde una perspectiva naturalista, sino la totalidad de los determinantes en salud, desde su visión holística del ser humano y el colectivo.<sup>122</sup>

Aún así, debido a la inconsistencia entre el marco legal que rige esta serie de actividades y la concepción ideológica y conceptual que se maneja dentro de las mismas, debido a la contradicción entre las normas basadas en conceptos de diagnóstico y las intervenciones basadas en criterios integradores y holísticos, existe una tendencia mundial y en Colombia, de determinar la práctica, como de alta complejidad y considerarla dentro de un plano impalpable e irrealizable, que ha llevado paradójicamente a una simplificación

---

<sup>121</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 (2000).

<sup>122</sup> SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ D.C. Salud a su Hogar. Un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Op. Cit.



de la práctica de la enfermería a meras actividades legales, sin tener en cuenta el desarrollo teórico, conceptual e investigativo, que pueda dar sentido a la práctica y consecuentemente contribuir al mejoramiento real de las condiciones de vida y salud de los colectivos<sup>123</sup>.

Para la Organización Panamericana de la Salud<sup>124</sup>, la dificultad que existe en la práctica de la enfermería es la poca armonía entre los conocimientos prácticos y teóricos aplicados al ejercicio profesional con las necesidades propias de la población, sin que estas actividades de gran interés incurran en el traspaso hacia otras disciplinas involucradas en el trabajo interdisciplinar. Para esta organización, la solución radicaría en una planificación y prestación de servicios de enfermería eficaces, a partir de la claridad con que se distingan los elementos básicos del conocimiento y el alcance de la práctica. Una descripción clara en este sentido permitiría fijar normas de excelencia para el ejercicio de la enfermería mediante la educación, gestión e investigación en el área comunitaria.

Pese a estos problemas ligados a la práctica, no hay que desconocer que múltiples teorías de diversas disciplinas han contribuido a la práctica disciplinar de la enfermería. Es el caso de la literatura teórica de la psicología social que ha aportado en el análisis y explicación de los comportamientos y los mecanismos de cambio, para las actividades de educación para la salud. De la sociología se han acogido la naturaleza y la evaluación de las variables sociales y los efectos de la práctica en la lucha de clases y la cultura, definiendo normas y valores para entender la evolución de la promoción de la salud y la crítica al modelo biomédico. Las disciplinas de la educación han contribuido teórica y metodológicamente en el desarrollo específico de las actividades de formación en salud que se incorporan a la práctica<sup>125</sup>.

---

<sup>123</sup> LANGE Ilta, *et al.* La práctica de enfermería en América Latina. En: Reunión Internacional de la Fundación W. K. Kellogg y OPS: Impacto de Enfermería en Salud de América Latina y el Caribe. Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

<sup>124</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El ejercicio de la Enfermería. Informe Comité de expertos. Ginebra, 1996, p. 25.

<sup>125</sup> MORGAN, IS. Historic and future health promotion context for nursing. En: The journal of nursing scholarship. 1998, vol. 30, no. 4, p. 379-383.

De la misma forma, la epidemiología han contribuido con la focalización y distribución de los determinantes de la enfermedad en las poblaciones, las etiologías de las enfermedades y los factores de riesgo, y gracias a los aportes de la teoría económica se ha expandido el conocimiento sobre el costo efectividad y la localización de los servicios<sup>126</sup>.

A partir de estas tendencias en Latinoamérica, específicamente en Brasil, se empezó a determinar la importancia de definir el desarrollo teórico en lo que se refiere a las actuaciones de Enfermería en el área de la salud de colectivos y determinan que más que reconocer definiciones formales, importa reconocer que una teoría y sus conceptos tienen implicaciones, a que son absolutas, sobre las prácticas sociales. En esta medida, Campos<sup>127</sup> afirma que un núcleo disciplinar demarcaría la identidad de un área del saber y de práctica profesional, en nuestro caso de la enfermería, y definiría el campo de la salud, en que se mueve, un espacio de límites imprecisos donde cada disciplina y profesión busca en otras apoyo para cumplir sus tareas teóricas y prácticas.

Este es un tema que ha interesado a diversas escuelas en el mundo, sobretodo a las de los países nórdicos y de Europa oriental, donde se han planteado estrategias desde la academia para fortalecer las bases conceptuales y la práctica en general. Scammell and Millar<sup>128</sup> plantean que se debe hacer una revisión de las bases conceptuales en la enseñanza de enfermería teniendo en cuenta las teorías para realizar un análisis sistemático de los conceptos adaptados de otras disciplinas y adelantar una unión entre la teoría y la práctica, por medio de la identificación de su naturaleza en una parte biológica, la unión entre la comunidad y la familia, los estudios de comunicación y los sociales, para la construcción de un portafolio único del conocimiento.

---

<sup>126</sup> Ibíd.

<sup>127</sup> CAMPOS, Gastão. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. En: *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000, vol. 5, no 2, p. 219-230.

<sup>128</sup> SCAMMELL, S and MILLAR, S. Back to basics: exploring the conceptual basis of nursing. En: *Nurse Education Today*. 1999, vol.19, p. 570–577.

Para Minayo-Gomez<sup>129</sup> se observa finalmente que en la producción de conocimiento en la salud de colectivos en general, en todas las disciplinas que hacen parte de los grupos interdisciplinarios, en las últimas décadas, hay un distanciamiento de las explicaciones globalizantes, las macro teorías y las meta narrativas. En su lugar se tornaron abundantes las explicaciones de medio alcance que contemplan diversas mediciones, temporalidades diferentes entre otros niveles de análisis y especificidades tanto de cuestiones como de sujetos sociales estudiados.

Para el contexto colombiano, específicamente para la política pública distrital de Bogotá, se puede afirmar que la atención primaria es un modelo que implica la integralidad, interdisciplinariedad, intersectorialidad y el desarrollo social a escala humana, que reclama principios que protegen y defienden la vida, los derechos humanos y el bien común; que compromete y responsabiliza al Estado, individuos, familia, comunidades y a toda la sociedad en su conjunto<sup>130</sup>.

Es importante destacar en este punto que la presencia de la teoría no representa la definición de la práctica de la Enfermería en general. Este es un proceso de definición y focalización de condiciones que son el resultado de la síntesis de la selección de teorías de enfermería y de la interpretación desde una aproximación holístico existencial en enfermería, las cuales pueden servir como un trabajo preliminar para el desarrollo de esta.<sup>131</sup>

En este sentido Winsone<sup>132</sup>, en su estudio de conceptualizaciones sobre el cuidado comunitario, relaciona los conceptos de promoción de la salud y salud comunitaria y

---

<sup>129</sup> MINAYO-GOMEZ, *et al.* Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. En: *Ciência and saúde coletiva*. 2003, vol. 8, no.1, p. 1-17.

<sup>130</sup> BRICEÑO, Roberto. Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico. En: *Ciência and saúde coletiva*. 2003, vol. 8 no.1.

<sup>131</sup> ALLEN, Davina. Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. *Nursing Inquiry*. 2004, vol, 11, no. 4, p. 271–283.

<sup>132</sup> WINSOME, John. Just what do we mean by community? Conceptualizations from the field. En: *Health and social care in the community*. 1998, vol. 6, no. 2, p. 63-70.

sugiere que el profesional de Enfermería, requiere de un conocimiento sofisticado de la comunidad y que la operacionalización de esta, hace que la práctica sea compleja y fluida. En este caso se confirma la importancia, según este mismo autor, de un sistema de conocimientos, teniendo en cuenta a las personas, la geografía, el espacio, las expectativas futuras y los intereses que se tengan para definir y entender lo que es la comunidad. El principal hallazgo es la importancia de la definición geográfica para entender los fenómenos de salud en las relaciones que ésta tiene con los procesos de salud enfermedad.

Carvalho<sup>133</sup>, por su parte, referencia y establece que las relaciones entre sujeto y objeto de la práctica son una tarea crítica contemporánea y que se ha creado un metadiscurso alrededor de la salud como un total que abarca a todas las ciencias y a ninguna en particular. En la construcción de este metadiscurso, estudios realizados con profesionales de Enfermería en Europa, Asia y Australia, demuestran cómo las investigaciones que se han realizado sobre esta práctica tienen un simple desarrollo teórico, otras poseen aproximaciones más eclécticas, utilizando diversas teorías desarrolladas en un foco conceptual, mientras un número significativo están pobremente descritas<sup>134</sup>. Por ejemplo, en un estudio realizado con enfermeras australianas realizado en el 2005 por Wicks<sup>135</sup>, se identificaron dos disertaciones contradictorias del foco de enfermería, constituidas por un discurso orgánico holístico y de otro lado uno mecanicista, controlador del ambiente de los planteamientos de la medicina moderna.

Swanson y Albrecht<sup>136</sup>, por su parte establecen que para las intervenciones de enfermería, se han intentado buscar abordaje conceptuales para el continuo salud-

---

<sup>133</sup> MINAYO-GOMEZ, *et al.* Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. *En: Ciência and saúde coletiva*. 2003, vol. 8, no.1, p. 1-17.

<sup>134</sup> ALLEN, Davina. Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. *En: Nursing Inquiry*. 2004, vol, 11, no. 4, p. 271-283.

<sup>135</sup> WALKER, Damian. How do we determine whether community health workers are cost-effective? Some core methodological issues. *En: Journal of community health*. 2005, vol. 30, no.3, p. 221-229.

<sup>136</sup> BUNKERS, Nelson, *et al.* The Health action model: academies' s patnership with the community. The outcomes mandate: case management in health care today. *En: Nursing Science Quarterly*. 1998, vol. 13, p. 300-310.

enfermedad por lo que la mayoría de abordajes se realizan desde la perspectiva de la preservación y promoción de la salud de las comunidades y poblaciones específicas.

De acuerdo con Bunkers<sup>137</sup>, en los problemas de prevención de la enfermedad o de preservación, las enfermeras son vistas como expertas, tanto en prevención primaria (programas de educación), secundaria (programas de detección de enfermedades), como terciaria (programas de rehabilitación).

Spradley and Allender<sup>138</sup> identificaron tres categorías de intervención que la enfermeras realizan en la práctica de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entre las que se encuentran educación (provisión de información para modificar la supervivencia), la construcción (el poder de persuasión, manejo de variables del ambiente y factores de riesgo) y la aplicación (uso de medidas coercivas, de leyes para evitar el abuso y el abuso de sustancias). Estas categorías de las intervenciones de la práctica son vistas como estrategias poderosas para el cambio efectivo de los grupos y las comunidades.

Las fundamentaciones teóricas de esta visión tradicional son vistas como una base de síntesis de la ciencia de la salud pública, la epidemiología, la teoría crítica social y el trabajo teórico de enfermería con base en los modelos de adaptación de sistemas. Swanson y Nies<sup>139</sup> sugieren que la enfermería hoy está en una fase de controversia filosófica que afecta el camino de la práctica. Estos debates incluyen diferencias de opinión acerca de lo que significa la intervención, el foco de concepto individual y colectivo, y los mejores pasos que podrían tomarse para resolver los problemas para dar un cuidado efectivo, que vayan mucho mas allá de los análisis meramente epidemiológicos.

---

137

Ibíd. 303

138

SPRADLEY, Barbara. Community health nursing: concepts and practice. Philadelphia: Editorial J B Lippincott, 1996, cap. 3.

139

Ibíd. P. 98

Chalmers y Knstajanson<sup>140</sup> examinaron las bases teóricas por el foco de la comunidad como cliente e identificaron tres modelos para la práctica. El primero de ellos fue el modelo de la salud pública que toma las perspectivas epidemiológicas y su meta en la prevención. El segundo es el modelo de participación comunitaria que envuelve el significado del poder y el control que el profesional tiene sobre el grupo comunitario y el modelo del cambio comunitario que se extiende al de participación que intenta fortalecer el cambio en las estructuras sociales y las acciones políticas.

Para Clarke<sup>141</sup> cuando estos son considerados en la conceptualización de comunidad, entonces ésta se concreta y se vuelve tangible, entendiendo cuál es el papel de la comunidad, de la enfermera y la dirección de la práctica.

Para el caso del concepto de promoción de la salud, en un estudio de derivación del ejercicio de la enfermería, Berg<sup>142</sup> determinó que el desarrollo estipulado de la definición de la promoción de la salud para esta profesión, puede ser visto como un planteamiento holístico existencial donde se propone que esta es una acción planeada de enfermería que se diseña para encontrar las necesidades de los individuos, las familias y las comunidades; estos efectos son ideales para contribuir a los cambios en salud que se deben presentar día a día dentro de las comunidades.

Las actividades de enfermería están basadas en un planteamiento holístico existencial donde el ser humano es visto como autónomo y capaz de desarrollar su auto-empoderamiento alrededor de los cambios en su salud. La enfermera es un ser humano con conocimiento de cómo asistir a los individuos, las familias y la comunidad, así como de facilitar su desarrollo y su empoderamiento para la promoción de la salud. Este argumento de que la enfermería es un soporte humano, según Berg, determina la necesidad de un conocimiento sólido disciplinar y de otras prácticas asistenciales que le

---

<sup>140</sup> CHALMERS, *et al.* The theoretical basis for nursing at the community level: a comparison of three models. *En: Journal advanced nursing*. 1999, vol. 14, no. 7, p. 569-574.

<sup>141</sup> CLARKE, H, *et al.* Public health nurse vision of their future reflects changing paradigms. *En: Journal of nursing scholarship*. 1993, vol. 25, no. 4, p. 305-310.

<sup>142</sup> BERG, Geir. A holistic-existencial approach to health promotion. *En: Scandinavian Journal Caring Science*. 2003, vol. 17, p. 384-391.

permitan enfrentarse con las experiencias de enfermedad y sufrimientos para poder estimular la sanación.

Para la construcción de este conocimiento, se han realizado algunas aproximaciones de los elementos que se sugieren como necesarios para promover la salud de manera holístico existencial<sup>143</sup>:

- Una actitud fundamentalmente positiva y respetable sobre los valores de la vida del ser humano, su integración, autonomía, leyes y las posibilidades.
- Una aproximación holística de la enfermería, que implica la visión del humano como ser con una consistencia física, psicológica, social y la dimensión espiritual.
- Una visión multidimensional de la salud y la enfermedad, incluyendo el ser humano como foco de individualidad y comienzo de un contexto social y como promotor para la comprensión de la salud y la enfermedad.
- Una aproximación holística cuyo foco es el ser humano en el mundo, con énfasis en la experiencia individual del mundo y su entendimiento para ser y el significado de su vida. El diálogo entre lo individual y la enfermera es esencial para que se dé esta condición.
- La perspectiva de una salud pública guiada por estrategias de conocimiento y teniendo como foco la salud. La promoción de la salud y el empoderamiento son esenciales para esta condición.

El estudio del cuidado, a la luz de esta visión, permite comprender su dimensión subjetiva, al establecer, con el investigador, una relación de tipo dialógica y comunicativa para demarcar, caracterizar, ahondar y establecer el significado que tiene el cuidado para

---

<sup>143</sup> HUANG, C-L. Community health development: what is it? International council of nurses. 2005, vol. 52 p. 13-17.

los grupos de profesionales en su desempeño cotidiano y comprender el sentido global de la práctica y su problemática. Esto le posibilita a la enfermera reconstruir y transformar su quehacer y sentirse protagonista de su profesión<sup>144</sup>.

El cuidado, en la visión integrativa-interactiva, busca rescatar un ideal donde los sujetos, individuo o colectivos, descubran el sentido global de su problemática sanitaria, humana y social, para así reorientar su vida de una manera positiva y saludable. Su aporte a la interpretación del proceso salud-enfermedad, permite comprender el significado que tiene para ellos estar sano o enfermo y el sentido de sus prácticas humanas en torno al bienestar y al autocuidado. Este conocimiento contribuye a la práctica de la enfermería, por cuanto permite orientarla hacia el desarrollo humano y social de los colectivos y hacia la superación de los limitantes de orden subjetivo con propuestas educativas participativas<sup>145</sup>.

Dentro de la literatura se han reportado propuestas de modelos planteados bajo esta visión de la práctica, derivados de investigaciones cualitativas. Entre estos encontramos:

- Modelo basado en la teoría ecológica de cuidado comunitario (Bent).
- Modelo de resiliencia comunitaria como potencial para el desarrollo de un teoría en enfermería (Kulig).
- Modelo de cuidado para la comunidad, basado en el desarrollo del metaparadigma de ambiente para poblaciones vulnerables (Smith-Campbell).
- Modelo de organización comunitaria para el cambio basado en la teoría del cambio social de Bandura y la teoría del empoderamiento (Anderson).
- Modelo basado en teoría de empoderamiento y algunos aspectos de las diferentes teorías sobre cuidado (Falk-Rafael).

---

<sup>144</sup> HUANG, C-L. Community health development: what is it? International council of nurses. 2005, vol. 52 p. 15. Op. Cit

<sup>145</sup> OREM, Dorothea. Nursing: concepts or practice. Mosby, 2001, p. 36.



Por otro lado, según Chalmers<sup>146</sup>, en estudios realizados sobre el desarrollo de la práctica y la teoría en el ejercicio de la práctica, el campo de la atención individual tiene una relevancia en las enfermeras donde el punto esencial es el control de sus interacciones con la comunidad y considera que estudios basados en el desarrollo comunitario con referentes teóricos de otras disciplinas, presentan ventajas a nivel práctico, puesto que permite tener control sobre el conocimiento de la comunidad, entonces se deduce que si los profesionales poseen este conocimiento, en la práctica tendrían la capacidad para trabajar en colaboración con otros.

Para Duque Cardona existe también el interés práctico, propio del enfoque histórico-hermenéutico, que busca ubicar la práctica personal y social dentro del contexto histórico en el cual se vive.

Este interés permite comprender más profundamente las situaciones para orientar la práctica social, personal, y del grupo o de la clase dentro del proceso histórico y con esto orientarlo y transformarlo. En esta visión se trabajan dos ejes: el de la historia, para rescatar facetas de ésta y reconocer al sujeto como su hacedor en un momento determinado, y el hermenéutico, referido a la exploración de una situación problema y a su interpretación global, para comprenderla y darle el sentido que tiene para el grupo comprometido<sup>147</sup>.

Pese a este amplio marco de referencia teórica, que posee la enfermería para el desarrollo de su práctica y teniendo en cuenta que es una de las disciplinas que más ha ejercido control en la atención primaria, la evidencia de sus actividades están basadas en el modelo biomédico de salud pública con énfasis en el cuidado preventivo, el diagnóstico y el tratamiento, de carácter causal o reactivo. Situación contraria a la visión integrativa – interactiva de la cual se deriva la teoría de la práctica, debido a lo que por un lado, no se

---

<sup>146</sup> CHALMERS, *et al.* Community development: theoretical and practical issues for community health nursing in Canada. *En*: Journal of Advanced nursing.1994, vol. 24, p. 719-726.

<sup>147</sup> *Ibíd.* P. 81

ha contribuido al mejoramiento del impacto de salud en los colectivos y por otro lado ha favorecido las condiciones desiguales en la atención, debido a su énfasis en la priorización y en la generalización, que hace que no se tengan en cuenta determinantes en salud particulares que son, en algún momento, los que pueden prescribir un mejoramiento en las condiciones de vida y de salud<sup>148</sup>.

## 4.2 Referente teórico: Teoría de la Estructuración de Anthony Giddens

La Teoría de la Estructuración es coherente con las corrientes post-modernas de la naturaleza y objetivos de la sociología de las profesiones: “la teoría estructuracionista se refiere exclusivamente a las potencialidades constitutivas de la vida social: las capacidades humanas genéricas y las condiciones fundamentales que se generan y configuran en una multiplicidad de formas empíricamente discriminables en el transcurso y resultado de los procesos y acontecimientos sociales”<sup>149</sup>.

Estas ideas ontológicas, pese a las múltiples formas concretas que pueden asumir, son constitutivos de toda y cualquier forma humano-societal, con los mecanismos socioculturales que vinculan a los individuos con ella, reproduciéndolos (y reproduciéndola) en sus vidas cotidianas; y cómo a su vez esta totalidad social (compuesta por individuos) puede implicar ciertas regularidades en su flujo y desarrollo, sin suprimir los poderes y capacidad de elección (entre opciones) de los individuos.

Es posible decir que “la conducta de los actores individuales reproduce las propiedades estructurales de las colectividades mayores” (Giddens). Y es para dar una solución a tal

---

<sup>148</sup> WINSOME, John. Just what do we mean by community? Conceptualizations from the field. *En: Health and social care in the community*. 1998, vol. 6, no. 2, p. 63-70.

<sup>149</sup> GIDDENS, Anthony, *et al.* Las consecuencias perversas de la modernidad. 1 ed. Editorial Anthropos, 1996, p. 52.

cuestión que Giddens centra su análisis en las prácticas sociales ordenadas -individuales y/o colectivas- que se desarrollan tiempo-espacialmente, puesto que para la teoría de la estructuración, el individuo y la sociedad no son polos opuestos "mutuamente excluyentes" y exteriores de la vida social, sino que se producen y reproducen de manera integral, indisociable.

La Teoría de la Estructuración se basa en la premisa de que el dualismo (sujeto y objeto social, individuo y sociedad) debe ser reconceptualizado como dualidad a la que se ha denominado: "dualidad de la estructura" (Giddens), que está caracterizada por una co-presencia en un contexto tiempo – espacial definido. Dentro de esta dualidad es vital reconocer la importancia de la rutinización, que según Giddens "es vital para los mecanismos psicológicos mediante los cuales un sentido de confianza o de seguridad ontológica es sustentado en las actividades prácticas de la vida social", o sea, es la repetición cotidiana de prácticas sociales idénticas o similares lo que posibilita la reflexividad del agente social, pues si dichas prácticas fuesen efímeras (y/o únicas) no sería posible el conocimiento por el sujeto del ambiente de actuación, hecho que imposibilitaría la acción innovadora y creativa<sup>150</sup>.

Así, la comprensión del tiempo-espacio corporal es fundamental para la comprensión del modo en que por un lado, las prácticas cotidianas de los individuos son delimitadas por las propiedades estructurales de los sistemas sociales y, por el otro, cómo es en esa instancia (lo cotidiano) donde se efectúa la misma perpetuación de esos sistemas. En palabras de Giddens: "Todos los sistemas sociales, por formidables o extensos que sean, se expresan y están expresados en las rutinas de la vida social cotidiana, mediando las propiedades físicas y sensoriales del cuerpo humano"<sup>151</sup>.

---

<sup>150</sup> GIDDENS, Anthony, *et al.* Las consecuencias perversas de la modernidad. 1 ed. Editorial Anthropos, 1996, p. 52. Op. Cit.

<sup>151</sup> GIDDENS, Anthony. La constitución de la Sociedad. 1 ed. Sao Pablo: Editor Martins Fontes, 1996, p. 55.

Estas rutinas están dadas por las interacciones de co-presencia que tienen una duración temporal y un sitio determinado, por lo que es necesario comprender la importancia del contexto tiempo-espacial (tiempo-geografía) en esta interacción, dado que se constituye en el fundamento mismo de esta acción. En un análisis que realiza Hägerstrand sobre el concepto tiempo-geografía, se destaca el énfasis en los límites del cuerpo en la delimitación de la acción. Para él, esas limitaciones espaciales constituyen importantes restricciones para la interacción de los agentes y sólo comprenden parcialmente las implicancias de las fronteras corporales, pues no advierte que “todos los tipos de restricción constituyen también tipos de oportunidad, medios de posibilitar la acción”<sup>152</sup>.

La Teoría de la Estructuración entiende el mundo histórico-social como fundamento y resultado de prácticas individuales/sociales, que los agentes construyen y son por ellas objetiva y subjetivamente modificadas. Las motivaciones pueden ser analizadas por las actuaciones que de una u otra manera se constituyen como los proyectos de vida y son tomados como datos exteriores y no como resultado de interacciones sociales en las que el tiempo-espacio y los mismos agentes ocupan posiciones privilegiadas. De este modo, los análisis de Giddens sobre las características de los contextos de interacción, que incluyen una geografía del cuerpo y del espacio humanamente construido, se constituyen en: la integración social tiene que ver con la interacción en contextos de co-presencia. Las conexiones entre las integraciones sociales y de sistema, pueden ser trazadas examinando los modos de regionalización que canalizan y son canalizados por trayectos de tiempo-espacio adoptados por los miembros de una comunidad o sociedad en sus actividades cotidianas.

Pero este mundo de rutinización de la vida cotidiana está determinado por una estructura que, para Giddens, no debe ser entendida como objeto, como ente corpóreo, palpable, sino como trazos de memoria que se concretizan en propiedades permanentemente renovadas de los sistemas sociales, propiedades que se extienden temporal y espacialmente y, simultáneamente, delimitan el campo de acción de los agentes

---

<sup>152</sup>

GIDDENS, Anthony. Las consecuencias perversas de la modernidad, Op. cit.

sociales<sup>153</sup>, es decir las características estructuradoras de los sistemas sociales que Giddens denomina como propiedades estructurales (relaciones de propiedad, familia, instituciones políticas civiles y estatales, etc.), imponen tanto restricciones a la acción como posibilitan que ésta se realice.

