

Enfermería y sociedad: evolución de la Enfermería y el capitalismo en los 200 años de Florence Nightingale*

Rodrigo Nogueira da Silva^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-3870-5239>

Márcia de Assunção Ferreira^{1,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-6991-7066>

Objetivo: analizar la relación entre el desarrollo de la labor asistencial de Enfermería y el capitalismo a lo largo de los 200 años de Florence Nightingale. **Método:** exposición lógico-reflexiva y teórica basada en interpretaciones de hechos históricos y teorías marxistas. Las categorías de análisis fueron: la creación y expansión del Sistema Nightingaleano de Enseñanza de Enfermería; la subsunción de los cuidados de Enfermería al capital; imperialismo y salud internacional; y flexibilización de la labor asistencial de Enfermería. **Resultados:** la expansión del Sistema Nightingaleano de Enseñanza capacitó a enfermeras a escala global. El sistema capitalista transformó la labor asistencial de Enfermería en el siglo XX, culminando en el siglo XXI con la precariedad y la intensa rotación de enfermeras en sus puestos de trabajo. **Conclusión:** la labor asistencial de Enfermería, profesionalizada por Nightingale, ha asumido en los últimos 200 años una relación dialéctica con el capitalismo en la que lo determina y es determinado por él. Nuevos desafíos, como las tecnologías de la Industria 4.0, se imponen constantemente a la profesión.

Descriptorios: Capitalismo; Atención de Enfermería; Economía de la Salud; Enfermería; Historia de la Enfermería; Sector de Atención de Salud.

* Este artículo hace referencia a la convocatoria "Nursing Now and Nursing in the Future". Artículo parte de la tesis de doctorado "Alienación y participación de usuarios en el Cuidado de Enfermería", presentada en la Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Becario de la Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

³ Becaria del Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia, Brasil.

Cómo citar este artículo

Silva RN, Ferreira MA. Nursing and society: Evolution of Nursing and of capitalism in the 200 years of Florence Nightingale. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3425. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4482.3425>.

URL

mes

día

año

Introducción

Florence Nightingale nació en Florencia, la actual Italia, en 1820, en el seno de una familia adinerada con fuertes relaciones personales con actores políticos y académicos. En la década de 1840, Florence despertó su interés por la salud pública, una época en la que la reforma sanitaria se estaba debatiendo en todo el Reino Unido. La labor asistencial de Enfermería formaba parte de sus intereses de salud pública, incluida la arquitectura y el saneamiento urbano⁽¹⁾.

En este momento, la increíble expansión de la producción promovida por la Revolución Industrial aumentaba la intensidad de la producción y provocaba una reducción relativa en la cantidad invertida en la compra de fuerza de trabajo disponible en el mercado por parte de los trabajadores libres⁽²⁾. Así, los trabajadores que salieron del campo a la ciudad en busca de mano de obra asalariada se vieron en la necesidad de someterse a asumir trabajos insalubres y forzar a sus hijos a situaciones igualmente degradantes, como en minas de carbón y *workhouses*⁽²⁾.

En contra de los deseos de su familia, Florence Nightingale aumentó su interés por la Enfermería, la organización y la arquitectura hospitalaria y los registros epidemiológicos. Trabajó en los servicios de salud en Inglaterra y, en 1849, visitó los servicios de Enfermería, entre otros lugares, en Roma, Alejandría, Kaiserswerth y París. En 1851 regresó a Kaiserswerth para realizar observaciones y un entrenamiento de tres meses en el *Kaiserswerther Diakonie* y se dirigió a París, donde completó sus observaciones y entrenamiento con las *Filles de la charité de Saint-Vincent-de-Paul*. A su regreso a Inglaterra en 1853, asumió el cargo de superintendente en el *Establishment for Gentlewomen During Temporary Illness* hasta octubre de 1854, cuando se embarcó hacia el Imperio Otomano para actuar junto a las tropas británicas como superintendente del *Female Nursing Establishment of the English General Hospitals in Turkey* en Guerra de Crimea⁽¹⁾.

En *Üsküdar*, en el *Barrack Hospital*, Florence Nightingale encontró un entorno que carecía de herramientas y suministros para la higiene personal y ambiental, para una alimentación adecuada y para la comodidad de los combatientes heridos y enfermos⁽¹⁾. Tras una fuerte resistencia de los superiores directos para mejorar las condiciones sanitarias del *Barrack Hospital*, Florence Nightingale participó en la creación de una comisión sanitaria, encabezada por el médico John Sutherland, quien, tras su llegada en marzo de 1855, y con su apoyo y el de sus subordinados, transformó las condiciones de salud del hospital⁽³⁾.