Es decir, y como es el caso de la enfermería como agente social y la familia como usuario, es el del papel desempeñado por la familia, el que ajusta el ámbito de las relaciones sociales -y, por tanto, de las experiencias vitales- puesto que provee un ambiente seguro en momentos decisivos (y frágiles) de la vida de sus miembros, o puede ser el causante de los problemas individuales de los mismos. Esto demuestra la co-presencia de las estructurales de las relaciones sociales con las propiedades de un instrumento de trabajo, como lo es la enfermera, que permite visualizar cómo ciertas cualidades de los objetos y de las relaciones sociales pueden ser tanto restrictivas (coercitivas) como facilitadoras de la acción.

En este plano una mayor concreción analítica permite ver que las formaciones histórico-sociales poseen grados diferenciados de coercitividad y/o facilitación de la actividad de los agentes, y, por otro, que en una misma formación histórico-social los grados de coercitividad y facilitación de la acción por las propiedades estructurales no son los mismos, variando significativamente en función del desarrollo general de las fuerzas productivas y del momento (coyuntura socioeconómica y políticocultural, ascenso, estabilidad o decadencia de la sociedad en cuestión, etc.) de las clases/grupos sociales analizados<sup>154</sup>, como sucede en la práctica de la enfermería y la relación con la norma que coacciona o facilita la actividad del agente social (enfermera).

Para la Teoría de la Estructuración es de fundamental importancia que la comprensión del doble carácter de las propiedades estructurales determinen la comprensión del

---

<sup>153</sup> ORTIZ, Luis. Acción, significado y estructura en la teoría de A.Giddens. *En*: Revista Convergencia. Universidad Autónoma de México. Septiembre-diciembre, 1999, no.20, p. 57-84.

<sup>154</sup> GIDDENS, Anthony. La constitución de la Sociedad, Op. cit.

concepto de dualidad de la estructura, en la medida en que el momento de producción de la acción es también de reproducción en los contextos de desempeño cotidianos de la vida social. La dualidad de la estructura es siempre la base principal de las continuidades en la reproducción social a través del espacio-tiempo. A su vez, presupone el monitoreo reflexivo (y la integración) de agentes en el continuo de la actividad social cotidiana<sup>155</sup>. De esta forma se confirma que en el aspecto metodológico, la forma de analizar el hecho social se debe realizar por tres o más perspectivas o como se ha denominado, por métodos de triangulación metódica.

De esta manera, se debe comprender que es esta dualidad de la estructura, caracterizada por la coerción y facilitación de la acción, así como por la imposición de reglas y disponibilidades de recursos, y por la recursividad de las prácticas sociales, la que constituye el eslabón fundamental de las integraciones social y sistémica, pues es la que posibilita que las prácticas sociales en contextos de co-presencia puedan ser reproducidos a gran escala tiempo-espacial, o sea, en situaciones de ausencia física de los agentes sociales<sup>156</sup>.

Así mismo, se da cumplimiento a una de las principales tareas de la teoría social, que para Giddens<sup>157</sup> la constituye como el proveer concepciones de la naturaleza de la actividad social humana y del agente humano, que puedan ser puestas al servicio del trabajo empírico. La principal preocupación de la teoría social es idéntica a la de las ciencias sociales en general: la clarificación de los procesos concretos de la vida social.

---

<sup>155</sup> DOS SANTOS, Ronaldo. La Teoría Social de Anthony Giddens: Una lectura de La Constitución de la Sociedad. Disponible en internet: <http://www.herramienta.com.ar/vari0s/14/14-8.html>

<sup>156</sup> *Ibíd.*

<sup>157</sup> HARDCASTLE, Mary-Ann, *et al.* An overview of structuration theory and its usefulness for nursing research. *En: Nursing Philosophy*. 2005, vol. 6, p. 223-234.

### 4.2.1 Teoría de la estructuración para Enfermería

Las teorías son los instrumentos o esquemas conceptuales por los cuales los seres humanos intentan articular de manera sistemática el conocimiento que se obtiene de la experiencia mediante el proceso de investigación, siendo indispensables para describir, comprender, explicar y predecir los acontecimientos, hechos, fenómenos o situaciones que suceden en los diferentes ámbitos de lo real.

En este sentido, en la Teoría de la Estructuración, Anthony Giddens propone que las personas producen su propio sistema de reglas y recursos que conforman las estructuras durante la interacción de la agencia social con el entorno, y el conocimiento es producido y reproducido por esas estructuras en las vías de la rutina y los rituales donde cada acto se convierte en único.

Para la práctica de la enfermería en este lenguaje se convierte como la producción que debe transformar las estructuras sociales del sistema de salud, es decir las reglas y recursos de sistemas que contribuyan a la interacción de la enfermera como agente social con el usuario de su práctica que es el actor social. En este sentido, lo que se busca con la práctica social de enfermería es el puente entre la dualidad: estructura social del sistema y la enfermera que permita realizar una producción y reproducción de cambios y transformaciones tanto de los usuarios como de la estructura en sí.

Hardcastle<sup>158</sup>, considera que la producción social de las enfermeras (agentes sociales) está influenciada por la forma como ellas experimentan, ven y entienden el mundo y por consiguiente en cómo actúan en ese mundo. La teoría de estructuración incorpora una cantidad de ideas sociológicas como las hermenéuticas y la etnometodología, para

---

<sup>158</sup> Ibid.

explorar las prácticas sociales y las interacciones reconociendo los agentes más como las habilidades en las actuaciones que como estímulos culturales.

Para Giddens, la gente lleva y crea toda clase de modelos y esquemas para manejar las situaciones que a menudo se expresan como rutinas diarias, las cuales, en cambio, crean un sentido de seguridad ontológica. La teoría ontológica asume que las acciones sociales crean estructuras sociales, las cuales en cambio recrean acciones sociales vía al proceso de dualidad (tiempo – espacio). Esto produce y reproduce prácticas sociales que usualmente sobreviven a través del tiempo, como es el caso del cuidado, como patrones recursivos y prácticas rutinarias desde que los agentes constituyan estructuras a través de la acción, ya que se supone que los agentes tienen la habilidad y capacidad de cambiarlos.<sup>159</sup>

Reflexivamente, una característica inherente de todos los agentes consiste en hacer prácticas sociales más claramente, e intenta explicar porqué la gente actúa como actúa, trayendo conocimiento desde un nivel de práctica tácito a un nivel que puede ser discursivamente examinado. Por esta razón, la teoría de estructuración es un planteamiento teórico útil para asistir la exploración del mundo práctico y discursivo de la práctica de enfermería con el potencial de hacer que suceda, facilitando el análisis que incorpora los grados micro (interacciones día a día) y macro (conceptos organizacionales).

En términos de investigación, la Teoría de la Estructuración es útil para realizar estos análisis en contextos micro y macro en cuatro aspectos:

---

<sup>159</sup>

HARDCASTLE, Mary–Ann, *et al.* An overview of structuration theory and its usefulness for nursing research. En: *Nursing Philosophy*. 2005, vol. 6, p. 223-234.



- La elucidación hermenéutica de los significados: el conocimiento natural de enfermería y las razones para las acciones de la práctica y como manifiestan el poder en el discurso.
- El estudio del contexto y la forma de conciencia práctica: establecer que lo que hacen las enfermeras (nivel tácito –práctico) versus el discurso (nivel discursivo) o explorando cómo se contrasta el tiempo-espacio en la práctica.
- Identificación de los planteamientos del conocimiento: reconocimiento de las condiciones que determinan los resultados.
- Especificación de los órdenes institucionales: análisis de las condiciones sociales (micro nivel) y del sistema en salud (marco – nivel organizacional) por medio de la integración, mirando los consensos y contradicciones entre los dos.

En estos casos, lo que se hace es un diálogo con las enfermeras acerca del monitoreo de su discurso reflexivo sobre y en la práctica. La Teoría de la Estructuración dirige los recursos naturales de la vida social y otras dimensiones en la investigación de enfermería, además de permitir el estudio de la reproducción de las rutinas institucionales y la capacidad de exposición de los productos sociales<sup>160</sup>.

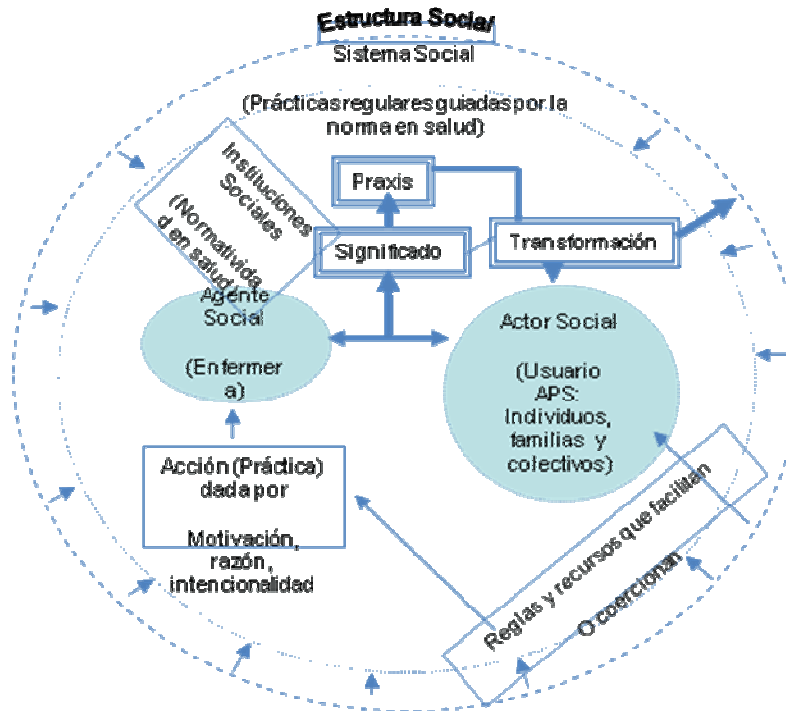
Para facilitar la relación entre la Teoría de la Estructuración y la práctica de enfermería en APS se ha desarrollado el siguiente gráfico que determina su analogía.

### **Ilustración 1** Analogía de la Teoría de la estructuración y la práctica de Enfermería.

---

<sup>160</sup>

GIDDENS, Anthony. La constitución de la Sociedad, Op. cit.



**Fuente:** Pardo, Yaira. Noviembre, 2006.

En la figura se puede ver cómo la enfermera debe tener una acción o práctica dada por unas motivaciones, razones e intencionalidades, las cuales se relacionan con los actores sociales que se constituyen como los usuarios beneficiarios de la práctica, por una acción de significado y praxis reflexiva, que se debe constituir como acciones de cuidado social que debe llevar a una transformación no sólo del actor social sino traspasar las líneas de las instituciones y permear las estructuras sociales. Para la presente investigación, las instituciones sociales constituyen aquella normatividad que facilita o coacciona la acción social de la enfermera que está delimitada por un sistema social, que ha regulado la práctica tradicional de enfermería en esta área.

De esta manera se puede observar que, como lo considera Giddens, los análisis institucionales y de conducta de los agentes sociales, en este caso de la práctica de enfermería, deben ser necesariamente complementados "con una concentración [analítica] en la dualidad de la estructura" pues para la correcta explicación de los

procesos sociales, a través del trabajo empírico, el cientista social no puede solamente aprehender las regularidades de tales procesos -regularidades que le dan un cierto grado de generalización, sino que debe buscar comprender las efectivas motivaciones de los agentes en el desarrollo de sus acciones, lo que significa comprender “los modos como los actores sociales se apoyan en las propiedades estructurales de los sistemas sociales para la constitución de relaciones sociales”, que es el propósito final del presente proyecto de investigación.

#### **4.2.2 Categorías de análisis a partir de la teoría de la estructuración**

El aporte que la Teoría de la Estructuración ha dado al pensamiento social contemporáneo ha sido el de proponer resolver el dilema de la relación entre la acción humana y la estructura social, en el marco de los enfoques contemporáneos en teoría social, haciendo un enlace entre el funcionalismo, el estructuralismo, la hermenéutica y la sociología interpretativa, utilizando enfoques que van desde la etnometodología, el interaccionismo simbólico, la fenomenología, el funcionalismo y el marxismo.

Para efectos pedagógicos, la Teoría de la Estructuración, epistemológicamente se puede dividir en tres aspectos básicos para su comprensión y concreción analítica, con las que se va a realizar una explicación de la relación entre la práctica social de Enfermería y su acción.

Como primer aspecto está el concepto de acción, agente e interacción; planteamiento que gira en torno a la caracterización de los elementos que explican la constitución y reproducción de la vida social. La vida social es, entonces, una obra producida por la acción de quienes participan en ella y es lugar de reflexión y acción.

**Categoría de análisis Acciones:**

En cuanto a la **acción**, se le considera como la duración de una conducta continua. Entonces los actos dan cuenta sólo de algunos momentos de una vivencia, por lo que una combinación de ellos no representa una acción, al menos que éstos impliquen un ejercicio de reflexibilidad, lo que supone una intencionalidad y una racionalidad en el acto. Es decir, que los agentes sociales ejercen un control sobre sus actividades y los contextos físicos y sociales, lo que se traduce en una capacidad de racionalización de su conducta. En su condición de actores, los individuos recrean las condiciones que hacen posible sus actividades de tal forma, que allí está involucrada la estructura, por lo que la relación entre la conciencia del acto, las prácticas y la estructura es visualizada en términos de reglas y recursos.

De esta forma, se determina que lo importante dentro de la acción es postular el concepto de la praxis como fundamento de la vida cotidiana y como papel activo del agente. Praxis se refiere, entonces, al conjunto de prácticas producidas y reproducidas por los actores sociales, es decir, la integración de la vida social en la dualidad estructural tiempo-espacio (tiempo-geografía)<sup>161</sup>.

Es decir, para Giddens la acción son las corrientes de intervenciones reales o contempladas en el tiempo-espacio y la noción de actividad se conecta con el concepto de praxis como una serie progresiva de actividades prácticas que implican una transformación. Es por esta razón que se dice que una acción es intencional cuando el actor social sabe que tendrá cierto resultado y utiliza ese saber para obtenerlo. Se considera que la Teoría de la Estructuración es entonces de carácter ontológico, puesto que está relacionada con el ser y el hacer de los agentes humanos y con la reproducción y la transformación social.

---

<sup>161</sup>

GIDDENS, Anthony. Las consecuencias perversas de la modernidad, Op. cit.

Este tipo de carácter ontológico determina que para que se dé **la acción**, el agente (Enfermera) desarrolla motivos, intenciones y razones, que expresan ese control reflexivo e implica que los actores desarrollen una serie de destrezas, en la coordinación de su conducta diaria y de sus contextos. Por esta razón, la indagación de estas habilidades significa que los seres humanos son capaces de dar cuenta discursivamente de su hacer, no obstante, hay que tener en cuenta el registro reflexivo de la acción y esto no implica el desconocimiento de los aspectos inconscientes de la motivación y la cognición.

En este sentido, la **actividad** o **acción** se define como una serie de intervenciones causales: un flujo continuo de experiencia vivida y los actos representan sólo una parte de las acciones. Los actos se consideran como parte de una serie progresiva de actividades prácticas, la acción, por su parte, hace referencia a la conducta cotidiana en tanto proceso vivido por sus actores; y esta misma es un flujo de intervenciones diestras, es decir, acciones intencionales que realizan los actores, en las cuales examinan su quehacer, las circunstancias en que lo hacen y la forma cómo los demás reaccionan frente a estos.

En resumen, las acciones poseen dos elementos constitutivos: las razones que los actores brindan para explicar su actividad, o sea, la racionalización de la acción y las necesidades o motivos que la generan, es decir, la motivación de la acción, definida como el conjunto de necesidades que impulsan a la acción. Pero a su vez esta motivación no proviene solamente de la intención subjetiva del agente social, sino de la relación que guarda con el sistema social en que está suscrita, teniendo en cuenta que un acto en el que el conocimiento del agente se usa para obtener un resultado, se considera como intencional en el sentido que se realiza con un propósito, es decir, hay una estrecha relación entre el conocimiento del mundo social, del material, del agente y el que tiene de sí mismo.

La capacidad reflexiva no sólo es utilizada en la elaboración de la acción sino que es utilizada como monitoreo o registro reflexivo de la misma, que le permite tener cierto poder o capacidad del actor de intervenir en el curso de los eventos y alterarlos, así como

la fijación de medios para la consecución de resultados. Entonces, la elaboración de una noción distinta de praxis, como es el objetivo de Giddens, requiere no sólo del reconocimiento del valor del lenguaje, sino en la reformulación de la articulación entre decir y hacer, entre significar y obrar.

### **Categoría de análisis Razones**

En cuanto al **significado o razón**, se reconoce como el papel de las capacidades cognitivas de los agentes y la importancia del lenguaje en la explicación de la vida social. Giddens se propone desarrollar un enfoque de la acción como conducta racionalizada no sólo incorporando el concepto de reflexibilidad, sino como comprensión de la interacción social. De esta forma se recupera el plano consciente de la acción y la conducta humana de los actores sociales se constituye como un mundo social significativo.

La comprensión es entonces una condición ontológica de la vida social. La autorreflexión del agente y la comprensión que tiene de sí mismo, resulta posible sólo en la medida en que está relacionada con lo que otros hacen y el juicio que tienen de ello. Es por esto que la interacción supone un conocimiento mutuo, es decir, esquemas interpretativos con los que los agentes comprendan la vida social. Este conocimiento mutuo se distingue del sentido común en la medida en que el segundo proporciona una seguridad ontológica, siempre y cuando sea una dependencia del conocimiento mutuo.

La constitución histórica de las acciones humanas es lo que conduce, según Giddens, a entender la interpretación del significado, dado que el ejercicio de reflexibilidad de los agentes conforma un mundo social simbólicamente estructurado, en el que se realiza un ejercicio hermenéutico del comportamiento social, así la reflexibilidad se refiere al uso de información sobre las condiciones de acción como medio de reordenación y redefinición periódicas de la actividad, es decir, un universo de acción en el que los observadores sociales son a su vez observados socialmente. Es así como para la Teoría de la

Estructuración el problema de la relación entre el condicionamiento de los agentes por el sistema social y la transformación del mismo por la actividad de los agentes, adquiere un significado de dualidad estructural.

### **Categoría de análisis Reglas y Recursos**

**Las reglas y recursos**, son elementos de la estructura y guardan relación con los sistemas sociales en que dichos sistemas son dados, como patrones de interacción. Finalmente, si esta estructura puede ser evaluada como un patrón de los fenómenos o relaciones sociales, la estructuración según Giddens, significa referirse a las condiciones que rigen las transformaciones de la misma, y a la reproducción de los sistemas sociales. Los sistemas reproducen las relaciones entre los actores o colectividades organizadas como prácticas regulares, en tanto que las instituciones son las propiedades estructurales de los sistemas sociales y las reglas y los recursos que entran en contacto con las instituciones con los aspectos más importantes de la estructura

### **Categoría de análisis Sistemas e Instituciones Sociales**

El último elemento de la teoría es la **el sistema y las instituciones sociales**. Para Giddens el mundo social se rige por mecanismos causales, provenientes de la racionalidad objetiva de las estructuras, de esta forma la vida social sólo se puede considerar como algo exterior y en ningún caso como obra de los individuos. Por esta razón, el dualismo se da sólo si la actividad humana es un elemento de la vida social, que se constituye como una unidad integradora entre el sujeto y el objeto. En este caso, la estructura provee un constreñimiento, en términos de la teoría, que se deriva del carácter objetivo de las propiedades estructurales, es decir de la contextualidad de la acción que no puede ser modificada por el agente individual.

Sin embargo, la estructura provee de un ordenamiento espacial temporal, define la integración recíproca del proceso, para asegurar la actividad de los actores en la conformación del mundo social y reconocer la eficacia relativa del marco institucional. Esta estructuración, como proceso ordenador, incluye tanto los elementos de la acción

(motivación, intencionalidad, racionalidad) como los factores asociados a los sistemas sociales. Se parte del hecho de que los actores no crean los sistemas sociales, pero no se puede concebir la existencia de la actividad humana sin ellos, puesto que estos los transforman y reproducen mediante la continuidad de la praxis.

La teoría de la Estructuración como lo plantea Giddens, es una herramienta de análisis de la vida social, que acoge el análisis de las conversaciones de los agentes en su vida social cotidiana, ubicada dentro de los límites de la etnometodología, con la cual se descubre las formas y las configuraciones de la práctica social de un agente. Por tal motivo las categorías conceptuales de la teoría para el presente trabajo son tomadas como categorías a priori para el análisis de la producción y reproducción de la práctica de un grupo de profesionales de Enfermería.

## 5. Marco del Diseño

### 5.1 Tipo de estudio



El presente estudio se ubica desde un paradigma cualitativo, de tipo interpretativo hermenéutico cuyo diseño metodológico corresponde a los parámetros ofrecidos por la Etnometodología para el análisis de la reproducción de la vida social.

## 5.2 Diseño metodológico

Este estudio se realizó a través de la etnometodología, que es una corriente sociológica surgida en los años sesenta. Constituye la tradición de investigación cualitativa de más reciente aparición y hace hincapié en la interpretación, la transformación de la realidad social y en el actuar creativo de los sujetos. Mauro Wolf, define la etnometodología como “el estudio de los modos en que se organiza el conocimiento que los individuos tienen de los cursos de acción normales, de sus asuntos habituales y de los escenarios acostumbrados”. El término viene de etno, de un saber propio de su sociedad de referencia y metodología, es decir, de los procedimientos formales de conocimiento y argumentación manejados por el actor cotidiano.

El énfasis en los estudios etnometodológicos se centra en los acontecimientos cotidianos y las influencias del conocimiento común en las ciencias humanas. Trata de una perspectiva sociológica que toma en cuenta los métodos que los seres humanos utilizan en su vida diaria para levantarse, ir al trabajo, tomar decisiones, entablar una conversación con los otros, etc. Es por ello que su premisa principal es que en las ciencias sociales todas es interpretación y que nada se explica por sí solo, que hay que buscarle un sentido a todos los elementos a los que se enfrenta el investigador. Así, en lugar de producir explicaciones causales deductivas, tiene como finalidad producir descripciones.

Las investigaciones en este contexto se realizan a nivel micro y macro social y parten del supuesto de que el comportamiento humano es en gran medida racional. El interés no se halla en el análisis funcional de las normas sociales, sino en los procesos en los que la gente organiza sus actuaciones en la vida cotidiana.

Se intenta analizar el sentido del comportamiento y las relaciones socio-culturales de las expresiones, normas, reglas y códigos que emplea la gente. Las personas emplean el lenguaje cargándolo de sentido; no se socializa únicamente, sino que se crean acciones en un contexto social. La producción y la reproducción de las relaciones sociales dentro de la forma institucionalizada de las organizaciones, conforman los procesos centrales de estudio etnometodológico.

Sin embargo, esta orientación metodológica no pretende abordar las realidades humanas o sociales desde cero, sino que usa, con prudencia, los recursos que la sociedad en cuestión le ofrece. Así, el trabajo de interpretación estará influido por instrumentos interpretativos locales, como categorías reconocidas, vocabulario familiar, tareas organizativas, orientaciones profesionales, cultura grupal y otros marcos conceptuales que le asignan significado a los asuntos a investigar.

### 5.3 Tipo de análisis

Para garantizar la coherencia interna del proyecto, se llevó a cabo un análisis de conversación, como forma de determinar la práctica social de las enfermeras, que tuvo por objeto el estudio del lenguaje natural y externo al individuo, empleado para hacer cosas. Este no se centró en el análisis lingüístico de las interacciones verbales, sino como lo proponen Sacks and Schegloff<sup>162</sup>, en evidenciar las propiedades elementales de la acción social, esto es, de qué modo los participantes a través de la interacción verbal explican “localmente la organización social”. Apunta hacia la relación que es posible trazar entre las perspectivas micro y macrosociales según Giddens<sup>163</sup>.

La interacción social tiene en la conversación espontánea una de sus más cotidianas y potentes fuentes de estructura, desarrollo y cambio. En la conversación espontánea se

---

<sup>162</sup> SACKS Y SCHEGLOFF. 1974. En: Ten, Paul. Doing conversation análisis. A practical Guide. Sage Publications. 1999.

<sup>163</sup> GIDDENS, Anthony *et al.* Las consecuencias perversas de la modernidad. 1 ed. Editorial Anthropos, 1996, p. 52.

pone en evidencia el carácter dialogal del lenguaje y se considera al intercambio como la unidad mínima del lenguaje en una perspectiva dialogal.

La conversación suele tener altos grados de indefinición, imprevisibilidad e improvisación por parte de quienes intervienen en ella. Pone en movimiento diversos juegos de poder entre los participantes por la hegemonía de los significados del discurso. Así, los participantes de modo tácito y explícito negocian los temas, rol e identidad en la interacción dialogal.

La interpretación de datos conversacionales integra dos estrategias de análisis: (a) la organización jerárquica que permite comprender los significados de las acciones verbales en el contexto de la comunicación, y (b) la organización temporal o secuencial de la interacción, reconociendo los propósitos y cambios a lo largo del tiempo que dura el encuentro dialogal.

En este sentido, las entrevistas fueron transcritas respetando los elementos de orden de la conversación que los participantes le fueron dando a sus conversaciones. Una vez realizada esta transcripción se procedió a identificar las unidades de intercambio dialogal, es decir los aspectos significativos para el participante de acuerdo a la pregunta realizada. En el análisis de la conversación, cada unidad dialogal se rompe en unidades de sentido más pequeñas que pueden ser organizadas en el segundo nivel de análisis, al tiempo y la secuencia de la interacción con otras unidades de intercambio.

Cada participante fue identificado con una letra y cada categoría con otra. Las unidades de intercambio fueron descritas con un número y sus unidades de sentido con otro por ejemplo: el participante A, en la categoría A de acciones, tiene una unidad de intercambio 1 y la unidad de sentido fue la 3, entonces el trazo de la conversación es AA13.

Esta información fue almacenada en una matriz de análisis en la que filas se encuentran los participantes en las columnas las categorías de tal manera que se pudiera realizar un reconocimiento de la conversación por individuo y por categoría.

## 5.4. Definiciones acogidas para la investigación

Se acoge para la presente investigación, la definición de praxis o práctica social propuesta por Giddens<sup>164</sup>, la cual se define como:

- ▶ El fundamento de la vida cotidiana y el papel activo del agente social.
- ▶ Se refiere al conjunto de prácticas producidas y reproducidas por los actores sociales y son la serie progresiva de actividades practicas, que implican una transformación.
- ▶ Es una acción es intencional que el actor social sabe que tendrá cierto resultado y utiliza ese saber para lograr ese resultado, puesto que está relacionado con el ser, el hacer, la reproducción y transformación social.
- ▶ Implica que los actores desarrollen una serie de destrezas en la coordinación de su conducta diaria y de sus contextos y son capaces de dar cuenta discursivamente de su hacer.

Y para efectos concretos del análisis se propusieron las siguientes definiciones operacionales de las categorías a priori derivadas de la teoría de la Estructuración:

- Acción: Es una serie progresiva de actividades practicas que son acciones intencionales, que realizan los actores en los cuales se examina su que hacer, las circunstancias en que lo hacen y la forma como los demás reaccionan ante estos.
- Razón: Son las necesidad que genera a partir del conocimiento que se tiene de la acción. Se reconoce como el papel de las capacidades cognitivas de los agentes y la importancia del lenguaje en la explicación de la vida social. Es la auto reflexión del agente, la comprensión que tiene de si mismo y de lo que hace

---

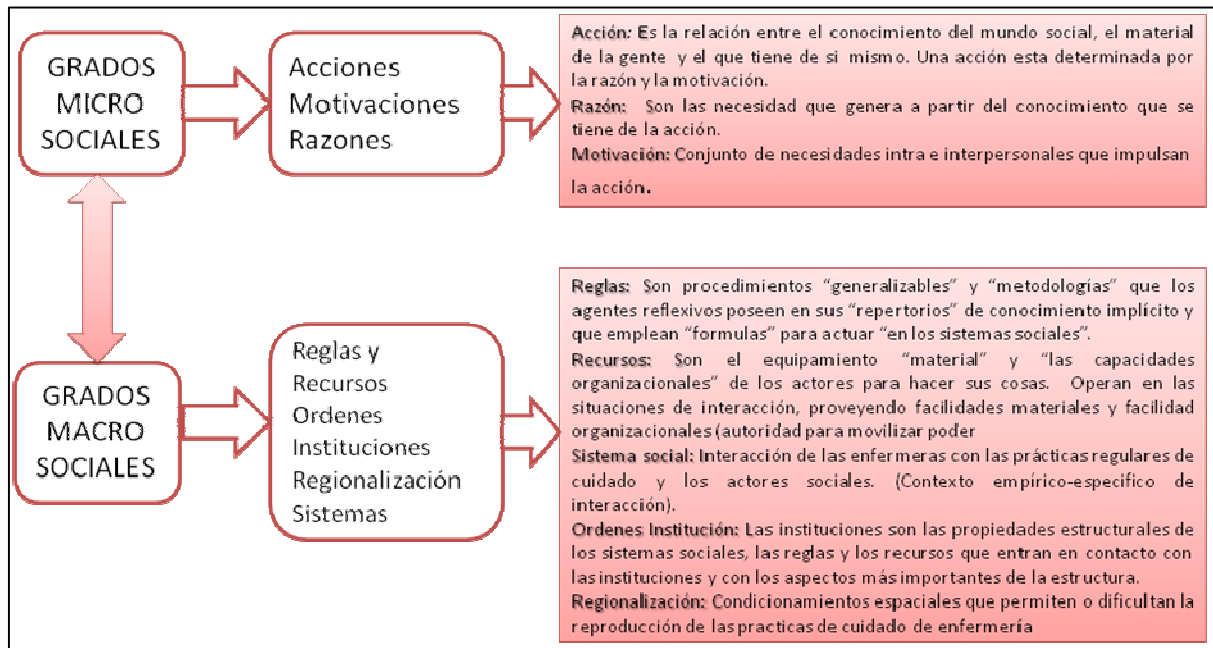
<sup>164</sup>

COHEN, Ira. Teoría de la estructuración y Praxis social. En Giddens, A et al. La teoría social Hoy. Alianza Editorial, Mexico,1990.

- Motivación: Conjunto de necesidades intra e interpersonales que impulsan la acción
- Reglas: Son procedimientos “generalizables” y “metodologías” que los agentes reflexivos poseen en sus “repertorios” de conocimiento implícito y que emplean “formulas” para actuar “en los sistemas sociales”.
- Recursos: Son el equipamiento “material” y “las capacidades organizacionales” de los actores para hacer sus cosas. Operan en las situaciones de interacción, proveyendo facilidades materiales y facilidad organizacionales (autoridad para movilizar poder).
- Sistema social: Interacción de las enfermeras con las prácticas regulares de cuidado y los actores sociales. (Contexto empírico-específico de interacción).
- Institución social: Las instituciones son las propiedades estructurales de los sistemas sociales, las reglas y los recursos que entran en contacto con las instituciones y con los aspectos más importantes de la estructura.
- Regionalización: Condicionamientos espaciales que permiten o dificultan la reproducción de las practicas de cuidado de enfermería.

Respondiendo de esta manera a saturar la información en los dos niveles sugeridos por la teoría los macro y micro sociales tal y como se puede observar en la figura xxx:

**Ilustración 2.** Organización de categorías a priori según la teoría de la Estructuración



Fuente: Pardo, Yaira. Enero, 2013.

## 5.4 Informantes – agentes sociales participantes

Los informantes fueron enfermeras (os) profesionales, de diferentes Empresas Sociales del Estado de primer nivel de la ciudad de Bogotá.

En Bogotá no se tiene información sobre cuantas enfermeras profesionales trabajan en unidades de primer nivel, aunque por información verbal de la Secretaría de Salud de Bogotá estas deben estar distribuidas de manera uniforme en la ciudad. Por lo que esta misma institución consideró que la mejor manera de tener representación del personal era a través de los cuatro nodos que tiene la red de prestación de servicios de IPS públicas de primer nivel de la ciudad: sur, norte, centrooriente y occidente.

Esta institución, poseía una base de datos de los coordinadores de estos cuatro nodos, la cual fue suministrada para que la investigadora se pusiera en contacto con estas y a través de la técnica de bola de nieve poder seguir contacto al resto de informantes.

Inicialmente se escogieron cuatro enfermeras o enfermeros, cada uno perteneciente a uno de los nodos de la red de prestación de servicios de la ciudad, con los que se inició el estudio, dado que no se logró la saturación de la información se fueron buscando otros cuatro nuevamente. Con estos participantes se estableció que se habían logrado los criterios de saturación por lo que se decidió escoger un individuo 9 con el cual hacer reconfirmación de la información.

## 5.5 Recolección de la información

La información se recolectó a través de entrevistas semiestructuradas, realizadas a los 9 sujetos que desearon participar del estudio, previo diligenciamiento del consentimiento informado. El cuestionario guía, se diseñó con preguntas orientadoras correspondientes a indagar cada una de las categorías propuestas por la teoría, que variaron en el ámbito de la interacción con la investigadora, según se fue dando la interacción en la conversación con los participantes.

La fecha, lugar y hora fueron escogidos por los entrevistados y para garantizar el rigor se guardó la distancia cínica sugerida por Berg <sup>165</sup>, que consistió en mostrar una postura neutral ante lo relatado, ya que cualquier otra posición (empatía o antipatía) podía degenerar la información en un relato imaginario, donde se mezclara con facilidad la información ficticia o por el contrario, una transmisión entrecortada, tediosa, sin interés, por parte del informante, ocultando datos y aspectos que a posteriori podrían ser valiosos.

Las entrevistas se realizaron en lugares en donde los participantes se sintieron más cómodos y que fueran lejos del espacio de trabajo, dado que en ellos no podían hablar con tranquilidad y eran interrumpidos con frecuencia, así que la actividad se llevó a cabo en sus hogares, en su mayoría, o en otros lugares públicos, como cafeterías

---

<sup>165</sup>

BERG, M. La entrevista como método de producción de conocimientos. Historia y Fuente Oral. 1990.

La forma de registro se realizó por medio de grabaciones de voz y memos de campo, donde la investigadora anotó las sugerencias, expresiones, gestos, preguntas de ampliación, etc. Una vez registrada la información, se procedió a su transcripción (expresión escrita literal de la grabación de voz original) atendiendo a la literalidad de lo recogido, manteniendo el argot, expresiones y léxico jergal del informante y una vez reconstruidas las conversaciones, estas fueron validadas por los mismos participantes, quienes leyeron en dos oportunidades sus propios relatos para garantizar el rigor dentro de la investigación

Para garantizar la fiabilidad y veracidad de lo que el informante expresó, se comprobó la coherencia interna del relato: lo que dijo y cómo lo dijo, su forma de estructurarlo y la congruencia del resultado final.

## 5.6 Rigor

El rigor de la investigación se mantuvo, dado que la investigadora debió construir una fase de preparación teórica, teniendo en cuenta que se diseñaron las categorías de análisis *a priori*, a partir de las categorías propuestas por la teoría de la Estructuración. Posteriormente se realizó la selección de informantes y recolección de información y para el estudio de los datos se utilizó el análisis de la conversación, el método sugerido por la etnometodología para guardar el rigor y coherencia interna de la investigación, para así tener en cuenta los siguientes aspectos, orientados a garantizar la calidad de la misma:

**Credibilidad:** se elaboró una explicación extensa de cómo se llega a ciertas conclusiones; se mantuvo contacto con los participantes para la corroboración de los datos y se eliminaron los sesgos de recolección de datos por medio de la documentación de los mismos.

**Transferibilidad:** se garantizó que los sujetos participantes del estudio fueran representativos del fenómeno y que la construcción de conceptos se realizara a partir de la teoría propuesta.



Dependencia: se buscó garantizar la consistencia de los datos y se efectuó constantemente el ciclo documentación – búsqueda.

Confirmabilidad: durante toda la investigación se tuvo en cuenta el uso de la teoría.

## 5.7 Limitaciones del estudio

El presente estudio se refiere al análisis cualitativo de la práctica social en Enfermería en Bogotá y no puede generalizarse a otras poblaciones.

Este estudio se refiere al análisis realizado a partir de la teoría de la Estructuración de Anthony Giddens y no puede ser generalizado a otro tipo de práctica o concepto o teoría.

Este es un estudio que se realizó por medio de un análisis de datos que no se puede generalizar y está circunscrito a un momento y un lugar.

El presente estudio es el análisis de la práctica social de una población en particular y no se puede generalizar a otro tipo de población.

## 5.8 Consideraciones Éticas

Para garantizar los aspectos éticos de la presente investigación se tuvieron en cuenta los siguientes criterios tanto legales como valorativos:

La presente investigación, según la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud, es considerada SIN RIESGO, ya que este estudio no adelantó ninguna intervención ni modificación de alguna variable fisiológica, psicológica o social de los participantes del estudio.

Es necesario aclarar que no se requirió de permisos institucionales, sólo personales de los participantes, ya que la Secretaría de Salud Distrital, quien es el ente rector de las Empresas Sociales del Estado de Bogotá y recomendó no realizar la selección de los entrevistados por medio de las instituciones, ya que esto se prestaría a interpretaciones

de evaluación de programas o funciones de los participantes y este no es el objetivo de la investigación.

La ubicación y contacto de éstos se hizo vía telefónica a sus números personales y las entrevistas se adelantaron en espacios públicos o en donde el participante indicó, pero nunca dentro de la institución a la que pertenece.

Para el análisis de la información se mantuvo el anonimato de los entrevistados, utilizando códigos en vez de nombres, y los participantes tuvieron la autonomía de retirarse del estudio cuando ellos lo consideraran.

Frente al principio de Beneficencia, los participantes tuvieron todo el tiempo acceso a la información y resultados del estudio, de esta manera se espera que los mismos aporten al crecimiento y transformación de la práctica de los entrevistados y en la generación de cambios a nivel de formación y normatividad.

La pertinencia científica surge de la necesidad teórica y práctica, de reevaluar y crecer en la disciplina identificando los aspectos propios de la práctica y estos como se configuran en la realidad, al mismo tiempo que su utilidad radica en la propuesta de una explicación teórica que aporta a la construcción del conocimiento y a la generación de políticas para el mejoramiento de la práctica social. Como garantía de reciprocidad, ésta se realizó a través de la validez por los participantes, quienes conocieron los objetivos del estudio y fueron partícipes de la construcción del conocimiento. Se realizará la socialización de resultados finales del estudio, una vez se posea la aprobación final del presente documento.

El modelo de consentimiento informado que firmaron los participantes y que se encuentra como anexo al presente documento, contiene información sobre el propósito, los procedimientos, los derechos y la confidencialidad de las personas que participaron en el estudio así como los posibles riesgos, beneficios, costos y compensación.

## 6. Resultados, Análisis y Discusión

### 6.1 Resultados

Para Giddens<sup>166</sup>, sólo con la fenomenología y etnometodología, como es el caso, se pueden hacer tratamientos circunstanciados para descubrir la conciencia práctica, por lo que Binding y Tapp<sup>167</sup>, sugieren que las conversaciones descubren nuevos significados y los genuinos encuentros entre los participantes, a la vez que iluminan las perspectivas de las disciplinas. En su mayoría los entrevistados, al momento de aplicarles el cuestionario, estaban ejerciendo cargos de coordinadores de programas del ámbito familiar, de los equipos de Salud a su Casa (SASC) o de salud pública, además de ejecutar y coordinar los programas de promoción de la salud y promoción de la enfermedad dentro de las instituciones prestadoras de salud.

El análisis continuo y circular característico de las orientaciones metodológicas cualitativas se ejecutó en tres fases: la primera consistió en la fragmentación de los datos y la organización en las definiciones conceptuales de las categorías establecidas desde el referente teórico; la segunda fase se centró en la organización interaccional de las categorías, dado que la teoría de la estructuración propone realizar un sistema de conceptos que permita ver los procesos importantes del mundo social; y la tercera fase, en donde se llevó a cabo una reespecificación que, como lo plantea Garfinkle<sup>168</sup>, consiste

---

<sup>166</sup> GIDDENS, Anthony. La constitución de la Sociedad. 1 ed. Sao Pablo: Editor Martins Fontes, 1996, p.55.

<sup>167</sup> BINDING, Linda et al. [Human Understanding in Dialogue: Gadamer's Recovery of the Genuine](#). En: Nursing Philosophy, 2007, vol 9, no 2, p 121-130

<sup>168</sup> GARFINKEL, Harold. Studies in ethnomethodology. Universidad de California. Los Angeles. 1967, p. 119.

en establecer una comprensión del orden social como resultado de prácticas y acciones situadas en escenarios específicos y ordinarios, así como redirigir la atención a la relación entre la construcción social y el problema que se plantea.

Dentro de la primera fase, los datos fragmentados se organizaron de acuerdo con las definiciones conceptuales de las categorías preestablecidas, según los elementos contemplados dentro de la teoría para descubrir la conciencia práctica de los agentes, en cada uno de los niveles tanto, micro como macro sociales.

En la segunda fase, de organización interaccional, se analizaron los argumentos discursivos dentro de cada una de las categorías, contrastándolos unos con otros y estableciendo una organización tipológica de acuerdo con los mismos. Dentro de las conversaciones existen trazos de datos que comparten argumentos discursivos y que, al unirlos con la otra categoría conceptual, forman una sola unidad de sentido discursivo, como se muestra en la figura 3.

Ilustración 3. Unidades de sentido Conversacional.



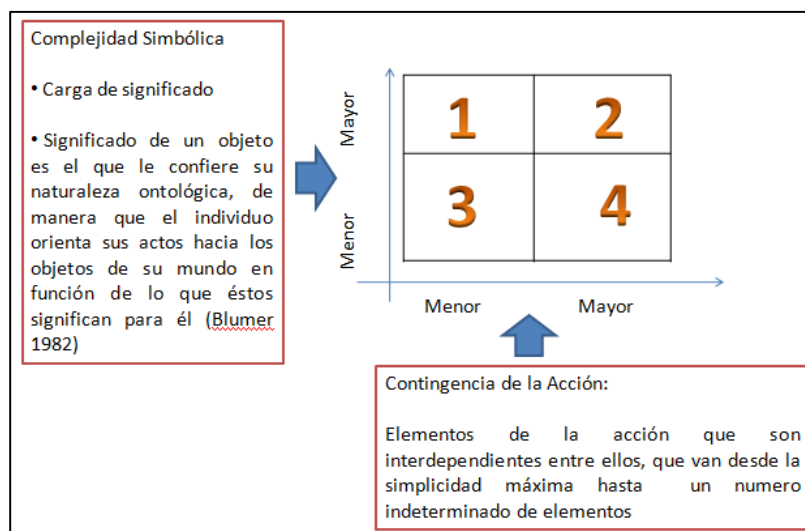
Fuente: Pardo, Yaira. Enero, 2011.

Para el ordenamiento y análisis de los resultados, como lo sugiere la teoría de la estructuración, se realiza a través de unos elementos básicos de acuerdo a ella misma:

- Los fenómenos de la realidad y por ende de la acción, oscilan entre la ordenación de las mismas (impredictibilidad) y la determinación (predictibilidad)
- Estos fenómenos pueden variar entre la máxima complejidad, que son la multiplicidad de los fenómenos con muchos elementos interdependientes entre ellos y la simplicidad máxima.

Partiendo de esto para el ordenamiento, de los resultados a nivel microsocioal, se utilizó el sistema de coordenadas propuesta por Munch<sup>169</sup>, en el que en el eje vertical se representa la complejidad y el eje horizontal la contingencia de la acción. De esta manera cada de las categorías microsociales se ubican en un sistema de coordenadas diferente, como se puede observar en la siguiente ilustración:

**Ilustración 4.** Análisis de coordenadas



**Fuente:** Pardo, Yaira. Enero, 2011

Para efectos del documento, solo se expondrán solo algunos de los elementos que se identificaron en las conversaciones y en términos generales de las constituciones de cada una de las categorías.

<sup>169</sup> MUCH, Richard. La teoría Parsoniana actual: en busca de una nueva síntesis. En: GIDDENS, Anthony. La Teoría Social Hoy. Editor Alianza Universidad. 1995.

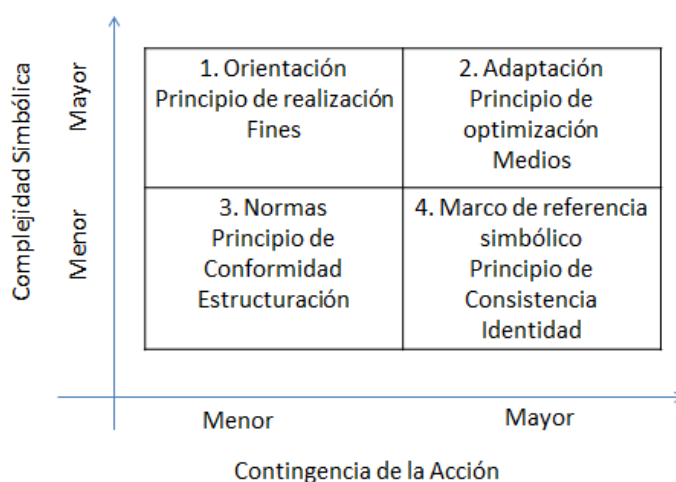
Uno de los aspectos más relevantes encontrados, es que para lograr la profundidad en los datos fue muy difícil, ya que las enfermeras y los enfermeros son tácitos y demasiado concisos al describir la práctica. Cuesta lograr un análisis mas allá de la descripción de las actividades realizadas que se conoce y que en sus propias palabras “no amerita perder el tiempo pensando en eso, aunque se debería hacer de vez en cuando” FA12.

### 6.1.1 Resultados y análisis: Nivel Microsocial

#### 6.1.1.1 Categoría: Acciones

En esta categoría se tuvieron en cuenta todos aquellos elementos que expresaron los participantes sobre su rutina de actividades en su vida cotidiana laboral en sus contextos específicos y los resultados se organizaron en el siguiente esquema de coordenadas:

**Ilustración 5.** Sistema de Coordenadas para el análisis de acciones



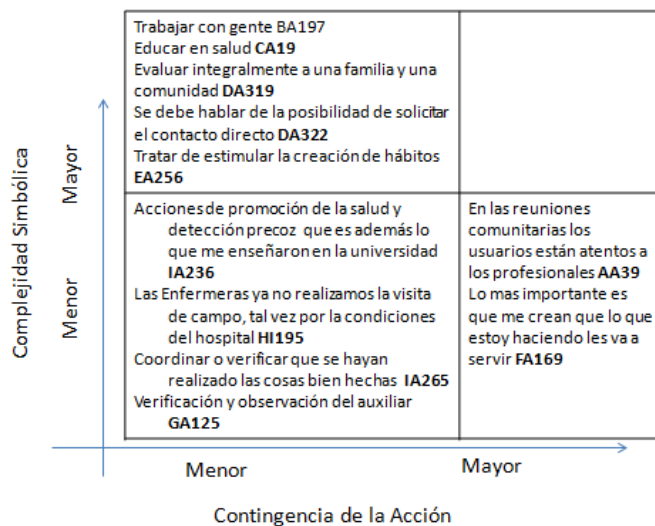
Tomado de: Giddens, Anthony et al. La Teoría Social Hoy. Alianza Universidad. 1995

Para esta categoría los cuadrantes se interpretan de la siguiente manera:

1. En este punto, las acciones tienen una orientación muy concreta en la realidad con un objetivo claro de fin, por lo que la contingencia es menor aun cuando contienen una alta complejidad simbólica para los sujetos.
2. En este punto, las acciones son optativas con una serie de medios los cuales aumentan su variabilidad y adaptabilidad por lo se conciben con una alta complejidad simbólica y una mayor contingencia de la acción.
3. En este punto, las normas producen la regularidad de las acciones, por lo que el mundo simbólico se simplifica normativamente por lo que se concibe en un principio de conformidad. Por lo que su complejidad simbólica como la contingencia de la acción es menor.
4. En este punto los marcos simbólicos dan la acción, aunque las contingencias de las mismas son mayores. Es decir existe una identificación de la acción más no dentro marcos simbólicos consientes.

Según los datos obtenidos de las conversaciones y al ubicarlas en el sistema de cuadrantes se obtiene como resultado:

Ilustración 6. Resultados sistema de coordenadas análisis de acciones



Cuando se conversa con las enfermeras y los enfermeros estos refieren como acciones, en general las actividades descritas tanto en la literatura y como en la normatividad. Sin embargo, al explicar el concepto de acción, no solo como el hecho de hacer cosas en sus

actividades diarias, sino como aquellas que realmente le dan sentido a la práctica, los profesionales en general han realizado una pausa en su pensamiento y se generaron conversaciones alrededor de elementos que si bien, responden a esa lógica, emergieron otros elementos.

Uno de los que generó mas saturación, fueron el que la práctica se fundamenta en acciones de promoción de la salud y detección precoz, tal cual lo contempla y lo determina la norma, además que es señalada como un aspecto del cual se aprende y que es lo que más se aprende en la universidad. Sin embargo emergieron algunas reflexiones sobre que hay acciones que se han relegado, cuando debería ser una acción de cuidado directo como son las visitas de campo o domiciliarias, ya que este un aspecto que también hace parte de la formación pero que en la realidad poco se puede realizar y hace parte de la delegación de responsabilidades en nuestro contexto.

Un aspecto que se rescata de la normatividad y que al contrario de la reflexión sobre pérdida, se considera como un elemento de poder interno, que tiene que ver con la coordinación, verificación y/o supervisión de las actividades que se han delegado al personal auxiliar. Algunos participantes, refieren un poco de “nostalgia” al no poder realizar las acciones de cuidado directo que hacen el personal auxiliar pero este es superado por el hecho de tener que dar cuenta de este proceso a nivel administrativo y se considera que es uno de los espacios todavía único dentro de la práctica.