Al regresar a Inglaterra en 1855, Florence fue una heroína nacional por sus contribuciones a la reducción de la mortalidad en el *Barrack Hospital*, habiendo recibido

varias reverencias. Para honrarla, sus amigos tuvieron la idea de crear una institución de cuidados que sería una especie de "Kaiserswerth inglesa" a través de un fondo, el *Nightingale Fund*, establecido en 1857⁽¹⁾. En 1859, con unos ingresos cercanos a los 5,7 millones de libras esterlinas en valores actuales, el *Nightingale Fund* inicia la construcción de *The Nightingale Home and Training School for Nurses* en el recién construido *St Thomas' Hospital*, en Londres, Inglaterra. Inaugurada en julio de 1860, recibió a sus primeros alumnos e inició un camino de profunda transformación en la Enfermería del mundo hacia la profesionalización del llamado arte de la *asistencia*.

En la actualidad, hay más de un proceso de trabajo en Enfermería - administrativo, docente e investigación - todos actuando en función de la labor asistencial de Enfermería⁽⁴⁾. La labor asistencial de Enfermería, considerada independientemente de cualquier forma social determinada, se caracteriza hoy por el acto laboral de cuidar al ser humano que lo realizan los seres humanos en el rol de trabajadores de Enfermería. Aplican conocimientos esotéricos⁽⁵⁻⁶⁾ y establecen interacciones con los usuarios de sus servicios en un entorno específico.

Cuando una obra se subsume al modo de producción capitalista, deja de ser solo un proceso de metabolismo orgánico del ser humano con la naturaleza para producir efectos útiles para ser también una actividad conservadora, creativa y multiplicadora de valores. Con labor asistencial de Enfermería, no fue diferente.

Estudios realizados sobre Enfermería en Brasil⁽⁷⁾ y con enfermeras y parteras de Australia, Nueva Zelanda y Reino Unido⁽⁸⁾ muestran que la Enfermería vive situaciones similares en varios países, con pérdidas de empleo, salarios y subempleo, lo que muestra la necesidad de reflexiones sobre las relaciones de Enfermería en el mundo del trabajo.

Considerando que en 2020 se celebra el 200 aniversario del nacimiento de la creadora de la Enfermería moderna, se han realizado muchas reflexiones para discutir el estado actual de la disciplina y la profesión y las estrategias necesarias a implementar para que los avances y su expansión continúen, con una mejor posición en el mundo del trabajo, por lo tanto, en esta lista de inversiones debemos analizar el desarrollo y desdoblamiento de la profesión dentro del sistema de sociabilidad dominante en la mayor parte del mundo, el capitalismo. Así, el presente ensayo teórico parte de la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las relaciones entre el desarrollo de los cuidados de Enfermería y el capitalismo durante los 200 años de Florence Nightingale?

Dicho esto, el propósito de este ensayo es analizar la relación entre el desarrollo de la labor asistencial de Enfermería y el capitalismo durante los 200 años de Florence Nightingale.

Método

Es una producción original, discursiva, lógico-reflexiva y teórica basada en interpretaciones de hechos históricos que representan puntos de inflexión en el capitalismo y que determinan las formas de realizar la labor asistencial de Enfermería y en teorías marxistas que ayudan a la interpretación de estos hechos históricos. Está organizado por categorías analíticas, creadas a partir del método de la dialéctica científica como lo describe Karl Marx⁽⁹⁾, en el que las categorías económicas funcionan como expresiones ideales de las relaciones históricas de producción y, por tanto, corresponden a un cierto nivel de desarrollo de las fuerzas productivas. El método de exposición se desarrolló *a posteriori* al proceso de pesquisa. Las categorías son: creación y expansión del Sistema Nightingaleano de Enseñanza de Enfermería; subsunción de la labor asistencial de Enfermería al capital; imperialismo y salud internacional; y flexibilización de la labor asistencial de enfermería.

Resultados

Se presentan ideas clave de las cuatro categorías analíticas de esta reflexión. En la creación y expansión del Sistema Nightingaleano de Enseñanza de Enfermería, se destaca *The Nightingale Home and Training School for Nurses*, creado en 1860 en el *St Thomas' Hospital*. Con un modelo basado en contenidos científicos organizados de forma pedagógica y la residencia obligatoria de los estudiantes en el hospital, contribuyó a elevar la calidad de la prestación del servicio y disminuir los costos de atención hospitalaria. La calidad y el prestigio contribuyeron a la expansión internacional de este Sistema.

La subsunción de los cuidados de Enfermería al capital se observa cuando el proceso de trabajo toma la forma de un proceso de producción, el cual está constituido, al mismo tiempo, por el proceso de trabajo y el proceso de valoración. La Crisis de 1929, que se propagó sobre los países centrales, como los Estados Unidos de América (EE. UU.), afectó la labor asistencial de Enfermería, que, con la llegada del seguro médico privado, también comenzó a ser explorado directamente por el capital. La producción de más valor acompañada de un aumento de la jornada laboral es una de las principales características de la subsunción formal del trabajo al capital. De manera concomitante, la aplicación del taylorismo y el fordismo en los hospitales estadounidenses ha intensificado la productividad del trabajo de Enfermería, característica de la subsunción real del trabajo con el capital.

La transición del siglo XIX al XX está marcada por el desarrollo del imperialismo, que ha tenido un gran impacto en la salud internacional. El desarrollo del

mercado internacional ha intensificado las rutas entre países, moviendo grandes flujos migratorios intra e internacionales. Estos flujos y el crecimiento de la población en los grandes centros urbanos y comerciales han contribuido a la propagación de enfermedades, especialmente infecciosas y epidémicas, generando la necesidad de respuestas desde el campo de la salud para abordar las preocupaciones financieras de las grandes industrias. En este marco, la Fundación Rockefeller se destaca por su desempeño en el campo de la salud.

A partir de la influencia de las acciones científicas filantrópicas de la Fundación Rockefeller, la labor asistencial de Enfermería comienza a adquirir nuevas habilidades, como la aplicación de conocimientos sobre los aspectos sociales de los eventos nosológicos y la educación para la salud orientada a la prevención de enfermedades transmisibles, y profundizar conocimientos en dietética, biología, farmacología y otras ciencias básicas. Fruto de esta influencia, la labor asistencial de enfermería, a partir de acciones específicas y medicalizadoras de salud pública, pasó a asumir importantes funciones en el mantenimiento y recuperación de un nivel de salud suficiente para las clases trabajadoras para que pudieran ofrecer tanto su fuerza de trabajo como actuar como consumidores en la sociedad de mercado y se utilizó para limpiar la imagen de las grandes corporaciones de la industria petrolera y de los intereses imperialistas de los EE. UU.

Las diversas crisis que han marcado al sistema capitalista, a lo largo de su historia, han provocado importantes cambios en el mundo del trabajo. La reestructuración productiva, la reducción de los derechos sociales, el trabajo precario, la fragmentación de la clase obrera y el debilitamiento de las fuerzas reivindicativas de los trabajadores son aspectos que considerar en los debates sobre la flexibilización de la labor asistencial de enfermería, que genera importantes impactos en la atención de la salud.

Discusión

La creación de *The Nightingale Home and Training School for Nurses*, el 24 de junio de 1860, trajo consigo importantes nuevas contribuciones, tales como: la introducción del conocimiento científico descubierto por los médicos en la enseñanza de las enfermeras; la única responsabilidad del superintendente (*matron*) de controlar el servicio de Enfermería; la necesidad de que los aprendices residan en el hospital; el pago de una cantidad razonable a las enfermeras después del primer año del curso; realizar trabajos manuales exclusivamente por sirvientes; circulación de aprendices entre diferentes salas; y la observación como competencia principal a desarrollar por los aprendices⁽¹⁾.

El modelo duraba tres años, como en Kaiserswerth. El primer año se dedicó a clases teóricas y en los dos años siguientes se realizaron servicios hospitalarios y domiciliarios⁽¹⁾. Los aprendices de las clases trabajadoras se consideraron aprendices ordinarios y los costos de mantenimiento en el primer año del programa fueron financiados por el Fondo Nightingale⁽¹⁾. Al graduarse, las llamadas *nurses* estaban destinadas a asumir puestos regulares de obediencia. Las aprendices de las clases burguesas, llamadas *lady nurses*, pagaban los costos de su mantenimiento en el primer año del programa y, al graduarse, estaban destinadas a asumir posiciones de liderazgo a nivel internacional⁽¹⁾.

Además del prestigio de adoptar un sistema educativo asociado a la imagen de una heroína del Reino Unido, la adopción de la mano de obra relativamente barata de los aprendices durante dos años hizo que los hospitales de la época se interesaran por el sistema. El interés por elevar el nivel de formación de las enfermeras y disminuir los costos de la prestación de servicios hospitalarios mediante la adopción de este sistema cruzó el Océano Atlántico y llegó a Estados Unidos y Canadá⁽¹⁾.

En 1873 tres escuelas implementaron sistemas de enseñanza de Enfermería basados en el Sistema Nightingaleano en los EE. UU.: *Bellevue Training School* en la ciudad de Nueva York el 1 de mayo; *Connecticut Training School* en New Haven el 1 de octubre; y *Boston Training School* el 1 de noviembre⁽¹⁾. El Sistema Nightingaleano pasó a ser conocido en Estados Unidos como el Sistema Bellevue, ya que fue introducido en el país por esa institución⁽¹⁾. Los sistemas educativos comenzaron a desconectarse de los hospitales, pero debido a la falta de donaciones para financiarlos, se integraron a los hospitales. En Canadá, en 1874, St. El *Catharine's General and Marine Hospital* trajo dos enfermeras capacitadas y cinco o seis estudiantes de Inglaterra para establecer un sistema educativo de tres años⁽¹⁾. En 1875, el Hospital *Montreal General* buscó la ayuda de Florence Nightingale para establecer su sistema educativo y se enviaron cinco enfermeras desde St. *Thomas' Hospital* para establecer la escuela en la institución⁽¹⁾.