Algunos participantes, durante la conversación lograron un cierto nivel de complejidad simbólica al realizar ciertas asociaciones de sus acciones con elementos más de interacción con el otro. Entre estos, el hecho que la consulta es un espacio único para realizar procesos educativos, que aunque muy contenidos dado que es muy específico y muy corto el tiempo, pero que se logra tener una reciprocidad con el otro que lo hace sentir útil ante el otro y hacia sí mismo.



Algunas participantes, consideran que aunque es el personal auxiliar quien realiza “la labor social” sobretodo de la visita domiciliaria, la educación en salud es su mayor fortaleza puesto que como lo hace el profesional “no lo hace nadie”, además de que independiente de la escuela de formación es un elemento característico de la formación del pregrado.

Existe, para los participantes un elemento, que los hace sentir en general tranquilos frente a no estar al tanto de ese contacto social, es que la comunidad cuando se reúne, solicita y está pendiente de la labor de los profesionales, bien sea “...porque preguntan quién es el profesional?” o por la experiencia de los participantes en este tipo de encuentros sociales, muy comunes en algunos lugares de trabajo de los participantes.

En este encuentro comunitario o en el de la consulta, un aspecto relevante descrito en la conversación, es el hecho de que el otro “me crea” en la interacción, puesto que si hay un elemento de confianza que se debe ganar en el otro para que la acción sea efectiva. Por esta misma razón se “trata de hacer muchas cosas”, igualmente a todo nivel para demostrarle al otro la capacidad, no solo a nivel gerencial sino a nivel interdisciplinario e incluso a nivel de la misma profesional.

En las conversaciones en general, como acción se habla de la “evaluación integral”, como aquella acción que permite imprimir el sello característico de la acción de Enfermería, aunque al intentar profundizar sobre su significado, dentro del relato emerge nuevamente el concepto normativo y de necesidad de cumplimiento a esta. Sin embargo la aclaración, de los participantes, es que solo la profesión de Enfermería es el personal idóneo para hacerlo.

Finalmente un elemento trazador dentro de las conversaciones es la de crear y/o modificar hábitos. Hábitos que carecen de una profundidad explicativa dentro de los relatos pero que se asocia en estos con la capacidad de hacer que el otro al creerme

logre realizar un cambio en sus maneras de asumir el cuidado que el profesional le da y que él debe aprender, porque es un ejercicio enmarcado en la educación para la salud.

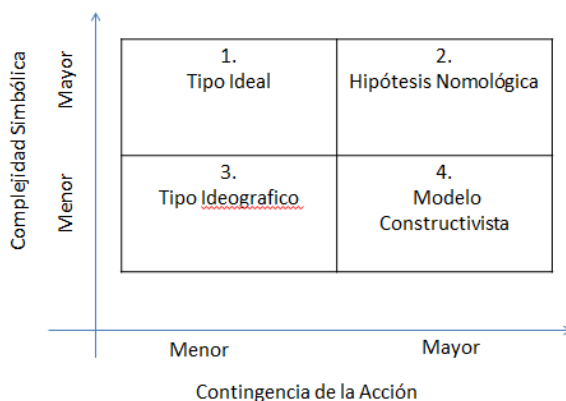
Por estas razones, al ubicar los resultados en el diagrama por coordenadas, las mayores explicaciones sobre las acciones se sitúan en un punto de Menor desarrollo, tanto de la complejidad simbólica como de contingencia de la acción, es decir que son de carácter puntual y en su mayoría determinadas por la normatividad al respecto, sin realizar un mayor análisis de la funcionalidad o utilidad de la misma o de las mismas. Por lo que se ubica en el cuadrante de principio de conformidad, es decir se hace lo que se diga que se deba hacer, sin pasar por el plano de la reflexión sobre lo que se hace, que es un punto esencial como se ha determinado en todas las explicaciones teóricas sobre la práctica.

Esto genera un aspecto de la estructuración de la práctica, es decir que por su grado de especificidad responde a órdenes institucionales o sociales ya predeterminados que han permeado tanto simbólica como en la misma determinación de la acción, dentro de la práctica.

### 6.1.1.2 Categoría: Motivaciones

Según la teoría las motivaciones son aquel conjunto de necesidades intra e interpersonales que impulsan la acción, los resultados se organizaron en el siguiente esquema de coordenadas:

**Ilustración 7.** Sistema de Coordenadas para el análisis de motivaciones



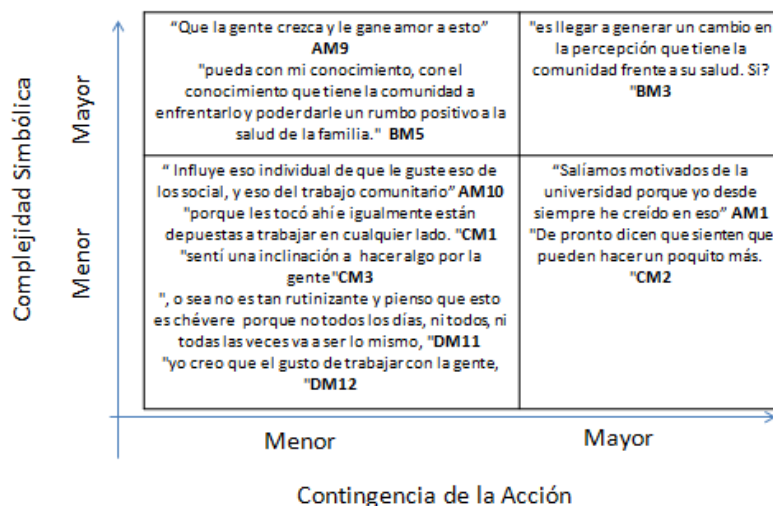
Tomado de: Giddens, Anthony et al. La Teoría Social Hoy. Alianza Universidad. 1995

Para esta categoría los cuadrantes se interpretan de la siguiente manera:

1. En este punto, las motivaciones son muy selectivas que ejercen un control relativamente menor sobre la acción, pero con un contenido simbólico mayor para el individuo.
2. En este punto, las motivaciones se convierten en ley para la acción por lo que tanto la complejidad simbólica como la contingencia sobre la acción son mayores.
3. En este punto, las motivaciones son particularista, relativo a un mundo vital del sujeto por lo que la complejidad simbólica es menor lo mismo que la contingencia sobre la acción
4. En este punto la motivación es un conjunto de elementos reducidos, por lo que la complejidad simbólica es mayor, pero la contingencia sobre la acción es mayor.

Según los datos obtenidos de las conversaciones y al ubicarlas en el sistema de cuadrantes se obtiene como resultado:

Ilustración 8. Resultados sistema de coordenadas análisis de motivaciones



Tomado de: Giddens, Anthony et al. La Teoría Social Hoy. Alianza Universidad. 1995

Frente a la categoría de motivaciones, en la conversación surgieron aspectos diversos tanto en su complejidad simbólica como en su relación con la acción. Por lo que a priori, ya se encuentra en situado en el cuadrante de menor complejidad simbólica y de contingencia en la acción.

El primer elemento que surge en todas las conversaciones, como una gran voz colectiva, es el hecho que la motivación por la que se está realizando las actividades dentro del contexto es el gusto por “lo social” y “eso del trabajo comunitario”. Este es un aspecto contradictorio con los relatos sobre las acciones sobre la experiencia que la práctica es de carácter individual, y que el cuidado se da uno a uno, a pesar de tener elementos colectivos. Sin embargo, como motivación se considera que no se estaría realizando la acción sino fuera social.

Un aspecto y elemento constante en las conversaciones, que se asocia con el hecho de “ser social”, es que las actividades tienen un componente dinámico y aunque resulta en un momento dado “rutinario”, puesto que los contextos particulares y el territorio hace que las personas siempre tengan contingencias en su vida cotidiana y por ende la vida cotidiana del trabajo resulta igual de dinámica.

Por esta explicación, para los participantes para trabajar en estos ambientes se tiene que tener un elemento de personalidad particular, como el hecho que le guste trabajar con la gente, sin embargo en la conversación expresan que existen profesionales que no necesariamente tenían esa orientación, sino que “les toco” pero que aún así su rasgo de personalidad le permite “trabajar en cualquier lado”.

Un punto importante, expresado frente a esos colegas que “les toco”, emergen motivaciones relacionadas nuevamente desde los ordenes sociales e institucionales, como es la remuneración económica. Se tiene, en los participantes, la experiencia que ese “tocar” fue mediado por la necesidad de aumentar los ingresos económicos, ya que los participantes dicen ganar más salario que si estuvieran trabajando en niveles de alta complejidad y por ende en actividades de corte clínico especializado.

Un elemento relacionado en su menor complejidad simbólica pero con un componente importante de contingencia, con ese rasgo de personalidad, es el hecho de sentir como

experiencia que se “hace un poquito más”, que en otros escenarios de trabajo. Para la explicación de este elemento no se logró que los participantes exploraran un poco más su capacidad simbólica, y en general fue asociado con el hecho de estar más cerca del territorio, de su vida cotidiana.

Dos de los nueve participantes, expresaron en sus conversaciones algunos elementos simbólicos importantes, que son necesarios en futuras investigaciones explorarlos de manera profunda. Estos elementos están relacionados con el crecimiento personal que se logra tras la interacción con el otro y su relación con aspectos de amor y felicidad que esto produce tanto para el que lo hace como para quien lo enseña, y como esta interacción que se hace de forma individual, puede cambiar una realidad de un contexto único como es la familia y finalmente esto logra que la percepción de lo que se considera salud cambie.

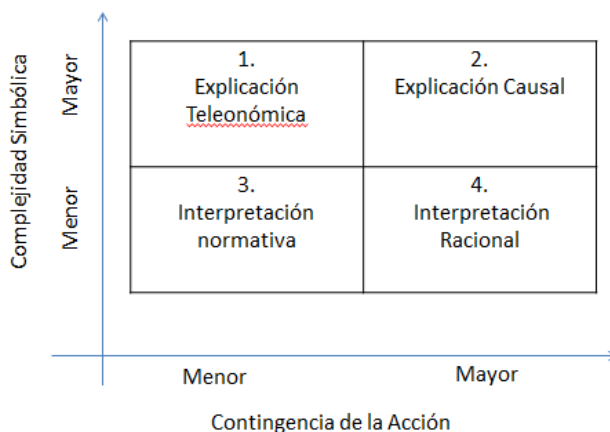
Esto se constituye como un elemento mayor en su complejidad simbólica además por el elemento consciente dentro de la conversación de porque se logra una transformación en el otro, que es finalmente el significado de la praxis.

Sin embargo, en general según el sistema de coordenadas las motivaciones de los participantes son de tipo ideográfico, es decir se convierten en ley para la acción por lo que su complejidad simbólica y contingencia de la acción son menores en su desarrollo.

### **6.1.1.3 Categoría: Razones**

Las razones para la teoría es una serie progresiva de actividades prácticas que son acciones intencionales, que realizan los actores en los cuales se examina su que hacer, las circunstancias en que lo hacen y la forma como los demás reaccionan ante estos. Los resultados se organizaron en el siguiente esquema de coordenadas:

**Ilustración 9.** Sistema de coordenadas para análisis de Razones



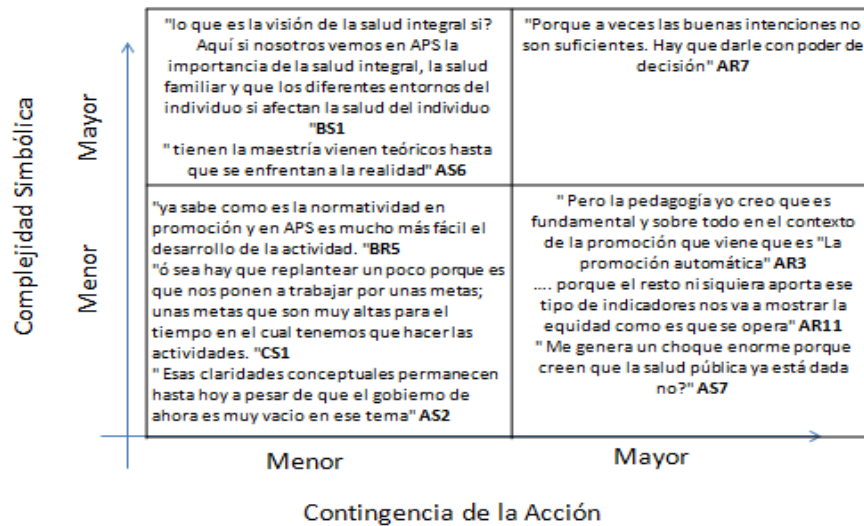
Tomado de: Giddens, Anthony et al. La Teoría Social Hoy. Alianza Universidad. 1995

Para esta categoría los cuadrantes se interpretan:

1. La explicación teleonómica intenta, sin mayor complejidad simbólica, explicar una tendencia de la acción, por lo que la contingencia es menor.
2. La explicación causal utiliza leyes y principios causales, por lo que la complejidad simbólica y contingencia es mayor.
3. Interpreta la acción como una extensión de la normatividad establecida, es decir un mundo particularista (baja complejidad simbólica) predice una acción (baja contingencia).
4. La explicación racional, interpreta la acción a través de leyes y principios universales a partir de un conjunto de premisas y condiciones iniciales que admiten una multiplicidad de acciones en situaciones concretas (mayor contingencia de la acción).

Los resultados se ubican en el siguiente sistema de coordenadas:

**Ilustración 10.** Resultados de sistema de coordenadas análisis de razones



Tomado de: Giddens, Anthony et al. La Teoría Social Hoy. Alianza Universidad. 1995

Como se puede observar, los elementos que se logran abstraer de las conversaciones son variados dentro de los cuatro cuadrantes propuestos para el análisis. Este fenómeno, según la teoría se da cuando no se ha llegado a un consenso dentro de la profesión sobre cuáles son los elementos comunes que deben estructurar la práctica, por lo que existen tantas razones como individuos dentro del grupo social.

Las explicaciones racionales planteadas por los participantes, de igual manera están dadas por las que se encuentran expuestas dentro de la normatividad. Una normatividad, la cual se debe cumplir tal cual se establece para no incurrir en problemas de tipo administrativo y financiero. Un aspecto importante en esta lógica normativa es que en la ciudad, la secretaria de salud de Bogotá, envía un lineamiento el cual además de la normativa nacional se debe cumplir la distrital, ya que de esta depende el pago de los servicios prestados por la institución prestadora de salud.

Por esta razón un raciocinio hecho por todos los participantes fue el ejercicio reflexivo de establecer que las metas propuestas por estos lineamientos son muy altas de acuerdo a la realidad de su cuidado, sin embargo la capacidad simbólica es menor debido a que este se queda en el plano de lo concreto y la menor contingencia de la acción ya que el hacerlo no se genera un cambio como se espera al existir dicho raciocinio.

Un elemento importante expresado en las conversaciones es la percepción de que existe claridad conceptual de acuerdo a lo que pretende norma, ubicado en el plano de lo que la universidad enseña, sin embargo este ya no es suficiente y se siente un vacío en las explicaciones de por qué se debe hacer las acciones. Un elemento importante es que existe un alto grado de rutinización de estas mismas explicaciones, estas si instauraron desde el año 2000, en el que fue expedida la norma y aunque los recursos con los que se cuenta en cada institución son los hace la diferencia, las razones aludidas son las mismas.

Algunos participantes realizan un ejercicio reflexivo expresado como “el poder de la decisión”. Los enfermeros y las enfermeras consideran que el poder que se tiene en la toma de decisiones en la consulta es único, que no se tiene en otro espacio y aunque no se cuentan mayores recursos, el poder radica en la decisión que de ejecutar de una u otra manera la consulta. Ya que como se manifiesta, las actividades que realizan los profesionales no son solo de buenas voluntades sino que se debe ejercer un poder de decisión alrededor de este. Este un ejercicio, que según la teoría requiere de un nivel mayor de capacidad simbólica y de contingencia de la acción dentro del raciocinio generado por el agente social.

Frente a los raciocinios expresados por los participantes, es importante resaltar que estos generan un mayor nivel de contingencia de las acciones, ya que, aunque este es de tipo normativo, si ha generado un cambio en las actividades propuestas solo desde la norma, con un íntima relación con la motivación de hacer bien a las personas. Estas acciones están dadas por el raciocinio de considerar que no solo lo que se realiza es lo que significa la salud pública, a que este tipo de actividades en la realidad no aporta de manera directa a la disminución de la equidad y que lo más importante, reiterando los resultados de las acciones, es la actividad educativa alrededor de las mismas.

Aunque, las experiencias expresadas en las conversaciones por los participantes son variadas, según el sistema de coordenadas el raciocinio se encuentra ubicado en un plano de menor complejidad simbólica pero con acciones que van de una contingencia menor a una mayor, dependiendo esta del grado de autonomía e importancia que el de a este los ordenes institucionales.

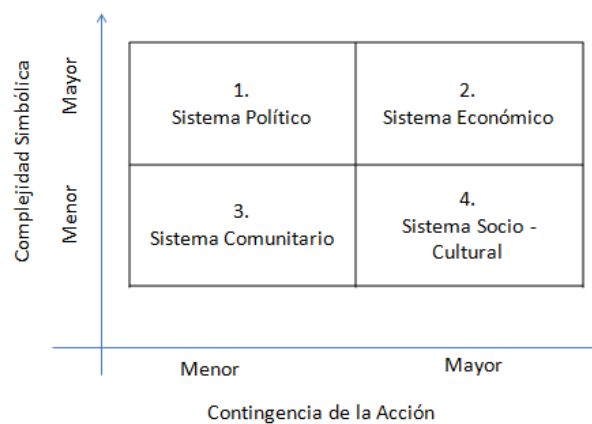


### 6.1.1.4 Análisis general del nivel micro social

Dentro de la teoría los niveles microsociales, se analiza los procesos sociales en relación con la condición humana, el nivel antropológico básico, que se constituye como la unidad de significado de las identidades de los actores sociales, el cual está constituido por cuatro subsistemas donde reposan los tres elementos analizados anteriormente: acciones, motivaciones y razones.

1. Sistema Político: este se fundamenta en la autoridad. Este determina si se realiza una función de toma colectiva de decisiones y en la existencia de una coordinación entre la aceptación y la movilidad de recursos inmateriales alrededor de la toma de decisiones.
2. Sistema Económico: es una acción económica regulada por un régimen de propiedad. Son acciones, motivaciones o razones que logran asignar recursos materiales. El principio de valor se da en la utilidad y en la solvencia por esta razón contiene la mayor complejidad simbólica y contingencia de la acción.
3. Sistema comunitario: se basa en los compromisos que sirven de influencia en la solidaridad de los miembros de la comunidad y el consenso social.
4. Sistema Sociocultural: es la construcción de símbolos de forma socialmente obligatoria y es función de mantenimiento de pautas sociales. Por lo que tiene una mayor contingencia en la acción pero una menor capacidad simbólica.

**Ilustración 11.** Sistema de coordenadas para grados microsociales



Tomado de: Giddens, Anthony et al. La Teoría Social Hoy. Alianza Universidad. 1995

En este sentido, si se realiza una revisión de los resultados de las categorías analizadas en el nivel microsocial: acciones, motivaciones y razones, las cuales poseen un nivel menor de complejidad simbólica y la contingencia se mueve en el plano de menor a mayor, con tendencia manifiesta hacia la menor complejidad. Se puede ubicar el nivel microsocial en un plano comunitario por esencia pero con un componente sociocultural marcado.

En términos concretos de la realidad, el nivel microsocial de la práctica se expresa como un sistema de compromisos basados en valores humanos como la solidaridad y el trabajo por y con la gente y el consenso social que la labor del cuidado es por esencia este. Sin embargo se mueve hacia un plano sociocultural ya que claramente como lo expresan los participantes, ya existe una forma socialmente obligatoria expresada en la norma, por lo que las acciones giran en torno a estas y no de otras que pudieran generar un impacto y una transformación mayor tanto para ellos como agentes sociales como para la práctica, por lo que la contingencias que se generan son menores, sin embargo y dependiendo de los ordenes institucionales pueden ser mayores.

## 6.1.2 Resultados y análisis: Niveles Macrosociales

### 6.1.2.1 Categoría: Reglas y Recursos

Para el análisis de reglas y recursos, se retoma el concepto de Giddens sobre el hecho que las reglas son aprehendidas solo tácitamente por los actores es decir, ellos saben cómo usarlas sin necesidad de ser capaces de formularlas.

Y frente a los recursos Giddens distingue dos tipos de recursos: Los autoritarios o no materiales, que son facultades que generan poder sobre los individuos y los distributivos o materiales que son facultades que generan poder sobre los objetos materiales o bienes.

#### ***Reglas de la práctica***

Como lo contempla la teoría de la estructuración, cuando la regla se formula discursivamente se está realizando una interpretación de ella y puede alterar la forma de aplicarla. Este elemento es evidente dentro de las conversaciones de los participantes ya que, como la normatividad del país se considera como la única regla evidente para la práctica y es formulada discursivamente, bajo el lenguaje de ella misma.

Sin embargo, cuando se indaga a profundidad como es la aplicación de esta regla, se expresa en todos los participantes en formas discursivas diferentes, dependiendo de los órdenes institucionales en los que encontraba. Es así como existen 9 discursos alrededor de la misma regla.

Aunque la normatividad vigente es la misma, como se planteo en el contexto del estudio, la cual es la Resolución 412 del 2000 que se sigue aplicando para la ejecución de los programas de detección temprana y protección específica y los participantes consideran que es muy clara en lo que pretende y en lo que se debe hacer cada uno la contempla desde un elemento conversacional diferente:

- “...Es vista como la forma en que se debe realizar la consulta propiamente dicha, es decir los elementos solo preventivos, mas los elementos de promoción de la salud el profesional decide como abordarlos” **ARI50**
- “...La normatividad, es la regla, pero esta se debe modificar de acuerdo a las personas que uno atiende, al contexto, además porque no en toda parte se puede hacer tal cual dice que se debe hacer las cosas” **BRI31**
- “...La norma no es la misma ni en Bogotá ni en todos los hospitales se hace lo mismo además hay que cumplir con el lineamiento y las reglas del lineamiento son diferentes y uno decide cual hace o los mezcla” **CRI75**.
- “...En la norma se dicen algunas cosas de educación y de cómo se hacen las cosas en la parte administrativa, pero la parte preventiva del todo no la dice, es decir a mí me toca tomar decisiones de que hago en un momento dado y eso no lo dice en ninguna parte, es pura iniciativa” **DRI41**
- “...No hay reglas como tal, es la norma la que dice a uno que debe hacer, para lo que lo contratan, ahora que uno hace mas de acuerdo a la iniciativa a su recursividad y eso lo ven los demás bien, porque eso es lo que nos hace ser enfermeras, es nuestro sello característico” **ERI32**

- “...Como dije antes, hay cosas que uno hace de buena voluntad, que la norma dice que hay que hacer pero no sabe cómo....pero y entonces uno se inventa cosas....pero eso nadie lo sabe porque hace parte de mi trabajo así que no son reglas como tal son las cosas que hay que hacer...” **FRI85**

De esta forma se evidencia como, la regla hace parte del discurso por lo que al volverse consiente cambia la forma de aplicarla. Existe una contradicción entre manifestar que en esta se dice todo lo que hay que hacer, pero a su vez deja vacíos, pero además va ligada de manera directa con los recursos con los que se cuenta. Es decir que no existe una sola regla aunque se manifieste como tal, ni tampoco es necesariamente la normatividad. Existen reglas más simbólicas dentro de la práctica como la necesidad del uso de la recursividad y de la educación en salud como sellos característicos de la profesión, este último que se vuelve a emerger en esta categoría.

De esta manera, también se evidencia otra propiedad descrita por la teoría la cual explicita que, cuando las reglas son discursivas como es el caso, los agentes siempre saben cómo aplicarlas en circunstancias novedosas lo que incluye el conocimiento del contexto de su aplicación. Este aspecto que va unido al concepto de recursividad dado por la falta de recursos materiales dentro de la práctica.

### ***Recursos de la práctica***

En las experiencias de la práctica, los participantes reconocen tanto materiales o distributivos como no materiales o autoritarios.

En cuanto a los materiales, los profesionales considera que para Enfermería son de dos tipos: los necesarios para desarrollar actividades tanto dentro de la consulta como para los encuentros con la comunidad y los económicos para el desarrollo adecuado de los programas que incluye el personal, pero que en general estos son escasos y no se tiene control sobre ellos.

Los materiales para desarrollar con las actividades, “...en su mayoría se traen de la casa o se compran..” **GRc86**. Esto emerge dado que como se evidenció en la descripción del

contexto, los y las profesionales son en su mayoría contratadas por órdenes de prestación de servicios y los materiales tienen que ser asumidos por los profesionales.

En el caso de los materiales y elementos para las consultas, estos hacen parte de los elementos de habilitación con los que deben contar las instituciones, sin embargo la realidad de la prestación de servicio es que, en el caso por ejemplo del programa de crecimiento y desarrollo, “los consultorios no cuentan con todos los insumos necesarios para realizar la consulta” bajo los parámetros de calidad establecidos. Los participantes expresan que ellos realizan solicitudes de estos insumos a las gerencias de las instituciones pero no reciben respuestas al respecto o por el contrario se remite hacia esa imagen de recursividad de la Enfermería para realizar el trabajo bajo estas situaciones.