Los hospitales de estos dos países no presentaban buenas condiciones laborales para las enfermeras. Luego de capacitarse en los hospitales, las enfermeras buscaron vender su fuerza laboral a las familias que las contrataron para brindar sus servicios dentro de sus hogares⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Con la llegada del sistema educativo a estos países, el tiempo en el que se capacitó a las estudiantes, en promedio, se triplicó, manteniendo los hospitales con más empleados con salarios bajos (un promedio de \$10 al mes en 1874 en los EE. UU.) por más tiempo⁽¹⁰⁾. El resultado de esta ecuación fue un rápido crecimiento en el número de escuelas de formación de enfermeras. Entre 1900 y

1929, el número de escuelas de Enfermería en Estados Unidos pasó de 432 a 1.885⁽¹⁰⁾. En Canadá, el número de enfermeras entre 1901 y 1921 pasó de 280 a 21.385, incluidos estudiantes⁽¹¹⁾.

El proceso de subsunción formal del trabajo al modo de producción capitalista se caracteriza por la conversión del proceso de trabajo en un instrumento del proceso de auto valorización del capital, aunque esta conversión no necesariamente altera el proceso de trabajo en sí⁽²⁾. Este proceso comienza a afectar la labor asistencial de Enfermería en EE. UU. Con la venta de seguros de salud, que comenzó en la década de 1920, ganó popularidad en la década de 1930, ayudó en la recuperación económica de los hospitales e impulsó la capitalización de estos servicios⁽¹⁰⁾. De 1934 a 1938, *Blue Cross*, que vendía seguros para la atención hospitalaria, pasó de 100.000 asegurados a 1,5 millones y 22 millones en 1946⁽¹⁰⁾. La labor asistencial de Enfermería ya servía indirectamente al capital al mejorar la capacidad productiva de los trabajadores, manteniendo a los trabajadores y burgueses sanos o recuperando su salud. Sin embargo, de este proceso de capitalización de los servicios de salud, también comienza a ser explotado directamente por el capital.

Mientras que en el proceso de subsunción formal el proceso de trabajo solamente se convierte en un proceso de auto valorización del capital, en el proceso de subsunción real el capital actúa en el proceso de trabajo, intensificándolo y haciéndolo más eficiente para producir lucro⁽²⁾. Es característico de la subsunción real del trabajo al capital que la aplicación consciente de las ciencias al proceso inmediato de producción para producir más valor relativo⁽²⁾. La subsunción formal es una condición previa para la subsunción real del trabajo en el modo de producción capitalista, ya que es necesario acumular un mínimo de capital para invertir en el desarrollo de nuevos métodos de trabajo y en la mejora de sus medios.

En la labor asistencial de Enfermería, la subsunción real de capital ocurrió *pari passu* con la subsunción formal. Una vez que se capitalizaron los servicios hospitalarios, la producción de valor agregado absoluto generado por el aumento excesivo de la jornada laboral, la división técnica del trabajo, la pérdida de propiedad de los medios de producción y la producción de valor relativo mayor generado por la aplicación de los modelos taylorista y fordista de gestión del trabajo lo arrasó en un corto período de tiempo.

En la década de 1930, la *American Nurses Association* (ANA) defendió la aplicación del taylorismo en la atención hospitalaria y la consecuente división técnica del de los cuidados de Enfermería⁽¹⁰⁾. La ANA propuso que los hospitales pudieran contratar trabajadoras sin calificación formal para realizar servicios de mantenimiento,

secretarías para tareas administrativas y asistentes para actividades rutinarias, con el fin de racionalizar el trabajo de las enfermeras registradas y reducir los costos laborales aplicados a tareas más simples⁽¹⁰⁾. Así, ANA fomentó el proceso de separación entre trabajo manual e intelectual.

El taylorismo no solo se aplicó al cuidado de Enfermería, sino que el fordismo también influyó en los cambios estructurales en el cuidado de Enfermería en la década de 1930 en Estados Unidos⁽¹⁰⁾, así como en la arquitectura hospitalaria⁽¹²⁾. Durante este período surgió la Enfermería Funcional, que actuaba como una línea de montaje con intensa división de actividades en pequeñas tareas, y se aplicaron estudios de tiempo y movimiento a las operaciones realizadas en la labor asistencial de Enfermería, lo que supuso un aumento significativo en el ritmo de trabajo a escala industrial⁽¹⁰⁾.

Con el pretexto de una supuesta "escasez" de profesionales de Enfermería provocada por la Segunda Guerra Mundial, los hospitales estadounidenses han revertido muchos avances logrados anteriormente. Pusieron fin al límite de carga de trabajo de ocho horas; revirtieron la restricción a la creación de nuevas escuelas de Enfermería; presionaron al Consejo de Enfermería de Guerra para que liberara la formación de 50.000 enfermeras al año; y presionaron a la *National League for Nursing* para flexibilizar los requisitos de admisión a los cursos de Enfermería, acortar el tiempo de capacitación de las estudiantes de Enfermería, para reintroducir a las estudiantes de Enfermería en la realización de cuidados directos en las salas de enfermería y para regular el puesto de Enfermera Práctica Licenciada, formados a partir de un programa técnico de un año de duración⁽¹⁰⁾. Aunque miles de enfermeras abandonaron sus países para participar en la guerra, representaron un pequeño número de enfermeras disponibles y los gobiernos y los hospitales privados negaron la entrada a enfermeros masculinos, enfermeras negras y mayores de 40 para ocupar puestos hospitalarios⁽¹⁰⁾.

El Imperialismo es una fase del desarrollo del capitalismo que comenzó a finales del siglo XIX y el XX. Se caracteriza por la aceleración de los procesos de concentración y centralización de capital; por la combinación; capital financiero; por la explotación propiamente capitalista en las relaciones de dependencia entre los monopolios financieros ubicados en las metrópolis y sus colonias/áreas de influencia; por la transformación del antiguo reparto del mundo en reparto entre monopolios capitalistas sobre áreas de explotación de materias primas, rutas comerciales y mercados de consumo; y por el sometimiento de la división internacional del trabajo a los intereses monopolistas de las metrópolis, bajo pena incluso del uso de las fuerzas armadas⁽¹³⁾.

Las tecnologías de la Primera Revolución Industrial y los intereses imperialistas ampliaron profundamente la capacidad de producción y exigieron una mayor oferta de materias primas, instrumentos laborales, trabajadores y mercados de consumo⁽¹³⁾. De esta forma, se han desarrollado medios de transporte terrestre y marítimo, así como rutas comerciales, para mover bienes y trabajadores para atender las demandas de producción y acumulación de capital, generando grandes flujos migratorios intra e internacionales y eventuales contactos para la compra y venta de mercancías. Además, la Primera Guerra Mundial impuso el movimiento de grandes tropas en tierras extranjeras. Estos elementos, combinados con la creciente concentración de población en los centros urbanos, contribuyeron a que las poblaciones estuvieran expuestas a microorganismos, por ellos nuevos, y a la rápida propagación de enfermedades transmisibles⁽¹⁴⁾.

Mientras tanto, epidemias potenciales o reales en una parte del mundo han llegado a afectar las ganancias de las grandes corporaciones internacionales con sede en otros lugares⁽¹⁵⁾. Por lo tanto, las condiciones generales de salud, así como los niveles básicos de educación y el patrón de estilo de vida/consumo de personas de todas las naciones se convirtieron en preocupaciones financieras para las grandes industrias y organizaciones filantrópicas como la Corporación Carnegie, creada en 1911, y La Fundación Rockefeller, creada en 1913, y la Fundación Ford, creada en 1936, que jugaron un papel importante en la creación de condiciones favorables para la explotación imperialista de los EE. UU.⁽¹⁵⁾.

La inversión de la familia Rockefeller en la filantropía científica relacionada con la salud comenzó en 1909, con la Comisión Sanitaria Rockefeller para la Erradicación de la Anquilostomiasis en el Sur de los EE.UU., seguida en 1910 por la Comisión Sanitaria, hasta la creación de la Fundación Rockefeller en 1913⁽¹⁶⁾. La Fundación Rockefeller en su creación contó con la Comisión de Salud Internacional (1913-1916), posteriormente designada como Dirección de Salud Internacional (1916-1927) y, finalmente, como División de Salud Internacional (1927-1951)⁽¹⁶⁾.

La Fundación Rockefeller, hasta 1950, había invertido o pretendía invertir en programas de educación en Enfermería en casi 30 países alrededor del mundo, además de promover el establecimiento de conexiones entre escuelas y universidades de Enfermería y proponer las bases curriculares de docenas de instituciones de enseñanza de Enfermería en todo el mundo basadas en la versión angloamericana del Sistema Nightingaleano de Enseñanza de Enfermería⁽¹⁷⁾, reemplazando o disminuyendo la influencia de la asistencia de Enfermería religiosa y las prácticas tradicionales existentes donde la Fundación ha avanzado⁽¹⁶⁾. En Brasil, la Fundación Rockefeller jugó un papel fundamental en Enfermería y Salud Pública

en su conjunto, creando escuelas para la formación de enfermeras y visitantes de salud pública en todo el país⁽¹⁸⁾ y, posteriormente, el Servicio Especial de Salud Pública⁽¹⁹⁾.