En cuanto a los económicos, los participantes se refieren a poder influir en la designación del presupuesto general de cada uno de los programas, para poder la capacidad de realizar una designación diferente, incluyendo la capacidad para seleccionar el personal auxiliar de apoyo. Es importante aclarar que los participantes son enfermeras y enfermeros, que hacen parte de los equipos operativos del sistema y que no hacen parte del staff gerencial, los cuales tienen un mayor acceso a la toma de decisiones de este tipo, por lo que la percepción de estos es de su poco manejo frente al tema.

Este aspecto es relacionado, con un elemento del sistema, como es la contratación y distribución los cuales tienen una fuerte influencia política y de “pago de favores”, por lo que el poder que se tiene frente al tema es nulo.

Frente a los recursos no materiales o autoritarios, estos son identificados directamente con los procesos de educación en salud. Los participantes consideran que estos elementos son los que producen realmente cambios en el cuidado de las personas, sin embargo estos procesos están contextualizados en el momento de la consulta. Un aspecto diferenciador de este, es que se considera que “la parte preventiva no se interviene demasiado, porque ya vienen con lo que el médico ha establecido” , “pero la parte de la educación solo en la consulta por enfermería se da el tiempo para hacerlo”. Sin embargo esta misma apreciación no se tiene con los procesos comunitarios, “ya que en estos no se puede tener el impacto porque son muchas personas y tiene problemas más graves”.

Los participantes hacen un énfasis particular en que estos procesos de cambio son reconocidos por cada persona no de manera general o social, por lo que cuando se realiza el ejercicio reflexivo se cuestiona “si se pudiera llegar mas allá?” y la autorespuesta es que “no”.

Es importante resaltar que a nivel de la práctica Giddens considera a los recursos como medios para generar poder. De esta manera cuando Giddens se refiere a las practicas hace referencia a la capacidad practica o la destreza de los sujetos para producir cambios en el mundo en tanto procedimientos, métodos o técnicas cualificadas realizadas apropiadamente por los agentes sociales y con la propia objetividad que produce la acción.

En este caso, en la práctica de los participantes, estos no experimentan esta capacidad o destreza por lo que se asume que la recursividad es la propiedad que tiene la categoría, como la capacidad de poder realizar un trabajo complejo sin recursos o sin tener la posibilidad de movilizarlos o cambiarlos.

En los grados micro sociales se evidenció que la categoría de las acciones están ligadas, a las razones de los actos y en particular a las reglas y recursos y como se podrá evidenciar posteriormente, esta también se relaciona con la de regionalización y sistema.

En los grados micro no se presenta una fuerte relación entre las motivaciones y las reglas y recursos que no se encuentran entre ellas interconectadas, es decir, los participantes consideraron que sus motivos no se ven influenciados por las reglas y los recursos, sin embargo, éstos se ven direccionados hacia las razones y el significado del cuidado de la enfermería, aunque estas uniones son débiles, toda vez que no se logra la profundidad en los argumentos discursivos al respecto. En cuanto a las reglas y los recursos éstos están unidos en doble vía con el concepto de recursividad y reglas.

**Ilustración 12.** Relación entre categorías de grado micro y macrosocial

**Fuente:** Pardo, Yaira. Enero, 2011.

En cuanto a los grados macro sociales, se identificaron una serie de elementos que construyen la estructura social de la práctica y allí entran de nuevo en las interacciones las razones, la recursividad y las reglas, como aspectos fundamentales de esa estructura; sin embargo, estas primeras tienen una relación débil dada la poca profundidad de la argumentación; no siendo así con la recursividad y las reglas que hacen parte de la cotidianidad discursiva de los agentes.

### 6.1.2.2 Categoría: Regionalización

Según Giddens en la teoría, los procesos de regionalización están constituidos por condicionamientos espaciales-territoriales que permiten o dificultan la reproducción de las prácticas sociales.

Este aspecto fue apreciado en las conversaciones como cercano para los participantes, ya que dentro de la política de salud de Bogotá se maneja de concepto de territorio y microterritorio para el desarrollo de las acciones en salud.

En este sentido el territorio es concebido como el lugar o barrio donde viven las personas, el cual tiene unas particularidades que interfiere en el desarrollo de las acciones. Este punto es importante contextualizarlo, dado que las instituciones en la ciudad están ubicadas en barrios los cuales son estratégicos para la atención, bien sea por cercanía a los barrios más alejados o por la cercanía a puntos de atención de segundo y tercer nivel.

Aunque, existe como lo plantea las posturas geográficas sobre la percepción del territorio una representación de los mismos que hace cada uno de estos tengan un comportamiento diferente en cuanto a la percepción de inseguridad, los participantes expresan que estas características influyen en la forma como se debe dar las acciones. En todos los territorios existe un factor de inseguridad así que los horarios en los que las acciones se dan son en la mañana o máximo en hasta las 4:00 pm. Sin embargo los profesionales consideran que aunque se condicionan los espacios y horarios, la práctica realizada en estas zonas se convierte en razones y motivaciones para generar procesos de recursividad dentro de la misma.

Hay un elemento que reconoce los participantes, ligado al tema de la normatividad, es asociar el territorio con las necesidades particulares de cuidado. Sin embargo, la contingencia de la acción radica en que “..es necesario conocer bien el territorio para saber a lo que uno se enfrenta”, ya que según donde venga la persona puede estar expuesta a problemas de acueducto, alcantarillado, transporte etc, de violencia social como pandillas, venta o consumo de sustancias psicoactivas etc o de acceso al servicio "Entonces uno va a encontrar sectores en los que, el servicio de salud que tiene o con el que cuenta la población es bueno, que adicional la población acepta el servicio de salud y acude oportunamente, como encontrara zonas en las que el servicio de salud es deficiente o el sitio donde queda puede ser retirado y económicamente porque incluso las condiciones económicas influyen en que yo vaya o no vaya a un servicio de salud."**BRG2**

Un elemento particular que se menciona en esta categoría que no se presenta en la anterior, es que el territorio es un aspecto que genera una movilización de cambio o de toma de decisiones en cuanto a reglas y recursos. Los participantes consideran que frente al territorio, ellos pueden tomar decisiones como el no trabajar en cierto lugar, el establecer contactos, relaciones y/o negociaciones para permitir el desarrollo de ciertas acciones como las visitas domiciliarias, el solo “hecho de conocerlo” y que otros profesionales no o que estos no hayan sido aceptados etc.

Los elementos de la categoría, que aunque tácitos, por sus características de contener una mayor contingencia de la acción y una mayor carga simbólica se constituye como un



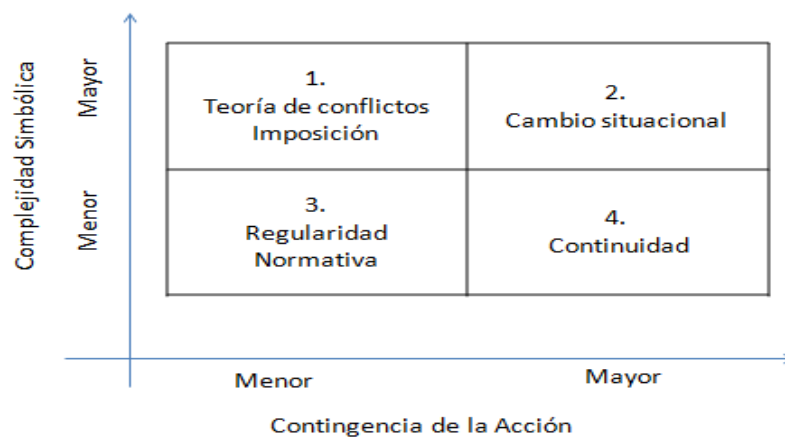
ejercicio práctico reflexivo que realizan los profesionales, si bien son aprendidos ya que hace parte del lineamiento normativo de la ciudad, como los elementos de las anteriores categorías, en estos no se realizan de esta manera espontánea ni concreta como si en esta categoría.

### 6.1.2.3 Categoría: Ordenes Institucionales

Los ordenes institucionales para la teoría de la estructura son aquellas propiedades estructurales de los sistemas sociales, las reglas y los recursos que entran en contacto con las acciones de los agentes y que se encuentran coercionadas y condicionadas por los sistemas sociales.

Para el análisis de los órdenes institucionales, se propone un esquema de coordenadas como el utilizado en el grado micro social. En este se contempla, al igual cuatro cuadrantes de la siguiente manera:

Ilustración 13. Sistema de coordenadas para análisis de Ordenes Institucionales



Tomado de: Giddens, Anthony et al. La Teoría Social Hoy. Alianza Universidad. 1995

1. Órdenes institucionales que establecen Imposición o teoría de conflictos: La imposición de normas institucionales específicas a pesar de la movilización de poder.

2. Órdenes institucionales que establecen cambios situacionales: El cambio situacional se producen como resultado de los procesos de aprendizaje, del intercambio de intereses y de las orientaciones utilitarias.
3. Órdenes institucionales que están determinados por la regularidad y la normativa: Es el carácter regulado de la acción institucional y se representa por el idealismo normativista.
4. Órdenes institucionales que están determinados por la continuidad: La continuidad expresada como generalización de sus normas en discursos argumentativos.

En cuanto a los ordenes institucionales, dentro de la experiencias de los participantes esta dado por las dinámicas institucionales dentro de cada empresa social del estado. Que se encuentra determinado por razones normativas y gerenciales administrativas.

En este caso estas últimas son las que coercionan la práctica, ya que “todo depende del gerente, si el colabora todo funciona”. Los participantes han tenido experiencias prácticas en varias instituciones de la ciudad de primer nivel y expresan que depende del direccionamiento estratégico para tener más o menos contingencias de las acciones, de reconocimiento de las mismas o de recursos tanto materiales como no materiales, aunque “la normatividad sea la misma” y “solo sea posible un cambio si la cambian”.

Un aspecto interesante, es que aunque se conoce por la contextualización, que la forma del sistema de salud influye en este tipo de dinámicas, el grado de afectación y condicionamiento de la práctica no emergió dentro de las conversaciones.

En este sentido los órdenes institucionales de práctica, aunque claramente como se ha expresado en los participantes están determinados por imposiciones normativas no generan movilización de poder, por lo que no generan conflicto. Sin embargo estos definitivamente regulan las acciones, de tal manera que la contingencia de la acción en menor y solo se aprecia un cambio posible en la coerción por un cambio normativo. Por lo que en el caso de la práctica, estos órdenes se encuentran regulados por la regularidad normativa.

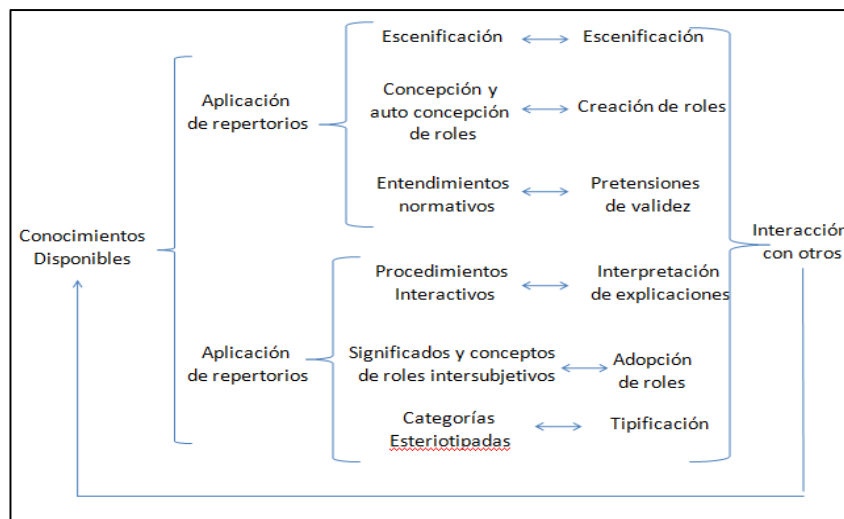
Este resultado es consistente con los demás sistemas de coordenadas micro sociales que se encuentran ubicadas en el mismo cuadrante.

### 6.1.2.4 Categoría: Sistemas Sociales

El sistema social, es asumido por la interacción de los agentes sociales con las prácticas regulares y los actores sociales, es decir el contexto empírico-específico de la interacción presentada en los grados micro y macro sociales.

Para la teoría los sistemas sociales, se constituyen como los elementos que han configurado la práctica y su realidad, por lo que se explica a través del siguiente gráfico:

**Ilustración 14.** Configuración de los Sistemas sociales

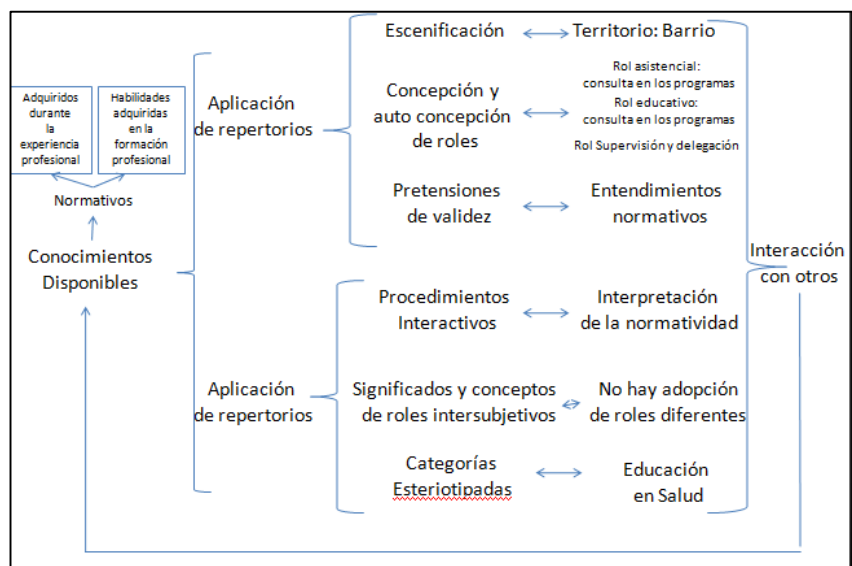


Tomado de: Giddens, Anthony et al. La Teoría Social Hoy. Alianza Universidad. 1995

Para la teoría de la estructuración, todos los agentes sociales poseen un conocimiento disponible constituido por repertorios que son los modos representativos de ese conocimiento, con los que se establece una interacción con otros. Estos van desde la escenificación hasta la tipificación o esteriotipacion del roles dentro de la práctica.

Según los hallazgos dentro de las conversaciones, teniendo en cuenta los resultados anteriores se puede realizar el siguiente gráfico para establecer el sistema social de la práctica

**Ilustración 15.** Configuración del sistema social de la práctica de Enfermería



Tomado de: Giddens, Anthony et al. La Teoría Social Hoy. Alianza Universidad. 1995

En la experiencia de la práctica de los participantes, los conocimientos disponibles son de tipo normativo los cuales han sido adquiridos tanto en la misma experiencia profesional como las habilidades adquiridas en la formación universitaria. Los repertorios están dados por una escenificación clara, el cual es el territorio en este caso los barrios que son objetivo de la intervención. Llama la atención que no sea las instituciones en salud como se pretendería en el caso de algunas acciones.

Existe, al igual una claridad sobre los roles adoptados bien sea por concepción o autoconcepción como son dentro de lo asistencial, la consulta dentro de los programas de detección temprana y protección específica, el rol educativo y un rol de supervisión y delegación.

En el análisis propuesto por la teoría, los entendimientos normativos representan algunos elementos de pretensiones de validez, en el caso de la práctica de Enfermería, según lo que ha configurado anteriormente, se comporta al contrario, las pretensiones de validez

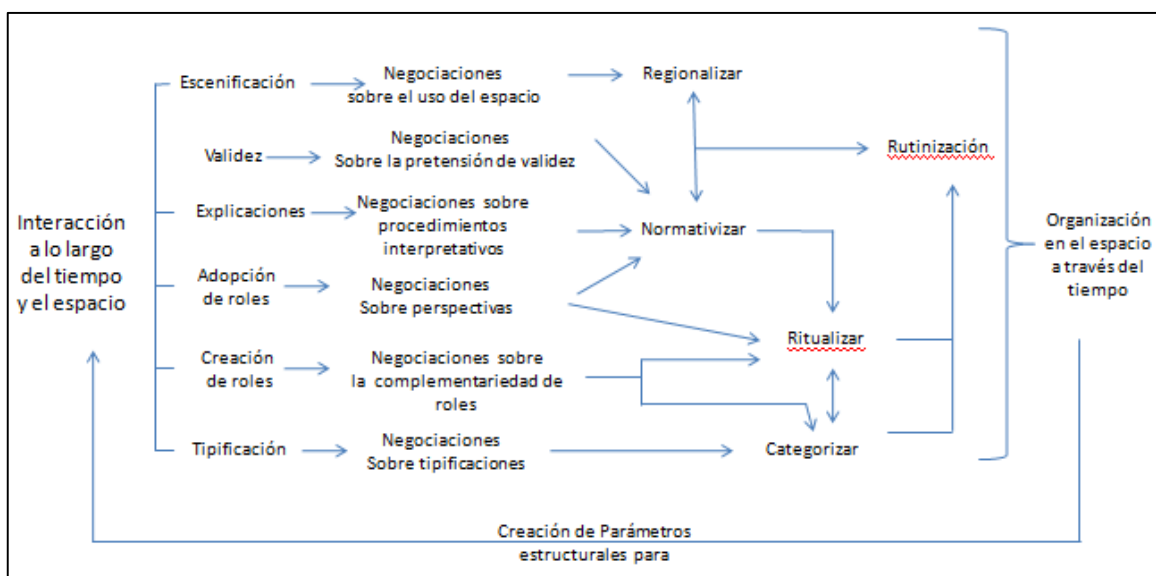
son los entendimientos normativos, que respaldan lo que se hace no se hace dentro de la práctica.

Frente a las interacciones normativas, estas se constituyen como las diversas interpretaciones de la norma que la hace dinámica al contacto con la realidad, pero que no ha generado la adopción de nuevos roles dentro de la práctica, pero si una ratificación de una tipificación de autoconcepto de rol que es el de educadores en salud.

### 6.1.2.5 Análisis Macro social: Estructuración de la práctica.

Para Giddens, la conciencia práctica o praxis, se configura en una estructura en donde se relacionan cada uno de los elementos tanto micro como macro sociales a través de categorías macroestructurales de rutinización, ritualización, y tipificación de la práctica.

**Ilustración 16.** Estructura de la Práctica



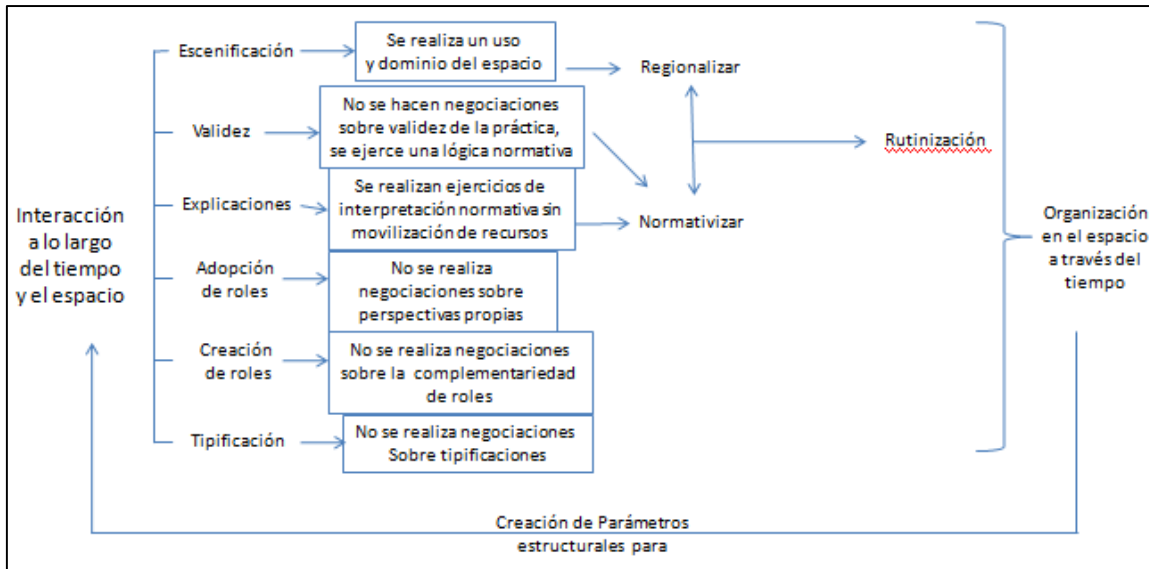
Tomado de: Giddens, Anthony et al. La Teoría Social Hoy. Alianza Universidad. 1995.

La rutinización es la repetición de acciones que se hace de manera habitual, es decir el día a día de la práctica, la cual está dada por los procesos de regionalización y normativos en los que se suman los aspectos de validez y de explicaciones o razones y la adopción de roles. Esta última se suma para obtener procesos de ritualización, que es

el resultado de la interacción de los elementos normativos y de espacialidad y territorialidad de la práctica, lo que se constituye como la capacidad de los agentes para modificar su práctica de tal manera que puedan obtener el beneficio esperado de ella. Y finalmente se pueden obtener procesos de categorización y tipificación que son el resultado de la capacidad de los agentes para tipificarse a sí mismo y tipificar sus interacciones, es decir, lograr que los otros distingan su acción social<sup>170</sup>.

Según los análisis de la conversación con los participantes, la estructura de la práctica se configura de la siguiente manera:

**Ilustración 17.** Estructura de la Práctica de Enfermería



Como ya se identificó existe un elemento de regionalización claro sobre un dominio sobre el espacio y el territorio, puesto al servicio de la norma. Frente al proceso de normativizar, no se hacen ejercicios reflexivos o de negociación sobre pretensiones de validez ya que existe una lógica e idealismo normativo que la establece y aunque se realizan interpretaciones normativas están no generan movilización de recursos que son

<sup>170</sup> GIDDENS, Anthony. La Teoría Social Hoy. Alianza Editorial. 1995.

las que generan poder por lo que no se realiza ejercicios reflexivos sobre la adopción de nuevos roles y de inclusión o búsqueda de perspectivas propias.

Al no presentarse estos procesos, la cascada de negociaciones no se realizan, por lo que los procesos de ritualización y categorización no están presentes dentro de la estructura, es decir la estructura de la práctica está dada solo por elementos rutinarios que se han organizado a través del tiempo ubicados en un espacio particular.

## 6.2 Análisis y Discusión

La discusión de la investigación se organiza igualmente por los resultados obtenidos en cada una de las categorías propuestas.

En cuanto a las acciones, de acuerdo con Goffman<sup>171</sup>, el actuante puede creer por completo en sus propios actos y puede estar sinceramente convencido de que la impresión de la realidad que pone en escena es la verdadera realidad. Esta posibilidad es comprensible, ya que ninguno se encuentra en mejor lugar de observación para ver el juego que la persona que lo desempeña. En el caso de los participantes, éstos consideraron que sus acciones se centran en la propuesta de trabajo de la promoción de la salud y de la detección precoz de la enfermedad, dado que su formación lo ha determinado así, además de que una de las actividades más importantes es tener la capacidad de actuar con y para la comunidad.

Aquí se identificaron trazos de actividades que son característicos de estos dos conceptos, como por ejemplo, la educación para la salud y el desarrollar las habilidades personales, la tipificación de riesgos en el individuo, la familia y la comunidad, así como la necesidad del reconocimiento de determinantes que puedan estar afectando o modificando los estilos de vida y de salud de las personas.

---

<sup>171</sup>

GOFFMAN, Erving. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrorto. 2004.

Sin embargo, y como rasgo distintivo en la interacción se reconoció que es evidente que existen una serie de acciones de tipo administrativo en las que se incluye la gestión y la coordinación de los equipos de trabajo, específicamente de los promotores de salud. Esta acción fue reiteradamente nombrada por los participantes, dado que es a través de las actividades de los promotores que se logra evidenciar el trabajo realizado por el equipo o por las enfermeras (os), ya que ellos, por sus labores específicas, no tienen el contacto directo con la comunidad.

Es importante resaltar que, aunque estas actividades están ampliamente descritas a nivel discursivo por los agentes, este tipo de discurso responde a los que Schutz<sup>172</sup> expresa como saber mutuo, que forma parte de la cotidianidad de los encuentros, es decir, que es inherente a su rutina. Sin embargo, existe una línea que separa el discurso de la conciencia práctica que es fluctuante y permeable, en tanto que los agentes pueden o no estar de acuerdo con dicha rutina y su público o sujetos objeto de su actuar, estar o no satisfechos con este tipo de rutina.

Sin embargo, cuando su público también se convence de la representación que él ofrece, se descubre que el agente puede engañarse con su propia rutina. Como lo plantea Giddens<sup>173</sup>, un ser humano es un agente intencional, cuyas actividades obedecen a razones que es capaz de ahondar discursivamente sobre esas razones, como es el caso de los participantes del presente estudio.