Las crisis son el modo natural de existencia del capitalismo y, por tanto, desde su etapa inicial de desarrollo a nivel internacional, el modo de producción capitalista ha enfrentado varios⁽²⁰⁾. Las llamadas crisis cíclicas, que ocurren cada 7 o 10 años, se produjeron en períodos más largos, alrededor de 50 años, que se denominan ondas largas⁽²¹⁾.

Hasta la década de 1950, hubo cuatro largas olas en la historia del capitalismo: (i) entre fines del siglo XVIII y la crisis de 1847; (ii) entre 1847 y principios de la década de 1890; (iii) entre la década de 1890 y la Segunda Guerra Mundial; y (iv) el último que se inició a mediados de la década de 1940⁽²⁰⁾. Cada uno se inició a partir de una revolución tecnológica o industrial y todos se componían de dos fases, una expansión inicial, marcada por una acumulación acelerada de capital, y una final con tendencia al estancamiento, marcada por una acumulación paulatinamente desacelerada⁽²⁰⁾.

La fase de estancamiento de esta última ola larga, llamada la Edad de Oro del Capitalismo, estuvo marcada por recesiones en las economías imperialistas en la Europa occidental (capitalista) y Japón entre las décadas de 1960 y 1970 que culminaron en la recesión mundial en 1974/75⁽²⁰⁾. Esta fase también estuvo marcada por el fin del Acuerdo de Bretton Woods en 1971, la crisis del petróleo provocada por el conflicto árabe-israelí en 1973, el laboratorio neoliberal instalado en el golpe militar en Chile en 1973 y el colapso de la bolsa de valores de 1973/74⁽²⁰⁾. Este período de crisis y recesión a escala mundial provocó un profundo deterioro del Estado del Bienestar Social en países que asumieron una posición central en la división internacional del trabajo. En Brasil, en contradicción y por su calidad de país de economía dependiente, el Sistema Público de Salud se construye como un elemento de un sistema universal de seguridad social en medio de este escenario internacional y, en consecuencia, sufre de reformas promercado, falta de financiamiento y profundización de la competencia entre instituciones públicas y privadas desde su nacimiento⁽²²⁾. Los años 1970 fueron cruciales para el capitalismo, marcaron el fin del Estado de Bienestar Social guiado por el keynesianismo, iniciaron la implantación de la racionalidad neoliberal y marcaron el inicio de una crisis de otra naturaleza: la crisis estructural del capitalismo⁽²⁰⁾.

El capital tiene tres dimensiones fundamentales: producción, distribución/circulación/realización y consumo. Estas dimensiones, aunque tienen relativa autonomía entre sí, son fundamentalmente interdependientes y tienden a fortalecerse, ampliarse y hacerse cada vez más complejas a través de sus interacciones. Cuando

una de estas dimensiones topaba con un límite, otra compensaba y daba la sensación de que esta contradicción se había superado. Con la crisis estructural, esta tríada que conduce a la autoexpansión del capital sufre perturbaciones crecientes hasta el punto de presentar fallas en sus mecanismos para desplazar contradicciones de una dimensión a otra⁽²⁰⁾.

A diferencia de las largas oleadas que ocurrieron hasta la década de 1970, con la crisis estructural se da una situación de crisis acumulativa, endémica y crónica a escala global⁽²³⁾. Era necesaria una reestructuración productiva para generar un patrón de acumulación más flexible y poder superar mejor las contradicciones dentro de esta crisis⁽²³⁾. Esta reestructuración, que todavía está en desarrollo hasta el día de hoy, tuvo como principal referencia al Sistema de Producción Toyota⁽²⁴⁾.

En 1950, Eiji Toyoda visitó la planta Rouge de Ford en Detroit para estudiar la fábrica y sus modos de producción y gestión⁽²⁴⁾. Al regresar y discutir lo que habían encontrado en Detroit con Taiichi Ohno, entendieron que el fordismo no serviría a Japón y desarrollaron una alternativa que vendría a llamarse Sistema de Producción Toyota y, más tarde, de Producción *Lean*⁽²⁴⁾.

Una de las principales características de Producción *Lean* es la búsqueda de la eliminación de desperdicios a través de procesos que promuevan la mejora continua en el proceso de acumulación de capital⁽²⁴⁾. El desperdicio de la Producción *Lean* son los resultados de operaciones que no agregan valor al producto desarrollado⁽²⁵⁾. Para eliminar el desperdicio en la Producción *Lean*, por tanto, es necesario definir qué es y qué no es valor según la visión de su consumidor - ya sea el consumidor final o algún intermediario en la cadena de producción -, trazar la cadena de valor, es decir, definir el conjunto de acciones absolutamente necesarias para la elaboración de un determinado producto o servicio, y asegurar que todo el proceso de producción del producto o servicio alcance la fluidez necesaria para satisfacer las necesidades y deseos de los consumidores en menos tiempo, con menos errores y al precio más competitivo⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Con las transformaciones generadas por la producción ajustada, el intelecto de los trabajadores, previamente rechazado, pasa a funcionar como el intelecto del capital, un intelecto puesto en función de la valorización del valor y la devaluación del trabajo⁽²⁶⁾. Así, el trabajo improductivo realizado por auxiliares, como mantenimiento, seguimiento y control de calidad, ahora lo realizan trabajadores productivos⁽²⁶⁾. Tales modificaciones en el proceso productivo generaron repercusiones negativas para los derechos sociales, precarización de las condiciones laborales, mayor fragmentación de la clase trabajadora y debilitamiento del sindicalismo confrontacional en detrimento del sindicalismo negociador⁽²⁶⁾.

La producción ajustada se ha aplicado no solo en la industria automotriz, sino también en otras ramas de la industria manufacturera y en ramas de la industria de servicios, incluida la salud, donde toma la forma de *Lean Health Care*. Actualmente, *Lean Health Care* no es el único modelo de gestión que tiene como objetivo reestructurar la industria de la salud en la dirección de una mayor flexibilidad en el trabajo y los vínculos laborales; sin embargo, muchas organizaciones y sistemas de salud aplican los principios de *Lean Health Care* en todo el mundo. Algunos ejemplos de mayor prominencia son el *National Health System* (NHS) británico⁽²⁷⁾; el *Virginia Mason Medical Center* en Seattle, Washington, EE. UU.⁽²⁸⁾, una institución asociada al *Virginia Mason Institute*, que creó el *Virginia Mason Production System* inspirado en Producción *Lean* y asesora a varias instituciones de salud, incluido el propio NHS; *ThedaCare* en Wisconsin, EE. UU., que creó el *ThedaCare Improvement System* basado en la Producción *Lean*⁽²⁹⁾; *Institute for Healthcare Improvement* en Cambridge, Massachusetts, EE.UU.⁽³⁰⁾; además de organizaciones en Brasil, Canadá, Taiwán, Nueva Zelanda, Alemania, Suecia, Italia y Holanda^(29,31-32).

Se desarrolló una definición operativa muy completa y prometedora de *Lean Health Care*⁽²⁵⁾. Los autores definieron la gestión *Lean* en el cuidado de la salud como un modelo que integra la filosofía *Lean* en las políticas y directrices de las organizaciones de salud, lo cual se evidencia en la incorporación de los principios *Lean* (como eliminar desperdicios; mejora continua en el flujo de pacientes, profesionales y suministros, asegurando que todos los procesos generen valor para los consumidores y entendiendo que los trabajadores de primera línea son los más adecuados para identificar y encontrar soluciones a los problemas fácticos cotidianos) y una mentalidad de mejora continua (que presupone una comprensión de que la filosofía es a largo plazo y, por lo tanto, no se encierra en una sola intervención), y que se expresa mediante la realización de actividades de evaluación *Lean* (como mapeo de la cadena de valor, diagramas de espagueti, caminatas *Gemba*, análisis de causa raíz y talleres de mejora de procesos rápidos) y actividades de mejora *Lean* (como 5S o la variación "6S" que incluye seguridad⁽³³⁾, producción nivelada, gestión visual y operaciones estandarizadas)⁽²⁵⁾.

Un concepto clave para la aplicación de los principios de la producción ajustada en el campo de la salud es el de los desperdicios. El NHS actualmente reconoce ocho desperdicios de salud: (i) Corrección: trabajo rehecho causado por procesos fallidos o falta de acceso a la información correcta en el primer intento; (ii) Espera: cuando las personas no pueden

realizar su trabajo debido a la ausencia de personas, equipos e información en el momento adecuado; (iii) Transporte: movimiento innecesario de materiales; (iv) Superprocesamiento: realizar pasos innecesarios que no agregan valor; (v) Stock: caracterizado por el exceso de material almacenado y pacientes en espera de ser dados de alta o en espera de procedimientos; (vi) Movimiento: cuando la gente se mueve innecesariamente y por cosas de difícil acceso; (vii) Sobreproducción: el acto de producir más de lo necesario o cuando no es necesario; y (viii) Habilidades: no hacer el mejor uso de las habilidades de las personas⁽³⁴⁾

El modelo *Lean Health Care* se ha aplicado en varios tipos de servicios y unidades de salud, tales como: emergencia⁽³⁵⁻³⁶⁾, unidades de cuidados intensivos^(35,37-38) y coronarias⁽³⁷⁾, ambulatorias⁽³⁹⁾, centros quirúrgicos^(35,38-39), laboratorios^(35,37), servicios de diagnóstico^(35,39-40), servicios farmacéuticos⁽⁴⁰⁾, ginecología y obstetricia⁽³⁵⁾, atención primaria de salud⁽⁴⁰⁾ y oftalmología⁽⁴¹⁾. Es común que el modelo *Lean Health Care* se asocie a instrumentos de gestión del trabajo de otros modelos, como *Six Sigma*^(35,37,41-42).