En este sentido, Goffman<sup>174</sup> sugiere que cuando un individuo desempeña un papel, solicita implícitamente a sus observadores que tomen en serio las impresiones promovidas por ellos, es decir que la tarea que realiza tendrá las consecuencias que en forma tácita pretende, y que en realidad las cosas son como aparentan ser y que lo que

---

<sup>172</sup> ROMERO, et al. El concepto de intersubjetividad en Alfred Schutz. *En: Espacios Públicos*, 2007, vol 10, no 20, p 228-240.

<sup>173</sup> GIDDENS, Anthony. *La constitución de la Sociedad*. 1 ed. Sao Pablo: Editor Martins Fontes, 1996, p. 60.

<sup>174</sup> GOFFMAN, Erving. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrorto. 2004.



ofrece su actuación está en función “para el beneficio al otro”, aunque esto no se dé de manera explícita y contundente.

Si bien el beneficio al otro es el que mueve la actuación para que esta se dé en realidad o no, en cierto sentido ésta constituye una máscara o una representación del concepto que cada quien se ha formado de sí mismo, el rol de acuerdo con el cual los seres humanos se esfuerzan por vivir, esta máscara es el sí mismo más verdadero, el yo que todos quisieran ser. La concepción del rol llega a ser una segunda naturaleza y parte integrante de la personalidad, con el que se logra un carácter y se llega a ser persona<sup>175</sup>.

Para modular este aspecto, se encuentra un movimiento natural de vaivén entre el cinismo (que representa la perpetuación de esa máscara) y la sinceridad (lo que siente y piensa el agente), que se sostiene con la fuerza de un pequeño autoengaño. En este movimiento natural, y como parte intrínseca del cinismo, se encontró el uso por parte de los agentes de fachadas que son actuaciones que tienen lugar durante un periodo señalado por su presencia continua ante un conjunto particular de observadores y que poseen cierta influencia sobre ellos.

Estas fachadas se dan gracias a la interacción entre las apariencias, son aquellos estímulos que funcionan en el momento de informarse acerca del status social del agente como, por ejemplo, la importancia de las enfermeras para el desarrollo de las políticas o la influencia en las mismas. Los modales se refieren a aquellos estímulos que funcionan en el momento de advertir acerca del rol de interacción que el actuante esperará desempeñar en la situación que se le avecina, como indagar por los problemas de salud de los usuarios y el estar dispuesto a asumir cualquier tipo de responsabilidad dentro de los equipos.

---

175

ROBERT, Park. Racer and culture. The Free Press. 1950, p. 249.

Las diferencias entre los dos se expresan en cierta medida por medio de contrastes congruentes en las indicaciones que hacen del rol de interacción esperado. En este caso, si bien las (os) enfermeras (os) consideraron que su rol es muy importante para la organización en donde se mueven, sus actuaciones son limitadas y se circunscriben al resultado de las mismas de otros agentes. Goffman<sup>176</sup> considera que pueden existir razones para creer que la tendencia a presentar un gran número de actos diferentes por detrás de un pequeño número de fachadas, es una evolución natural de la organización social, aspecto que sería susceptible de análisis posterior con una orientación histórica hermenéutica, que no es el objetivo del presente estudio.

Además, hay que tener en cuenta que cuando diferentes rutinas pueden emplear la misma fachada, se convierte en una fachada social que tiende a institucionalizarse en función de las expectativas estereotipadas abstractas a las cuales da origen, y tiene que adoptar una significación y estabilidad al margen de las tareas específicas que en ese momento resultan ser realizadas en su nombre. La fachada se convierte en una representación colectiva y en una realidad empírica por derecho propio, como lo planteado los participantes y que se repite en todos los relatos.

Cuando un agente descubre que ya se le ha asignado una fachada o rol particular, ya sea porque haya sido motivado primariamente por el deseo de representar la tarea dada, o por el hecho de mantener las fachadas correspondientes, descubrirá que debe cumplir con ambos cometidos. Además, si el individuo adopta una tarea que no sólo es nueva sino que no está bien establecida en la sociedad, o si intenta cambiar el enfoque de la tarea, es probable que descubra que ya existen varias fachadas bien constituidas, entre las cuales debe elegir. De este modo, cuando una tarea recibe una nueva fachada, rara vez se encuentra que esta última en sí misma es nueva.

---

<sup>176</sup>

GOFFMAN, Erving. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrorto. 2004.

La fachada social puede presentar rutinas diferentes tras una misma fachada. El carácter específico de una actuación tal vez no se ajuste perfectamente a la apariencia general socializada con la cual es presentada. Tal fue el caso de los roles de enfermería dentro de los equipos de trabajo, dado que la labor es netamente de conservar y mantener la norma.

En este sentido, se presentó que aunque los roles asumidos no son los esperados, pero que a su vez cumplen con las expectativas externas del trabajo de enfermería, se observó, como lo plantea Goffman<sup>177</sup>, que los agentes le imprimen a su actuación una serie de signos para mostrar hechos que de otro modo podrían permanecer inadvertidos y oscuros. Porque si la actividad del individuo ha de llegar a ser significativa para otros, deben movilizar recursos de manera que exprese durante la interacción lo que él desea transmitir. Un ejemplo muy interesante, y aunque considerado como un clásico de realización dramática en las disciplinas, es un estudio realizado en 1954<sup>178</sup>, en el que se mostraba cómo las tareas realizadas por enfermeras con los pacientes postoperatorios eran más visibles para éstos, que las de las enfermeras que tenían a su cargo pacientes que llevaban un alto periodo de estancia hospitalaria, ya que los pacientes consideraban que éstas sólo ejercían un rol de acompañamiento, que puede ser concebido como una pérdida de tiempo.

Este problema de dramatizar la labor propia, significa más que el mero hecho de hacer visibles los costos invisibles. El trabajo que debe ser realizado por aquellos que ocupan ciertos status está con frecuencia, tan pobremente proyectado como expresión de un significado deseado, que si el beneficio quisiera dramatizar el carácter de su rol, debería desviar para ello una apreciable cantidad de energía.

---

<sup>177</sup> Ibid.

<sup>178</sup> LENTZ, Edith. A comparison of medical and surgical floors. Cornell University, Escuela de relaciones industriales y Laborales del Estado de Nueva York, 1954, pags. 2-3. EN: GOFFMAN, Erving. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrorto. 2004.

Sartre consideraba que “el alumno atento que desea estar atento, con sus ojos clavados en la maestra y sus oídos bien abiertos, se agota de tal modo representando el papel de atento que termina por no escuchar nada”. Así, los individuos se enfrentan a menudo con el dilema de expresión versus la acción. Aquellos que poseen el tiempo y el talento para realizar bien una tarea pueden no tener, por la misma razón, ni el tiempo ni el talento para mostrar que lo están haciendo bien, como es el caso de los participantes que expresan no tener el tiempo.

Se puede decir que algunas organizaciones resuelven este dilema delegando oficialmente la función dramática en un especialista que pasará tiempo expresando la significación de la tarea y no efectuándola en realidad, como es el caso de la enfermería: los que realizan las acciones son los promotores de salud, ya que no se puede, en un momento dado, llevar a cabo ambas acciones al mismo tiempo, darle significado y tener el talento para efectuar bien la tarea.

En este sentido, al movilizar los recursos de su conducta para realizar dicha exhibición, preocupa, no tanto la serie completa de las diferentes conductas que ejecuta, sino tan sólo aquella de la cual deriva su reputación ocupacional. De tal manera, se encuentran actantes que con frecuencia fomentan la impresión de que tenían motivos ideales para adquirir el rol que cumplen y que poseen una capacidad ideal para desempeñarlo.

Como refuerzo de estas impresiones ideales existe una especie de retórica del entrenamiento por medio de la cual, por ejemplo universidades requieren que sus miembros absorban un área y un periodo de formación místicas, en parte para mantener un monopolio, pero también en parte para fomentar la impresión de que el profesional autorizado es alguien que ha sido reconstituido por su experiencia de aprendizaje y que está ahora situado en un nivel diferente del de otros hombres.

De la misma forma, el actuante tiende a encubrir o dar menor importancia a aquellas actividades, hechos y motivos incompatibles con una versión idealizada de sí mismo y de sus obras. Primero, el individuo fomenta con frecuencia la impresión de que la que lleva a cabo en el momento es su única rutina, o por lo menos la más importante; segundo, los actuantes tienden a fomentar la impresión de que la actuación corriente de su rutina y su relación con el auditorio habitual tienen algo especial y único. Se oculta el carácter rutinario de la actuación, porque por lo general se desconoce qué tan rutinaria es la realidad de ésta y se acentúan los aspectos espontáneos de la situación.

Un aspecto fundamental es la capacidad de comunicarse con el otro, al cual se le da alta relevancia en los relatos como la función de la educación dentro de la actuación cotidiana. Un acto comunicativo es aquel en el que el actor trata de pasar información a otro. Tal información no tiene que ser proposicional sino que puede consistir en una tentativa de persuadir o influir a otros para que respondan de una manera particular.

De este modo, Grice<sup>179</sup> llega a la conclusión de que el efecto que intenta producir una acción comunicativa debe ser algo que en ese sentido está dentro del control de la audiencia o que en algún sentido da razón, al reconocimiento de la intención que hay detrás es para la audiencia una razón, no una causa.

Este elemento es precisamente el de las comprensiones de sentido común, que poseen los actores en medios culturales compartidos o para adoptar una terminología diferente, lo que se le ha llamado saber mutuo, puesto que de hecho, el fenómeno no tiene un nombre aceptado y por consiguiente, debe acuñar uno, lo que significa saber que el otro sabe que uno sabe que el otro sabe. Aspecto que se presenta como eje articulador en la educación para la salud

---

179

GRICE, Paul. *Studies in the way of words*. Harvard University Press. 1991

Grice<sup>180</sup>, plantea la idea de que la intención comunicativa es la forma fundamental del sentido, ya que cuando la respuesta de los actores está en equilibrio (el sentido común con el saber mutuo), es cuando hay una equivalencia de resultados, prescindiendo de qué medios usen. De esta forma y teniendo en cuenta lo anterior, se pudo observar cómo se va dando en los participantes un proceso de conciencia práctica que en su mayoría se expresa a través del pre consciente y el modo en que se entiende la acción es intencional, ya que cada agente sabe o cree, que tendrá una particular cualidad o resultado en el proceso de educación, utilizando ese saber para alcanzar ese fin.

La teoría contempla que de esta conciencia práctica se pueden tener consecuencias significativas únicas o múltiples, como las que los participantes consideraron, que se logran de sus actuaciones.

Para entender lo que sucede dentro de la conciencia práctica y como ésta ha llegado a ser lo que se presenta, no hace falta más que determinar las razones que explican por qué los individuos se ven motivados a empeñarse en prácticas sociales regularizadas por un tiempo y un espacio como las que se plantearon anteriormente.

Para la teoría, las razones denotan los fundamentos de la acción y los motivos indican los deseos que las mueven. Pero una motivación no se une tan directamente a la continuidad de una acción, como su registro reflexivo o su racionalización, de allí que se hable de la racionalización de la acción más que de las razones puras que llevan a las actuaciones. La motivación indica más un potencial para la acción que el modo en el que el agente lleva adelante una acción.

En este sentido, la gente comúnmente decide sobre la responsabilidad por los resultados y adecúa su conducta a ello; también basa sus respuestas en las

---

<sup>180</sup> Ibid.

narraciones/justificaciones o excusas ofrecidas por otros, con es el caso de los participantes en el que su raciocinio esta validado por el idealismo normativo.

Lo que vale para las intenciones, vale para las razones, o sea que es realmente más apropiado hablar de racionalización de la acción sobre el fondo de la regulación reflexiva de la conducta del agente. Preguntar por la razón de un acto es irrumpir conceptualmente en un flujo de una acción, lo que no supone una serie conectada de razones discretas en mayor grado que una serie de intenciones, tal como se puede observar en los participantes.

Se puede decir que un agente no puede intentar simplemente, tiene que intentar hacer algo u obrar, lo que significa una serie progresiva de actividades prácticas. Sin embargo, se contempla que existen muchas cosas que la gente hace, producidas por su obrar y que no llevan a cabo intencionalmente ya que la acción es un flujo continuo de experiencia vivida, es decir, que no siempre es racionalizada sino vivida. Sin embargo, lo que queda claro en los relatos es que existe un registro reflexivo de la actividad como un rasgo de una acción cotidiana que toma en cuenta la conducta del individuo y de los otros, ya que tiene una comprensión conceptual continua sobre los fundamentos de su actividad.

Aún así, la racionalización de los actos depende de que el agente contenga una intención o deliberación, la cual consiste en que de cualquier acto, el agente sepa o crea, que puede esperar un resultado particular y en el cual este conocimiento sea utilizado por él con el fin de producir este resultado. Una acción deliberada se puede concebir como la aplicación de un saber para garantizar ciertos resultados, sucesos o cualidades. Este es un aspecto que no es claro en los relatos de los participantes, ya que como se ha podido observar, los actos y las actuaciones de los participantes son diversos y que obedecen una lógica normativa o bien a un único aspecto como lo es el bienestar de los otros, pero cuya deliberación no se evidencia.

Esta ausencia de deliberación de los participantes, según Foucault no pueden llegar a ser deliberados por dos razones: bien sea porque los agentes pueden lograr sus resultados sin tener una deliberación del mismo, o bien porque unos actos intencionales producen una serie de consecuencias que de hecho ellos intentaron, como se evidencia en la mayoría de los relatos de los participantes.

Una conducta deliberada supone la aplicación de un saber para producir un efecto particular o una serie de resultados. Sin duda, se trata de un saber aplicado, pero especificar que las acciones de un agente son intencionales, implica necesariamente establecer cuáles son los parámetros de saber que aplica, elementos que no se evidencian en las actuaciones de las y los enfermeros. De tal manera que el vacío en la deliberación de las actuaciones o la racionalización de los mismos indican que no se está teniendo una regulación continuada y alcanzada por el agente, de su propia actividad, lo que significa que no se realiza un dominio causal del curso de los sucesos cotidianos que los actores normalmente dan por supuesto.

Es evidente que los supuestos sobre la intencionalidad se entrelazan tan profundamente con nuestras caracterizaciones de actos, como las creencias sobre los rasgos causales de las fuerzas interpersonales que se entrelazan en las motivaciones para los mismos. La noción de motivación está dada por las necesidades de que dispone la acción. La conexión de la motivación con los elementos afectivos de la personalidad es directa y se le reconoce en el uso diario, incluye a la vez casos en que los agentes tienen noción de sus necesidades y también casos en que su conducta se ve influida por fuentes no asequibles a su conciencia.

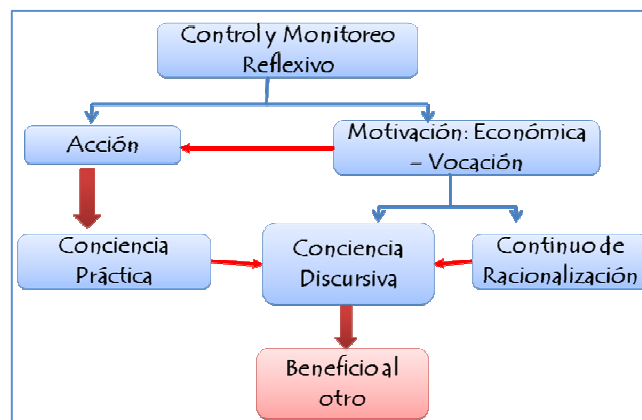
Teniendo en cuenta lo analizado anteriormente y lo que se plantea dentro de la teoría, se puede observar que dentro de los grados micro sociales, en la práctica existe un control y monitoreo reflexivo de las acciones, dados por un conjunto de ellas que están mediadas por fachadas personales y sociales, las cuales denotan una conciencia práctica que pretende obtener ciertos resultados en la población o en la audiencia.



Por otro lado, las motivaciones se expresan de manera consciente en unas razones que van ligadas a la vocación y a la suplencia de necesidades económicas y que éstas se relacionan, como se expresa claramente en los relatos, con la conciencia discursiva planteada en la acciones, que aunque no poseen las características de ser actuaciones deliberadas o intencionadas, sí responden a ese registro reflexivo de la acción.

Hoare y Mills <sup>181</sup>, en un estudio realizado con enfermeras de tres países del mundo sobre el rol que asumía el cuidado en las políticas gubernamentales, determinaron que algunos de los efectos por los cuales no se habían vuelto tangibles los resultados efectivos de la práctica en promoción de la salud, se derivaban de las deficiencias en la justificaciones dadas a las actividades realizadas, y en que éstas eran reducidas a actos motivados sólo por la vocación de ayudar al otro. Esto, en conclusión se limita, en términos estructuralistas, a la realización dramática de beneficiar a otro que lo necesita y que requiere de una serie de acciones y actuaciones para que logre el cometido de mejorar su estado de salud en general.

**Ilustración 18.** Monitoreo reflexivo de la Práctica



**Fuente:** Pardo, Yaira. Enero, 2011.

<sup>181</sup> HOARE, Karen et al. The rol of government policy in supporting nurse-led care in general practice in the United Kingdom, New Zealand and Australia: an adapted realist review. En: Journal of Advanced Nursing. Vol 68 No 5 2011 pag 963-980.

En cuanto a los nivel macrosociales, una interpretación de la elucidación o el resultado de la interpretación y presentación de una explicación particular de la práctica para la teoría de la estructuración, es el significado de un sistema formal, que no es la interpretación del lenguaje o de patrones de la comunicación sino una interpretación de una perspectiva de la realidad. Este sistema está dado por el ambiente y el contexto en el cual las relaciones con el lugar y el contexto externo es fundamental<sup>182</sup>.

Solo cuando se llega a una actividad auto-reflexiva se puede penetrar en el contexto y se tiene el poder de cambiar las condiciones y las posibilidades. Las actuaciones individuales están situadas en unos contextos que solo significan porque están envueltas en la comunidad y las ideas acerca de legitimar los cambios son diferentes en los contextos y son altamente influenciadas por esos procesos<sup>183</sup>.

Dado que las prácticas sociales se materializan habitualmente en algún ámbito de implantación geográfica, el problema de la localización de las mismas ha ocupado un sitio de importancia para esta perspectiva. La confusión que el discurso geográfico ha mantenido entre lugar y localización, condujo a Giddens a sugerir el empleo del término *locale* cuando se pretende hacer referencia a aquellos ámbitos físicos en que se constituyen las relaciones sociales<sup>184</sup>.

Giddens explica que las interacciones situadas en lugares implican necesariamente la co-presencia de los actores, por otra parte, subraya que el concepto de *locale* puede variar de una habitación en un casa, una esquina de la calle, el taller de una fábrica, los pueblos y ciudades, a las zonas territorialmente delimitadas ocupados por los Estados-nación, es decir, un locale no tiene que ser local, simplemente se podría definir como el

---

<sup>182</sup> GIDDENS, Anthony. La constitución de la Sociedad. 1 ed. Sao Pablo: Editor Martins Fontes, 1996, p. 55

<sup>183</sup> ALUWIHARE-SAMARANAYAKE, Dilmi. Interpretation: A political and social practice. En: Advances in nursing science. 2010, vol 3, no.3 p. 256-268

<sup>184</sup> GIDDENS, Anthony. Time, Space and Regionalitation. En: Social Relations and Spatial Structures. Londres: Macmillan. 1985.

ámbito físico en que se constituyen las relaciones sociales y este puede tener múltiples escalas<sup>185</sup>.

La teoría de la estructuración sugiere cómo el flujo de la acción humana une el tiempo y el espacio eso significa que los actores individuales son "co-presentes" en tiempo y espacio, mientras que la integración del sistema consiste en las relaciones entre los actores, grupos y colectividades fuera de las condiciones de "co-presencia". En ambos casos, las interacciones se encuentran en tiempo y espacio, y esta configuración proporciona los recursos de los que los actores se encuentran en la interacción<sup>186</sup>, como se observa en el ejercicio reflexivo realizado por los participantes.

Para Giddens<sup>187</sup> los factores de territorio, condicionan las posibilidades de interacción en los recorridos diarios, anuales o vitales de los individuos, así el tamaño del espacio-tiempo disponible para un individuo en un día, queda limitado a una especie de prisma cuyos muros son tanto espaciales como temporales, estos prismas constituyen el ámbito donde se desarrollan los «proyectos» de ese individuo, en este caso lo que se desarrollan en la práctica.

Giddens afirma que la *locale* constituye una buena forma de notación para la intersección de trayectorias espacio-temporales de la vida cotidiana. A la vez, asegura que esta perspectiva posee gran interés para el análisis sociológico a partir de la teoría de la estructuración, debido a su capacidad para sensibilizar con respecto al medio y para concentrar la atención en las rutinas cotidianas, que constituyen el núcleo de las instituciones sociales. Asegura que posee gran relevancia para la construcción de representaciones gráficas, a partir de las que es posible realizar análisis pertinentes relativos a la estructuración social. Sin embargo, sostiene que se hace necesaria una mayor teorización, tanto acerca de los agentes como de los escenarios de interacción, para realizar dicha teorización.

---

<sup>185</sup> DELGADO, Ovidio, Debates sobre el espacio en la geografía contemporánea. Red de estudios de Espacio y Territorio. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2003.

<sup>186</sup> DELGADO, Ovidio, Debates sobre el espacio en la geografía contemporánea. Op. cit.

<sup>187</sup> GIDDENS, Anthony. La constitución de la Sociedad. 1 ed. Sao Pablo: Editor Martins Fontes, 1996, p. 55

En el caso de la exploración realizada se puede observar como éste es vital para la estructuración de las prácticas, como sólo a través de este se configura las prácticas sociales y cómo se sitúa las interacciones y relaciones de las diferentes formas y necesidades de cuidado.

Un aspecto fundamental en la explicación sobre los fenómenos del locale o de los anteriores elementos de la práctica es la evidente falta de teoría que sustente el accionar o las fachadas asumidas por los agentes. En el caso de la Enfermería plantea Fealy <sup>188</sup>, la teoría no le ofrece al practicante bases para la deliberación en el juicio práctico. La práctica es una forma de actividad humana compleja e indeterminada, establecida y gobernada por las reglas técnicas. Sin embargo, en la relación entre la teoría y la práctica, la primera debería informar sobre las buenas aplicaciones y lo que debería considerarse como una praxis.

Por su parte Welsh y Lyons <sup>189</sup> plantean que no se puede elucidar cuál es el conocimiento tácito que explique lo inexplicable, ni las habilidades que son necesarias para la enseñanza del mismo en la práctica. Este conocimiento tácito es adquirido primariamente a través de la experiencia, usualmente mediante la observación y de los mentores, derivados de la vivencia de la práctica. Estas decisiones implican un nivel de conciencia que está dado por la figura de anticipación y prevención de problemas, es decir, una forma inconsciente de evaluación y toma de decisiones en enfermería, como lo expresan Thomas y Davies <sup>190</sup>.

En ese sentido, y dada la complejidad de la realidad de la práctica, se ha realizado, en varios estudios en enfermería <sup>191</sup>, bajo el enfoque aristotélico de praxis, sustentado por el concepto de Frónesis. Según el pensamiento aristotélico, la Frónesis es la virtud del

---

<sup>188</sup> FEALY, Gerard. The theory-practice relationship in nursing: an exploration of contemporary discourse. *En: Journal of advanced nursing*. May, 1997, vol. 25, p. 1061-1069.

<sup>189</sup> WELSH, I. *et al.* Evidence based care and the case for intuition and tacit knowledge in clinical assesment and decisión making in mental health nursing practice. An empirical contribution for the debate. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. Vol. 8. P. 299 – 305.

<sup>190</sup> THOMAS, J. *et al.* The nursing Shortae and the scope for reducing it by redefining their role. *Health services management research*. Vol. 18. No. 4. P. 217-221.

<sup>191</sup> FEALY, Gerard. The theory-practice relationship in nursing: an exploration of contemporary discourse. *En: Journal of advanced nursing*. May, 1997, vol. 25, p. 1061-1069. Op. Cit.

pensamiento moral, normalmente traducida como sabiduría práctica, la cual es la habilidad para pensar cómo y por qué se debe actuar para cambiar las cosas, especialmente para mejorar las vidas.

La premisa de la teoría es promover el autoconocimiento para incrementar su autonomía racional, es así como ayuda a transformar las vías y las situaciones en aquellas en las que es operativa la práctica. Como la teoría se aplica para el mundo personal del conocimiento, este tiene que explicar las experiencias de la práctica. Por eso, teorías como la de Benner difieren de la posición conceptual de praxis en el hecho de que el mejor curso de la acción aparece gracias a un criterio pragmático en razón de un buen acto<sup>192</sup> y no en razón de la conjunción del poder de argumentación, la habilidad de la buena acción y la transformación de la vida cotidiana.

Sin embargo, basados en teorías de enfermería que se orientan desde la perspectiva unitaria transformativa como Watson, Roach, Boykin y Schoenhofer, se puede percibir que la práctica de enfermería está guiada por la conciencia, la competencia para realizar la conexión con el individuo y la comunidad, y el ideal de crear un sistema de cuidado de la salud en resultados medibles económicamente y de la expansión de valores de los recursos del cuidado, entendiendo las conexiones de los seres humanos con la espiritualidad y la renovación física<sup>193</sup>.

De tal manera, se puede inferir que la enfermería puede tener una práctica social porque su foco es el cuidado humano que toma lugar en la complejidad y las dinámicas sociales. Sin embargo, no se ha desarrollado en ella una perspectiva particular o epistemológica, dado que la naturaleza de su práctica se sigue realizando bajo la consideración de que la

---

<sup>192</sup> EVANS, Robin., *et. Al.* A model to Describe the relationship between knowledge, skill and judgment in nursing Practice. Nursing Forum. Vol.41, No. 4. Octubre-Diciembre de 2006.

<sup>193</sup> KAGAN, Paula., *et. Al.* A nursing Manifesto: An emancipator call for knowledge development, conscience and praxis. Nursing Philosophy. Vol. 11. 2009. P. 67 - 84

toma de decisiones, se hace en torno a un número de posibles alternativas y contingencias de la acción<sup>194</sup>.

La crítica feminista contemporánea considera que una de las barreras para que exista una práctica social es porque la tradición en enfermería y medicina está directamente ligada con la tendencia a la profesión en la que el foco es la actuación en el cuidado en hospitales y sobre las intervenciones de alta tecnología, en lugar de las complejidades socio ambientales.

Sin embargo, para Chinn la praxis significa que la reflexión simultánea con la acción dirigida a la transformación del mundo, se puede realizar a través de la generación de un interés emancipatorio que significa tener la capacidad de diseñar aproximaciones creativas para lograr los cambios. Existen varios estudios en enfermería que respaldan esta posición (Smith, Cowling y Chinn, Kagan, Cowling, Newman), sumando el concepto de justicia social, entendiéndolo como los objetivos y estrategias que deben explicar de manera directa el cambio en la práctica y de las estructuras sociales que sostienen las desventajas en el cuidado de la salud.

Según estudios de Aiken y Gordon<sup>195</sup>, este cambio es urgente dado que las enfermeras y la enfermería en general se enfrentan a diversos problemas propios de la postmodernidad como la desprofesionalización de la ciencia al perder espacios en los *staff*, el uso excesivo de personal no profesional en el cuidado del paciente, los limitados campos de aplicación de la práctica, y el incremento de las restricciones en normas para el cuidado de la salud. Además de la cultura, la legislación y las condiciones económicas

---

<sup>194</sup> Ibíd. p. 67-84

<sup>195</sup> AIKEN, L. *et al.* Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. JAMA, 288. P. 1987-1993.

que crean situaciones en las que no se puede dar una práctica social, de acuerdo con Schoroeder y Kagan<sup>196</sup>.

Según el estudio realizado por Jarrin<sup>197</sup> al respecto, bajo un enfoque igualmente hermenéutico, como lo es el método de investigación particular emancipatorio de Freire, se encontró que los profesionales de Enfermería quisieran que la práctica cambiara en relación con reclamar prioridad en el cuidado, obtener recursos necesarios, ganar el respeto de los otros y de ellas mismas y encontrar identidades, aspecto que comparte con los resultados obtenidos en el presente estudio.

Bevis<sup>198</sup>, por otro lado identifica que existen barreras para el cuidado como la burocracia y la política, el género y la economía, para que se dé una verdadera práctica. Ella argumenta que la forma de atacar esto es a través del empoderamiento transformador, la praxis y el pensamiento crítico. Por su parte el International Council of Nurses<sup>199</sup> considera que la distribución funcional contribuye a la categorización de la enfermería, como es el caso de la descripción de la práctica del presente estudio, dado que cuando las enfermeras son asignadas por tareas específicas, por pacientes o en grupos pequeños, este crea una ilusión de que la enfermera tiene una serie de tareas, pero no dirigidas a todo público y el problema más importante radica es que el mismo profesional lo valida<sup>200</sup> y Masterson<sup>201</sup> considera que estas tareas no llegan a complacer la práctica y tampoco llenan las expectativas de todas las enfermeras, como también se evidencia en los resultados del presente estudio.

---

<sup>196</sup> SCHROEDER, C. The tyranny of profit: concentration of wealth, corporate globalization, and the failed US health system. *ANS. Advances in nursing science*. Vol. 6. No. 3. P. 174 – 184.

<sup>197</sup> JARRIN, O. Results from the nurse manifest 2003 study: Nurses' perspectives on nursing. *ANS. Advances in nursing Science*. Vol. 29. No. 2. E74 – E85

<sup>198</sup> BEVIS, Olivia. A symphony of caring. Shared visions and eloquent futures for nursing education and practice. In M. Burke & S. Sherman (Eds), *Gerontological nursing: Issues and Opportunities for the Twenty-first century* (pp. 81-97). New York: National League of Nursing.

<sup>199</sup> ICN. Position statement: Scope of nursing practice. 1998-2004

<sup>200</sup> EVANS, Robin and DONNELLY, Glenn. A model to describe the relationship between knowledge, skill and judgment in nursing practice. *En: Nursing Forum*. October, 2006, vol, 24, p.150-157.

<sup>201</sup> MASTERSON, A. Cross-boundary working. A macro-political analysis of the impact of professional roles. *Journal of clinical nursing*. Vol. 23. No. 1. P. 331-339

En cuanto a la Estructura y el sistema, es necesario tener en cuenta que contienen dos dimensiones: una sintagmática, que incluye las relaciones sociales en un tiempo – espacio, es decir, la reproducción de prácticas contextualizadas, y una dimensión pragmática que circunscribe el orden virtual de los modos de articulación de esta reproducción.

Estructura entonces, son las propiedades articuladoras que consisten en la ligazón de un tiempo-espacio en los sistemas sociales, es decir una serie de destrezas que orientan la conducta de los agentes, que contiene principios estructurales que son las reglas y recursos que se dan en esta práctica. En este sentido, una regla implica un procedimiento metódico de interacción social como lo indica Garfinkel<sup>202</sup>, o sea, que se dan en la contextualización de los encuentros sociales y que por un lado, denotan la constitución de sentido y por el otro, la sanción de modos de conducta social.

Pueden existir reglas de naturaleza, como fórmulas que se invocan constantemente en el curso de actividades cotidianas, que entran en la articulación de buena parte de la textura de la vida diaria. O pueden existir reglas discursivas, que son interpretaciones de ellas, que en sí mismas pueden alterar su aplicación, como por ejemplo, las leyes.

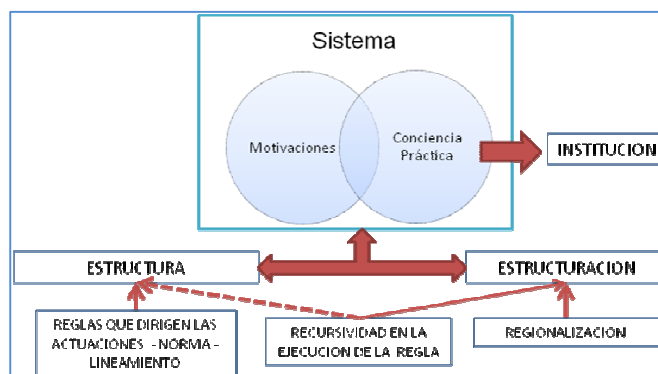
Los sistemas sociales incluyen las actividades situadas de agentes, reproducidas por un tiempo y un espacio. Analizar la estructuración de los sistemas sociales significa estudiar los modos en que esos sistemas producen y reproducen la interacción de acuerdo con el contexto. Las propiedades estructurales de los sistemas sociales son tanto un medio como un resultado de las prácticas que ellas organizan de manera recursiva.

Sin embargo, y como se ha podido evidenciar en lo expuesto sobre el presente estudio, la construcción del sistema de la práctica se da a través de los principios estructurales de la norma, que son evidentes en la práctica social de enfermería, transformados en reglas, y en la recursividad en la ejecución de la regla, que aunque corresponda a ambos conceptos, tiende a contribuir a las condiciones que gobiernan la continuidad de la práctica, ya que es su característica central, así como la regionalización, sin la cual no



existiría este espacio. Es así como se construye el sistema micro social con el macro social y se logra la institucionalidad de la práctica.

**Ilustración 19.** Estructuración de la práctica de Enfermería.



**Fuente:** Pardo, Yaira. Enero, 2011.

La estructura denota, no sólo las reglas implícitas en la producción y reproducción de los sistemas, sino también los recursos que se emplean en los mismos, de esta forma ambos se desarrollan de manera recursiva.

Es importante tener en cuenta qué tipo de recursos se movilizan como propiedades estructurales, ya sean de asignación, que denotan aptitudes o aptitud transformativa y que generan el mando sobre objetos o fenómenos materiales y/o recursos de autoridad, que ejercen potestad sobre personas o actores, para poder determinar la dominación realizada en producción y reproducción de las acciones cotidianas. Debe entenderse por dominación, según Weber<sup>203</sup> toda especie de probabilidad de ejercer poder o influjo sobre otros hombres. En el caso concreto, esta dominación (autoridad), en el sentido indicado, puede descansar en los más diversos motivos de sumisión: desde la habituación inconsciente, hasta lo que son consideraciones puramente racionales.

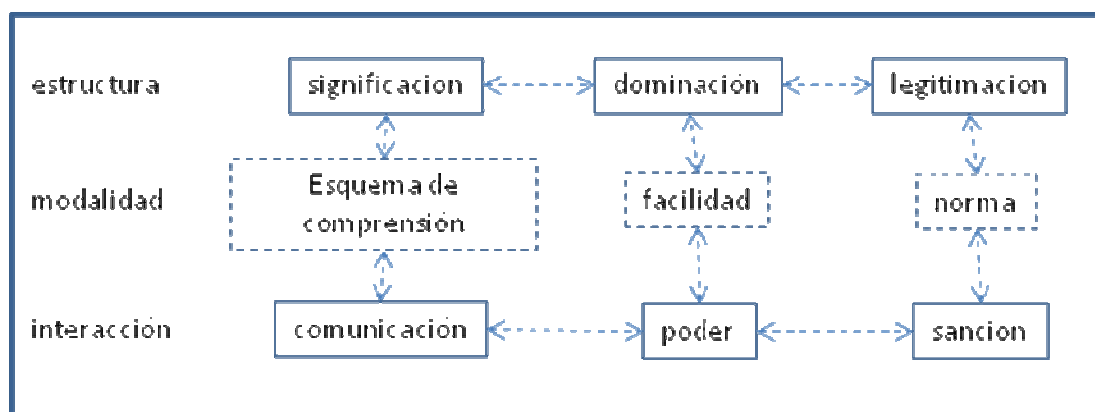
---

<sup>203</sup> WEBER, Max. Economía y sociedad. Capítulo 3, p 180.

Aunque la existencia de grandes colectividades o sociedades evidentemente no depende de las actividades de ningún individuo en particular, es claro que esas colectividades dejarían de existir si desaparecieran todos los agentes interesados.

Las instituciones, por definición, son los rasgos más duraderos de una vida social. Para entender cómo se forman, es necesario construir esquemas de comprensión, que son los modos en los que se producen y reproducen las prácticas sociales, para el caso del presente estudio, el que se plantea a continuación:

**Ilustración 20.** Monitoreo reflexivo del poder



Fuente: Pardo, Yaira. Enero, 2011.

Toda clase de acciones que se llevan a cabo como estrategias y no como ejecuciones de reglas, objetivamente se orientan hacia la reproducción de ese cuerpo social. En primer lugar, toda disciplina intelectual posee una teoría sociológica o si se prefiere, una historia construida. Todas las disciplinas tienen sus historias ficticias, todas son comunidades imaginadas que invocan mitos del pasado, a fin de fijar su propia unidad y desarrollo interno y también de trazar las fronteras con otras disciplinas vecinas.

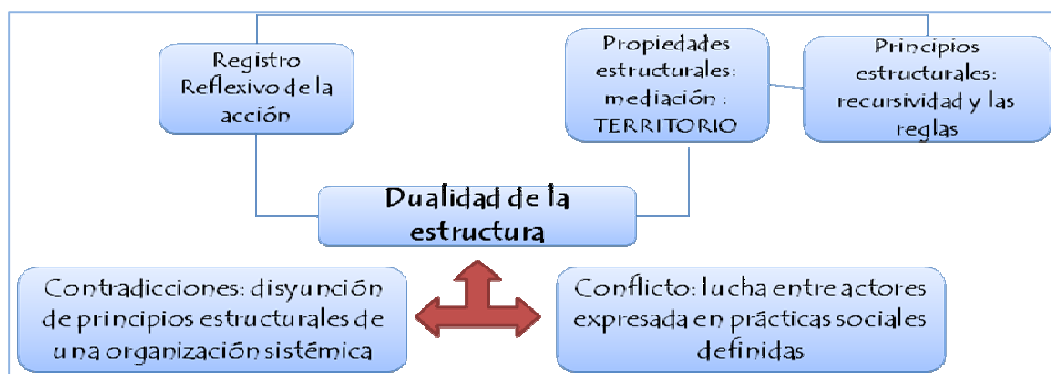
Foucault<sup>204</sup> y otros han planteado que un autor es una especie de ensamblaje de cualidades discursivas. De ninguna manera, escribir algo, lo mismo que hacer algo, implica autoría, reflexividad, y la combinación de intenciones a proyectos a largo plazo.

<sup>204</sup> FOUCAULT, Michael. El sujeto y el poder. Disponible en: Edición electrónica de [www.philosophia.cl/](http://www.philosophia.cl/) Escuela de Filosofía Universidad ARCIS.

En la historia de la intelectualidad, a diferencia de lo que sucede con el uso actual de obras a modo clásico, la autoría es cuestionada, lo mismo que las acciones pueden ser interrogadas en los contextos de la vida cotidiana. En el habla y en la actividad diaria, no concedemos a un individuo el control absoluto sobre el significado de lo que dice o hace, pero sí otorgamos al hablante o actor, un privilegio especial de explicación.

Por esto es indispensable identificar los circuitos de reproducción de las acciones cotidianas entendiéndolos como los itinerarios de los procesos al interior de la práctica, los cuales, para el presente estudio y de acuerdo con lo expuesto anteriormente, se pueden identificar de la siguiente manera:

**Ilustración 21.** Dualidad de la estructura.



Fuente: Pardo, Yaira. Enero, 2011.

En cuanto a la elucidación de los órdenes institucionales. El Poder, es uno de los conceptos que se analizaron desde la teoría y que simboliza la fuerza de ser capaz de. Según Foucault <sup>205</sup>, se podría definir el poder como la mayor o menor capacidad unilateral (real o percibida) o potencial de producir cambios significativos, habitualmente sobre las vidas de otras personas, a través de las acciones realizadas por uno mismo o por otros.

<sup>205</sup>

FOUCAULT, Michael. El sujeto y el poder. Disponible en: Edición electrónica de [www.philosophia.cl/](http://www.philosophia.cl/) Escuela de Filosofía Universidad ARCIS.

Según la Teoría de la Estructuración, ser capaz de obrar de otro modo significa ser capaz de intervenir en el mundo, o de abstenerse de esa intervención con la consecuencia de influir sobre un proceso o un estado de cosas específicas. Esto presupone que ser un agente es ser capaz de mostrar un espectro de poderes causales, incluido el de influir sobre el desplegado por otros. Una acción nace de la aptitud del individuo para producir una diferencia en un estado de cosas. Un agente deja de ser tal, si pierde la aptitud de producir la diferencia o de ejercer alguna clase de poder, como lo contempla Foucault<sup>206</sup>, el poder no es la mera capacidad de decir que no.

Bachrach y Baratz<sup>207</sup> afirman que existen dos caras del poder. Una es la aptitud de los actores para poner en práctica decisiones preferidas por ellos, y la otra es la movilización de influencia inherente a las instituciones. El poder que disfruta de cierta continuidad en tiempo y espacio presupone relaciones regularizadas de autonomía y dependencia de actores o colectividades en contextos de interacción social. Pero de todas formas, las maneras de dependencia ofrecen recursos dialécticos del control en el sistema social.

La Práctica social para la Teoría de la Estructuración, es el fundamento de la vida cotidiana y el papel activo del agente social y se refiere al conjunto de prácticas producidas y reproducidas por los actores sociales que implican una transformación. Es una acción intencional que el agente sabe que tendrá cierto resultado y utiliza ese saber para lograrlo, puesto que está relacionado con el ser y el hacer y con la reproducción y transformación social. Implica que los actores desarrollen una serie de destrezas en la coordinación de su conducta diaria y de sus contextos y que sean capaces de dar cuenta discursiva de su hacer.

Finalmente y como se logra apreciar dentro de los hallazgos del presente estudio, aunque la práctica de enfermería logra contener y hacer discursivo algunos aspectos reflexivos sobre la misma, el elemento de transformación y de generación de poder no se hace evidente por lo que la práctica social de Enfermería se encuentra en un estado primario de acción, como lo establecería la teoría, dado que los aspectos fundamentales de racionalización y de reproducción y transformación social no se dan en la realidad.

---

<sup>206</sup> Ibid.

<sup>207</sup> BACHRACH, et al. En: SADAN, Elisheva. Empowerment and Community Plannin. Chapter 1: Theories of Power. E-Book. Disponible en: [http://www.mpow.org/elisheva\\_sadan\\_empowerment\\_intro.pdf](http://www.mpow.org/elisheva_sadan_empowerment_intro.pdf)

## 7. Conclusiones y Recomendaciones

### 7.1 Conclusiones

Teniendo en cuenta la discusión presentada las conclusiones que se exhiben del presente estudio son las siguientes:

A nivel microsocioal se identifican de la práctica social de Enfermería en Bogotá, los elementos denominados por la teoría de Anthony Giddens de acciones, motivaciones y razones. Las acciones se encuentra, según la teoría, en un nivel de bajo desarrollo de complejidad y baja contingencia, es decir que son de carácter puntual y en su mayoría determinadas por la normatividad al respecto, sin realizar un mayor análisis de la funcionalidad o utilidad de la misma o de las mismas, por lo que según la estructuración de la práctica su especificidad responde a órdenes institucionales o sociales ya predeterminados que han permeado tanto simbólicamente como en la misma determinación de la acción, dentro de la práctica.

Frente a las motivaciones estas se encuentran al igual que las acciones, en el cuadrante de menor desarrollo, ya que esas son convertidas en ley para la acción. Unido a estos resultados desde las razones estas se identifican y se describen como el raciocinio que se encuentra ubicado en un plano de menor complejidad simbólica, ya que este solo obedece a lógicas normativas no argumentadas desde la ciencia que es lo que se espera de una práctica social, por lo que las acciones van de una contingencia menor a una mayor, dependiendo esta del grado de autonomía e importancia que el de a este los ordenes institucionales.

Dentro del nivel microsocioal, es decir dentro de la relación entre las acciones, motivaciones y razones se encuentra que este se identifica en un nivel bajo ya que la

práctica está respondiendo en este nivel, solo a la forma socialmente obligatoria expresada en la norma, por lo que las acciones giran en torno a estas y no de otras que pudieran generar un impacto y una transformación mayor tanto para los agentes sociales como para la práctica, por lo que la contingencias que se generan son menores.

Se identifican en el nivel macrosocial de la Práctica social de Enfermería en Bogotá D.C, los elementos denominados por la teoría de Anthony Giddens de reglas, recursos, ordenes institucionales, sistemas y la regionalización.

Frente a la reglas se identifica que estas se encuentran bajo la lógica del idealismo normativo que se ha establecido como regla y como forma de pretensión de validez, demuestra que por consiguiente la influencia que ha tenido la teoría en la misma es nula y lo que llama poderosamente la atención es que es aprendida desde la formación como profesionales, es decir a luz de la teoría se ha constituido como una fachada social de la profesión en la que se cree que se hacen las cosas bien hechas para perpetuar autoconceptos y reafirmaciones de roles.

Estas fachadas como se aprecia en el presente estudio ha generado múltiples actos dentro de la práctica de Enfermería, aspecto que a luz no solo de teoría de la estructuración, sino de movimientos aún más contemporáneos es la evolución natural de toda ciencia. Sin embargo, estos deben ir acompañados igualmente de pretensiones de validez basado en procesos sistemáticos científicos que permita un dialogo con el otro bajo perspectivas únicas desde las profesiones que permitan la evolución al igual de su status quo, aspecto que como se aprecia y se concluye la profesión y la práctica en Enfermería en Bogotá D.C no lo ha logrado aún.

En nuestro contexto estas pretensiones de validez son necesarias reevaluarlas y realizar un análisis desde la academia y del gremio de tal manera que se avance en el reconocimiento de la ciencia de Enfermería y del aporte claro y concreto que las acciones de Enfermería tiene para el cuidado de la población colombiana dentro del sistema de salud actual.

Frente a los recursos, esta es asumida como recursividad, elemento que a la luz de la teoría no es tan favorable para la estructura y no ha dado tan buenos resultados como se pretendería. Bajo el lente postmoderno, la recursividad indica el bajo nivel de contingencias de las acciones identificado en la práctica social de Enfermería en Bogotá que genera una falta de poder, porque no hay una pretensión de movilización de recursos que module esta recursividad. Este elemento hace que se sostenga los elementos coercitivos del sistema y no se transforman como se espera de una ciencia.

Frente al elemento de la regionalización, es importante destacar que el análisis y capacidad de monitoreo reflexivo expresado por los participantes fue mayor que el de resto de categorías. Esto permite visualizar la existencia de un camino a través de este de la búsqueda del poder y de autonomía de la práctica social de Enfermería, pero que debe ser objeto de exploraciones investigaciones futuras.

Frente al análisis de la estructura en general, que es la explicación final del nivel microsocioal es decir de las categorías de reglas, recursos, ordenes y regionalización, es importante destacar que en la práctica social de Enfermería en Bogotá D.C, se puede identificar un monitoreo reflexivo de la acción, solo que deja a la práctica en un plano de rutina y no de la generación de rituales y de generación de nuevas categorías de conocimiento como se esperaría de toda profesión dentro de las ciencias aplicadas.

Este ejercicio de monitoreo reflexivo deja ver a luz de la teoría que al no existir negociaciones externas sobre pretensiones de validez de perspectivas propias dentro de la práctica de enfermería, este lo que retroalimenta son las propias pretensiones de validez de los agentes, es decir que este se hace para satisfacer las propias motivaciones de los profesionales de Enfermería y no a la ciencia ni a la profesión.

Frente al significado de la práctica social a partir de las experiencias producidas por los agentes, se concluye que en términos de la teoría de la estructuración, la práctica de enfermería no ha logrado su alcance de praxis dado que la relación entre agente, acciones y estructura no se encuentra elucidada en este momento. Solo se evidencia la relación existente entre las actuaciones de los agentes y el control reflexivo de la misma,

aún así este aspecto no es suficiente para desplegar una transformación en la estructura social de la práctica y carece de significado.

Finalmente la práctica social en Enfermería en la ciudad Bogotá D.C, a la luz de la teoría de la estructuración de Anthony Giddens se analiza que desde la exploración la práctica social de Enfermería en Bogotá, se encuentra por un efecto de causa – efecto, en un nivel todavía ubicado en el idealismo normativo, por lo que las pretensiones de validez tanto de las perspectivas propias de la disciplina como la creación de nuevos roles y de tipificación de los mismos no se ha realizado y por lo contrario, se percibe que solo existe una parte de los que se pueden identificar en la profesión. Esta situación, hace que no existe un ejercicio de poder frente a la práctica en general y se haga solo lo que hay que hacer, aspecto que se ha establecido como estructura a lo largo del tiempo y en el espacio particular de los participantes.

La teoría de la estructuración permitió explorar la realidad de la práctica desde las experiencias vividas por los participantes, desde una postura fenomenológica sin embargo como paso a seguir los elementos históricos y culturales se necesitan para dilucidar y desarrollar el concepto de la practica social en nuestro medio.

Al mismo tiempo realizar a partir de la presente investigación se concluye que es necesario realizar un ejercicio de vinculación teórica entre los fundamentos del cuidado y la práctica social que contribuya a legitimar las dimensiones de las actuaciones, que en el presente estudio se visualiza como una debilidad de la práctica. Este ejercicio de vinculación teórica debería llegar a determinar acuerdos mínimos de lo que es cuidar a más de un individuo, lo que se entiende por ofrecer Cuidado de enfermería y los requisitos para brindarlo. Esto posibilitará tener claridad en el ejercicio y consecuentemente dan relevancia a la toma de decisiones.

Finalmente frente al uso de la etnometodología y el análisis de la conversación, orientación metodológica poco utilizada hasta el momento en la ciencia de Enfermería, esta en el presente estudio, permitió realizar de manera satisfactoria la exploración del mundo práctico del ejercicio profesional además de ser una herramienta útil para la elucidación de los aspectos fundamentales de la disciplina.



## 7.2 Recomendaciones

Producto de este estudio surgen entre otras las siguientes recomendaciones:

- Para la generación de investigaciones futuras: se hace necesario la exploración más profunda de categorías como la de regionalización y de reglas para determinar cómo estos condiciona la práctica de manera más explícita y profunda. De igual manera este mismo abordaje se debe realizar en grupos representativos de trabajo en Enfermería como staff o profesionales que laboren en ambientes con un nivel de especialización de las acciones mayor.
- Como construcción continua de conocimiento, se recomienda al programa de Doctorado en Enfermería promover la investigación en áreas que permitan conocer la realidad de la práctica y generar un a la configuración de nuevas realidades tanto dentro de la misma formación como hacia la sociedad en general.
- Para la formación de los futuros profesionales, es importante realizar un ejercicio de análisis de la formación sobretodo profesional, ya que como se pudo evidenciar en el presente estudio estos elementos son aprendido y aprehendidos durante la formación, por lo que los resultados pueden llegar a generar reflexiones sobre cómo se concibe las prácticas dentro de los currículos y su capacidad de reflexión y poder.
- Se debe realizar un llamado a las organizaciones gremiales de Enfermería a involucrar a acoger los resultados de la investigación para favorecer la discusión sobre las acciones que estos deben realizar para el mejoramiento de la práctica social de la disciplina.
- Aunque es evidente el ejercicio del liderazgo en los equipos y el trabajo interdisciplinar es necesario llegar a un monitoreo constante de la argumentación de la práctica, que esté basado en un proceso de construcción conceptual de la práctica soportado en las concepciones del Cuidado de Enfermería y su desarrollo teórico.



## Bibliografía

AGUILAR-MORALES, Jorge. Evolución y desarrollo de las políticas públicas en salud: Asociación Oaxaqueña de Psicología. 2006. Disponible en internet: <http://www.conductitlan.net/historia.ppt#256>.

AIKEN, L. *et al.* Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA*, 288. P. 1987-1993

AKERMAN, Marco, *et al.* E possível avaliar um imperativo ético?. En: *Ciência y Saude Coletiva*. 2004, vol 9, no.3, p. 605-615.

ALLEN, Davina. Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. *Nursing Inquiry*. 2004, vol, 11, no. 4, p. 271–283.

ALMEIDA, *et al.* A pesquisa em enfermagem fundamenta no processo de trabalho: Em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999.

----- Contribuição ao estudo da prática de enfermagem. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999.

ALMEIDA, F. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. En: *Ciência y saúde coletiva*. 1997, vol 2, p 5- 20. BINDING, *et al.* [Human Understanding in Dialogue: Gadamer's Recovery of the Genuine](#). En: *Nursing Philosophy* 2008, vol 9, no 2, p 121-130.

ARCHIBONG, Udak. Evaluating the impact of primary nursing practice on the quality of nursing care: A Nigerian Study. En: *Journal of advanced nursing*. 1999, vol. 29, no. 3, p. 680-689.

ARRONIZ MUÑOZ, Abel. *Psicología y teoría crítica*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala Psicología. Espacios Temáticos. Disponible en internet: <http://www.psiconet.com/foros/psa-marx/teoriacritica/psiccrit.htm>.

BACHRACH, *et al.* En: SADAN, Elisheva. *Empowerment and Community Planning*. Chapter 1: Theories of Power. E-Book. Disponible en: [http://www.mpow.org/elisheva\\_sadan\\_empowerment\\_intro.pdf](http://www.mpow.org/elisheva_sadan_empowerment_intro.pdf)

BECK, Ulrich. La reinención de la política. En: Modernización reflexiva. Madrid: Alianza, 1997.

----- La sociedad del riesgo. Editores Siglo Veintiuno. Madrid, 2002.

BERG, Geir. A holistic-existencial approach to health promotion. En: Scandinavian Journal Caring Science. 2003, vol. 17, p. 384-391.

BEST, A, *et al.* Health promotion dissemination and systems thinking: toward an integrative model. En: American Journal health behaviours. 2003, vol. 27, p. 206-216.

BEVIS, Olivia. A symphony of caring. Shared visions and eloquent futures for nursing education and practice. In M. Burke & S. Sherman (Eds), Gerontological nursing: Issues and Opportunities for the Twenty-first century (pp. 81-97). New York: National League of Nursing.

BRICEÑO, Roberto. Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico. En: Ciência and saúde coletiva. 2003, vol. 8 no.1.

BRIONES, Guillermo. Evaluación de programas sociales. México: Editorial Trillas, 1991.

BRYAR, Rosamund. Primary health care: does it defy definition?. En: Primary Health Care. 2000, vol. 1 no.1, p 25-35.

BUNKERS, Nelson, *et al.* The Health action model: academias's paternership with the community. The outcomes mandate: case management in health carte today. En: Nursing Science Quartely. 1998, vol. 13, p. 300-302.

CARDENAS, Hugo. Visiones sobre Enfermería Comunitaria. Serie Medicina Comunitaria. Universidad del Bosque. 2008, vol. 5, p. 30.

CASTRILLÓN, María, *et al.* La enfermería en Colombia y la reforma del sector salud. En: Investigación y Educación en Enfermería. 1999, vol. 17, no, 1, p. 13-33.

CEPAL, Panorama Social de América Latina 2002 y 2003.

CHALMERS, *et al.* Community development: theoretical and practical issues for community health nursing in Canada. En: Journal of Advanced nursing.1994, vol. 24, p. 719-726.

----- The theoretical basis for nursing at the community level: a comparison of three models. En: Journal advanced nursing. 1999, vol. 14, no. 7, p. 569-574.

CHOY, A. The winners triangle. En: *Trasaccional analysis journal*. 1990, vol. 20, p. 40-46.

CLARKE, H, *et al.* Public health nurse vision of their future reflects changing paradigms. En: *Journal of nursing scholarship*. 1993, vol. 25, no. 4, p. 305-310.

COLOMBA, Nancy. Evaluación nuevas concepciones. En: *Contexto Educativo*. 1999, año VII, no.37.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública. 2001.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. OMS. OPS. Colombia: Diagnóstico de salud, políticas y estrategias. Bogotá D.C. 1984.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 (2000).

ALMA – ATA. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. URSS. Septiembre 6-12 de 1978.

DALZIEL, Y. Community development as a public health function. En: *Public health in policy and practice*. 1998, no. 2, p. 217-238.

DE NEGRI FILHO, A. Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transetorialidade das políticas públicas. En: *O Processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*. Campinas-São Paulo: IPES, Unicamp, OPS/OMS, 2004.

DIXON, Jane, *et al.* Researching the rural-metropolitan health differential using the social determinants of health. En: *Australian Journal Rural Health*, 2000. vol. 8, p. 524-260.

DOS SANTOS, Ronaldo. La Teoría Social de Anthony Giddens: Una lectura de La Constitución de la Sociedad. Disponible en internet: <http://www.herramienta.com.ar/varios/14/14-8.html>.

DUQUE, Sonia. Dimensión del cuidado de Enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento. En: *Investigación y Educación en Enfermería*. 1999, vol. 17 no. 1, p. 75-85.

DURO, J, *et al.* El discurso de los profesionales de atención primaria de la comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. En: *Revista española de salud pública*. 2003, p. 615-327.

DWYER, G. What lies ahead for primary care?. En: Journal Australian Nursing. 2005, vol. 1, p. 16-21.

ENGELKES, Elly. Process evaluation in a Colombian primary. En: Health policy and planning. 1990, vol. 5, no, 4, p. 327-335.

ESCUADERO, Tomás. Desde los test hasta la investigación evaluativa actual. Un siglo, el XX, de intenso desarrollo de la evaluación en educación. En: Revista Relieve. 2005, vol. 9 no.1, p. 11-13.

EVANS, Robin and DONNELLY, Glenn. A model to describe the relationship between knowledge, skill and judgment in nursing practice. En: Nursing Forum. October, 2006, vol, 24, p.150-157.

FEALY, Gerard. The theory-practice relationship in nursing: an exploration of contemporary discourse. En: Journal of advanced nursing. May, 1997, vol. 25, p. 1061-1069.

FERNÁNDEZ, Rocío. Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales educativos y de salud. Madrid: Síntesis, 1996.

Foucault, Michael. El sujeto y el poder. Disponible en: Edición electrónica de [www.philosophia.cl/](http://www.philosophia.cl/) Escuela de Filosofía Universidad ARCIS.

GARFINKEL, Harold. Studies in ethnomethodology. Universidad de California. Los angeles. 1967. P. 119.

GIDDENS, Anthony. La constitución de la Sociedad. 1 ed. Sao Pablo: Editor Martins Fontes, 1996, p. 55.

GIDDENS, Anthony *et al*. Las consecuencias perversas de la modernidad. 1 ed. Editorial Anthropos, 1996, p. 52.

GOFFMAN, Erving. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrorto. 2004.

GRANEY, A. Effectiveness and community empowerment. En: Public health in policy and practice. 1998, no. 3, p. 164-187.

GUBA, Egon and LINCOLN Yvonna. Fourth Generation Evaluation. Newsbury Park, California: Sage Publications Inc., 1989.

HALL, Joanne *et al*. Enfermería en salud comunitaria. Publicación Paltex OMS-OPS,1990, cap. 18.

HARDCASTLE, Mary-Ann, *et al.* An overview of structuration theory and its usefulness for nursing research. En: Nursing Philosophy. 2005, vol. 6, p. 223-234.

HORKHEIMER, M. Sociedad en transición: estudios de filosofía actual. Madrid: Ediciones 62, 1976.

HUANG, C-L. Community health development: what is it? International council of nurses. 2005, vol. 52 p. 13-17.

IRVINE, Fiona. Exploring district nursing competencies in health promotion: the use of Delphi technique. En: Journal of clinical nursing. 2005, vol.14, p. 965-975.

JARRIN, O. Results from the nurse manifest 2003 study: Nurses' perspectives on nursing. ANS. Advances in nursing Science. Vol. 29. No. 2. E74 – E85.

KAGAN, Paula., *et. Al.* A nursing Manifesto: An emancipator call for knowledge development, conscience and praxis. Nursing Philosophy. Vol. 11. 2009. P. 67 - 84

KLAINBERG-HOLZEIMER. Enfermería comunitaria: una alianza para la salud. McGraw Hill, 2001.

KREBS, Doris. Programa del CIE sobre enfermería de atención de la salud primaria: presente y futuro. En: Revista internacional de enfermería. Órgano oficial del Consejo Internacional de Enfermería. Noviembre- diciembre, 1982, pág 7- 8.

KRITSOTAKIS, G. What is social capital and how does it relate to health? En: International journal of nursing studies. 2004, vol. 41, p. 43-50.

LANGE Ilta, *et al.* La práctica de enfermería en América Latina. En: Reunión Internacional de la Fundación W. K. Kellogg y OPS: Impacto de Enfermería en Salud de América Latina y el Caribe. Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

LEFRAY, *et al.* En: LAFRONIS, David. Comparison of the original and revised structures of the health promotion model in predicting construction workers' use of hearing protection. En: Research in nursing & health. 2006, vol 29, no 1, p 3-17.

LEININGER, Madeleine, *et al.* Care. The essence of nursing and health. En: Wayne state University Press, Detroit, 1988. p. 54.

MÁLVAREZ, Silvina y CASTRILLÓN, María Consuelo. Panorama de la fuerza de trabajo en Enfermería en América Latina. Washington: OPS-OMS, 2005. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos).

MASTERSON, A. Cross-boundary working. A macro-political analysis of the impact of

- professional roles. *Journal of clinical nursing*. Vol. 23. No. 1. P. 331-339
- MATUMOTO, *et al.* Saude coletiva: um desafio para enfermagem. En: Cuadernos de saúde publica. 2000, vol.17, no. 1.
- MC-DONALD, T. Rethinking health promotion: a global promotion. London: Routledge, 1998.
- MENDES, Isabel. Desarrollo y salud: la declaración de Alma Ata y movimientos posteriores. En: Revista Latinoamericana de Enfermagem. Mayo-junio 2004, vol. 12, no. 3.
- MERCADO, Francisco *et al.* Análisis cualitativo en salud: teoría, métodos y práctica. México: Universidad Guadalajara, 2000.
- MERCADO Franciso, *et al.* Avaliação de politicas e programas de saúde. Enfoques emergentes na Ibero America no inicio do seculo XXI. En: Avaliação qualitativa de programas de saúde. Enfoques emergentes. Petropolis: Editora Vozes, 2006, p. 22-64.
- MINAYO-GOMEZ, *et al.* Incorporacio das ciencias sociais na producaa de conhecimentos sobre trabalho e saúde. En: Ciência and saúde coletiva. 2003, vol. 8, no.1, p. 1-17.
- MITCHELL, G. The same thing yet different phenomenon: a way of coming to know or not? En: Nursing Science Quarterly. 1993, vol. 6, p. 61-62.
- MOCCIA, Patricia. About anger and power. In M. Burke & S. Sherman (eds), *Gerontological nuring: Issues and opportunities for the twenty-first century* (pp. 69-79). New York: National League of nursing.
- MORGAN, IS. Historic and future health promotion context for nursing. En: The journal of nursing scholarship. 1998, vol. 30, no. 4, p. 379-383.
- NAVA, Verónica. En: Arriaran, Samuel y Elizabeth Hernández. *Hermenéutica analógica-barroca y educación*. México: Fomento Editorial. UPN, 2001, p.90.
- NORTHRUP, *et al.* Building the science of health promotion practice form a human science perspective. En: Nursign philosophy. 2000, vol. 2, p. 162-71.
- NORTON, L. Health promotion and health education: what role should the nurse adopt in practice? En: Journal of advanced nursing. 1998, vol. 28, p.1269-1275.
- NUNES, E. Saude coletiva: historia de uma ideia e de um conceito. En: Saúde e sociedade. 1999, vol. 3, p. 55-21.
- OLIVEROS, H. Manual de investigación biomédica clínica. Bogotá: Editorial Nomos, 2005.



OREM, Dorothea. Nursing: concepts or practice. Mosby, 2001, p. 36.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración de Alma-Ata. 1978.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El ejercicio de la Enfermería. Informe Comité de expertos. Ginebra, 1996, p.15.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El papel de la enfermera en la atención primaria de salud. Washington, 1977.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en America Latina. Serie desarrollo de recursos humanos. Washington, Noviembre de 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. A 25 años de la conferencia de Alma-Ata: ¿Qué fue del lema Salud para Todos? (Comunicado de Prensa). Washington, D.C. Agosto de 2003. Disponible en internet: [www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps030828.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps030828.htm).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Renovando la Atención Primaria de Salud en la Américas. Borrador para discusión, mayo 2005.

ORTIZ, Luis. Acción, significado y estructura en la teoría de A.Giddens. En: Revista Convergencia. Universidad Autónoma de México. Septiembre-diciembre, 1999, no.20, p. 57-84.

PARSE, R. Community: an alternative view. En: Nursing Science Quarterly. 1999, vol. 12, no. 2, p. 119-124.

PEARSON, J. A discusion of the principles of health promotion and their application to nursing. En: Whitreian Nursing Journal. 2003, vol.1, p. 23-34.

PERA, Pilar. ¿Qué es la salud? Percepción comunitaria. En: Enfermería Clínica. 2004, vol. 14, no.3, p. 152-156.

PITA, Salvador, *et al.* Dificultades de la investigación en Atención Primaria. 2005. Disponible en internet: [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com).

PLOGG, Jenny. Evaluating best practice guideleness. En: The Canadian Nurse. 2005, vol. 105, no. 2, p. 5-1.

PROFAMILIA Y MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2005.

PUNTEL, María y ESLAVA, Daniel. Representaciones sociales de salud y enfermedad: investigando el estado del arte. En: Ciencia y Enfermería. 2002, vol. 8, no. 2.

RAWSON, D. Health promotion theory and its rationales construccion. Health promotion disciplines, diversity and developments. London: Rotuledge, 2002, p. 249-270.

ROBINSON, S. The health promotion nurse. En: Journal of clinical nursing. 1997, vol. 7, p. 232-238.

ROMERO, et al. El concepto de intersubjetividad en Alfred Schutz. En: Espacios Públicos, 2007, vol 10, no 20, p 228-240.

Sacks y Schegloff. 1974. En: Ten, Paul. Doing conversation análisis. A practical Guide. Sage Publications. 1999.

SALAZAR, Ligia, *et al.* Hacia la búsqueda de la efectividad en promoción de la salud en America Latina. En: Ciencia & saude coletiva. 2004, vol 9, no.3, p. 725-730.

SALGUERO, Karla. La evaluación de la calidad desde la perspectiva hermenéutica. Experiencias de Autoevaluación. En: Revista Excelencia. Club Gestión Calidad. Octubre, 1997.

SALUM, Maria Josefina, *Et al.* O coletivo como objeto da enfermagem: continuidades e discontinuidades da historia. En: Enfermagem de lãs Américas. OPS, 1999, p. 101-118.

SÁNCHEZ MORENO, A. Enfermería Comunitaria. Madrid: Editorial McGraw Hill, 2000, vol. 1.

SCAMMELL, S and MILLAR, S. Back to basics: exploring the conceptual basis of nursing. En: Nurse Education Today. 1999, vol.19, p. 570–577.

SCHROEDER, C. The tyranny of profit: concentration of wealth, corporate globalization, and the failed US health system. ANS. Advances in nursing science. Vol. 6. No. 3. P. 174 – 184.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ D.C. APS Atención Primaria en Salud. Participación social movilización social por el derecho. Bogotá D.C., 2006.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ D.C. Salud a su Hogar. Un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Bogotá D.C, 2004.

SIEGLES, I, *et al.* Behavioral medicine and aging. En: Journal of consulting and clinical psychology. 2002, vol. 70, p. 843-851.

SMITH – CAMBELL, Betty. A case study on expanding the concept of caring from individuals to communities. En: Public Health Nursing. 2004, vol.16, no.6, p. 405-411.

SMITH, T, *et al.* Prevention and health promotion: decades of progress, new challenges and an emerging agenda. En: Health psychology. 2004, vol. 23, no 2, p. 126-131.

SPAGNOL, Carla. Repensando la gerencia de enfermagem a partir de conceitos utilizados no camo da saúde coletiva. En: Ciência y saúde coletiva. 2005, vol. 10, no. 1, p. 119-127.

SPERANDIO, Ana Maria, *et al.* Caminho para a construcao coletiva de ambientes saudáveis –Sao Paulo. Brasil. En: Ciência a saúde coletiva. 2004, vol. 9, no. 3, p. 643-654.

SPRADLEY, Barbara. Community health nursing: concepts and practice. Philadelphia: Editorial J B Lippincont, 1996, cap. 3.

STEWARD, L. Environment, Society and Natural Resource Management. En: Proyecto Alto Chicama Minera Barrick Misquichilca S.A. Evaluación de Impacto Social. Universidad de los Andes, septiembre 2003.

THOMAS, J. *et al.* The nursing Shortae and the scope for reducing it by redefining their role. Health services management research. Vol. 18. No. 4. P. 217-221

TRISTAN, Agustín. Sobre la estimación de tamaños de muestra. Documento de trabajo. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Programa Doctorado en Enfermería, 2006.

UNICEF. SICAPS Sistema de información de base comunitaria para la atención primaria en salud. 2002, p. 5.

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. Proyecto Alto Chicama Minera Barrick Misquichilca S.A. Evaluación de Impacto Social. Septiembre, 2003.

VILLARREAL, Gloria. Oportunidades perdidas de atención en salud en instituciones prestadoras de servicios de salud Sincelejo. En: Colombia Médica. 2002, vol.33, p. 102-107.

VIVANCO, Manuel. Muestreo Estadístico: diseño y aplicaciones. Editorial Universitaria, 2004

WAKERMAN, John. Defining remote health. En: Australian Journal of Rural Health. 2004, vol. 12, p. 210-214.

WALKER, Damian. How do we determine whether community health workers are cost-effective? Some core methodological issues. En: Journal of community health. 2005, vol. 30, no.3, p. 221-229.

WEBER, Max. Economía y sociedad. Capítulo 3, p 180.

WELSH, I. *et al.* Evidence based care and the case for intuition and tacit knowledge in clinical assesment and decisión making in mental health nursing practice. An empirical contribution for the debate. Journal of psychiatric and mental health nursing. Vol. 8. P. 299 – 305.

WHITEHEAD, D. Health promotion an health education: advancing the concepts. En: Journal of advanced nursing. 2004, vol. 47, no. 3, p. 311-320.

WHITELAW, *et al.* The health promotion role of pre-registration student cohort in UK: a grounded theory study. En: Nurse education in practice. 2003, vol. 2, p. 197-207.

WHITLOCK, E, *et al.* Evaluation primary care behavioral counseling interventions: En evidencied-based approach. En: American Journal of preventive medicine. 202, vol. 22, p. 267-284.

WINSOME, John. Just what do we mean by community? Conceptualizations from the field. En: Health and social care in the community. 1998, vol. 6, no. 2, p. 63-70.

WOODS, *et al.* 1998. En: The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization. USA: Elsevier, 2005, p 477.

## ANEXO No.1

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
DOCTORADO EN ENFERMERÍA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**A. INVITACION A PARTICIPAR.**

Usted ha sido elegida para participar en esta entrevista sobre la identificación de la práctica social de enfermería en la red distrital de primer nivel de Bogotá, el cual es realizado por la estudiante de doctorado Yaira Yohanna Pardo Mora. Su participación nos permitirá entender que acciones realizan las enfermeras en el primer nivel.

**B. PROPOSITO.**

El propósito de esta investigación es identificar cuáles son los elementos de la práctica social de enfermería a la luz de la teoría de la estructuración de Anthony Giddens. En este contexto, la entrevista a la que la estoy invitando, busca identificar los elementos que caracterizan la práctica social de las enfermeras de primer nivel en la ciudad de Bogotá. Con esta información quiero caracterizar la práctica social de las enfermeras y explicarla por medio de la teoría de la estructuración de Anthony Giddens.

**C. PROCEDIMIENTOS.**

Si decide participar en esta entrevista, le tomara aproximadamente 1 hora. En esta actividad, se le invita a responder cada una de las preguntas que se le harán.

**D. RIESGOS E INCOMODIDADES.**

La participación en esta entrevista no implica ningún tipo de riesgo para usted. Al momento de realizar la actividad usted decidirá, donde y de qué forma se realizara la entrevista, para que se sienta más cómoda al momento de responder cada una de las preguntas.

#### E. CONFIDENCIALIDAD

Toda la información obtenida en este estudio se mantendrá estrictamente confidencial. Si existe alguna publicación como resultado, usted no será identificada. Durante la actividad, la entrevista me gustaría registrarla en audio, para tal fin, usted, al final de esta hoja encontrará un espacio para dar o no su consentimiento.

#### F. BENEFICIOS

La información que se obtenga a partir de su participación en esta entrevista me permitirá identificar los elementos y acciones que hacen parte de la práctica social de las enfermeras y entender cómo se organiza la práctica a la luz de la teoría de la estructuración. Al final de la entrevista y con el trabajo de investigación concluido, recibirá información muy valiosa sobre este tema. De igual forma, se le invitara a una reunión para comentarle los principales resultados de la investigación.

#### G. COSTOS.

Su participación en esta investigación no tiene ningún costo. Todos los materiales necesarios para la entrevista serán cubiertos por la investigación.

#### H. COMPENSACION

Usted no recibirá dinero alguno por contestar la entrevista.

#### I. RETIRO O SUSPENSIÓN DE LA ENTREVISTA.

Su participación es completamente voluntaria y puede suspenderla en cualquier momento, avisando a la investigadora.

#### J. DERECHOS DE LA PERSONA

Usted tiene derecho a preguntar acerca de esta investigación y de su participación en esta; así como a que preguntas se respondan a su completa satisfacción. Usted puede hacer sus preguntas antes de firmar este documento en cualquier momento después de firmarlo. Si usted desea alguna otra información o tiene preguntas acerca de una persona que participa en la investigación, puede contactar a la investigadora principal

en cualquier momento a los números de teléfono o mail que se encuentran al final de este formato

SU PARTICIPACION ES VOLUNTARIA. Tiene derecho a rehusar participar o suspenderla en cualquier momento.

K. ACUERDO.

Yo \_\_\_\_\_ identificada con la cedula de ciudadanía No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Autorizo a \_\_\_\_\_ realizarme la entrevista en el marco del proyecto de investigación: "PRACTICA SOCIAL DE ENFERMERIA DE LA RED DISTRITAL DE PRIMER NIVEL DE BOGOTA: APLICACIÓN DE LA TEORIA DE LA ESTRUCTURACION".

Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la actividad señalada, se me ha informado de manera clara que puedo suspender la entrevista en cualquier momento.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la investigación mencionada y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Yo he leído y entendido este informe de consentimiento. Estoy de acuerdo en que voy a participar en esta entrevista.

Cuando firme este documento recibiré una copia de este informe de consentimiento.

Autorizo el registro de audio SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nombre del participante

Firma

Fecha

Firma de la persona que dio la información al participante

---

**INVESTIGADORA: YAIRA YOHANNA PARDO MORA, Enfermera, Candidata a Doctor en Enfermería. Teléfono: 313-3949242, mail: pardomorayairayohanna@yahoo.es.**