Los trabajadores de Enfermería, principalmente en Inglaterra, se han visto afectados por los denominados *zero-hour contracts*⁽⁴³⁾. En este modelo contemporáneo de contratación, el empleador no establece un número mínimo de horas trabajadas, y puede servir tanto para llenar el vacío dejado por dejar el puesto de trabajo o por baja laboral, como para contratar profesionales para trabajar a domicilio en una situación de demanda flexible de asistencia sanitaria^(26,43).

De 2016 a 2017, el sistema nacional de salud inglés registró un total de aproximadamente 325.000 trabajadores ocupados en la atención de adultos sometidos a *zero-hour contracts*, lo que representa casi una cuarta parte (24%) de toda la plantilla ocupada en este sector los trabajadores más afectados son los enfermeros titulados, con el 55% de la población activa sometida a este régimen de contratación precaria, y los cuidadores, con el 56% de la población activa⁽⁴³⁾. Este mismo informe señala que la rotación de esta(s) trabajador(as) es mayor en todos los escenarios⁽⁴³⁾. En Brasil, actualmente existe una tendencia a intensificar la precariedad del trabajo de salud, ya sea por el deterioro de las condiciones laborales o por vínculos laborales contractuales⁽⁴⁴⁾.

El área aún necesita invertir más en estudios sobre la precariedad de la labor asistencial de enfermería, pero, por lo que ha producido, hay una consecuencia del desgaste y sobrecarga laboral, con impactos negativos en la salud física y mental de los trabajadores⁽⁴⁵⁾. En este sentido, para que la labor asistencial de Enfermería produzca cuidados de salud para la población, a la luz de las ideas Nightingaleano, los trabajadores de enfermería

necesitan condiciones dignas para el ejercicio seguro de sus prácticas profesionales.

Conclusión

La labor asistencial de Enfermería, que se profesionaliza bajo la influencia de Florence Nightingale, ha asumido una relación dialéctica con el capitalismo en los últimos 200 años, en los que este lo determina y es determinado por él. Están por venir nuevas transformaciones. Las tecnologías de la Cuarta Revolución Industrial, también conocida como Industria 4.0, han demostrado su capacidad para transformar radicalmente la división internacional del trabajo, incluida la enfermería. Recuperar el impulso visionario de la Dama de la Lámpara para sentar las bases de la transformación de la Enfermería es un desafío en la agenda.

Referencias

1. Donahue MP. Nursing, The Finest Art: An illustrated history. 3rd ed. Maryland Heights: Mosby Elsevier; 2011. 390 p.
2. Marx K. Chapter Six. Results of the Direct Production Process. In: Karl M, Engels F, editors. Marx & Engels Collected Works. London: Lawrence & Wishart; 1994. p. 355-466.
3. Aravind M, Chung KC. Evidence-Based Medicine and Hospital Reform: Tracing Origins Back to Florence Nightingale. *Plast Reconstr Surg*. 2010 Jan;125(1):403-9.
4. Tanaka LH, Leite MMJ. The nurses' working process: the view of professors from a public university. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2008 [cited May 5, 2020];21(3):481-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300016&lng=en&tlng=en
5. Pekkola E, Carvalho T, Siekkinen T, Johansson J-E. The sociology of professions and the study of the academic profession. In: Pekkola E, Kivistö J, Kohtamäki V, Cai Y, Lyytinen A, editors. *Theoretical and Methodological Perspectives on Higher Education Management and Transformation : An advanced reader for PhD students*. Tampere: Tampere University Press; 2018. p. 121-50.
6. Sakamoto ML. Nursing knowledge: A middle ground exploration. *Nurs Philos*. 2018 Jul;19(3):e12209. doi: <http://doi.wiley.com/10.1111/nup.12209>
7. Machado MH, Elaine DO, Lemos W, Lacerda WF, Filho WA, Wermelinger M, et al. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. *Enferm Foco*. [Internet]. 2016 [Acesso 5 mai 2020];7(ESP):35. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/691>
8. Bogossian F, Winters-Chang P, Tuckett A. "The Pure Hard Slog That Nursing Is...": A Qualitative Analysis of Nursing Work. *J Nurs Scholarsh*. 2014 Sep;46(5):377-88. doi: <http://doi.wiley.com/10.1111/jnu.12090>
9. Marx KH. *Miséria da Filosofia*. São Paulo: Boitempo Editorial; 2017. 216 p.
10. Wagner D. The Proletarianization of Nursing in the United States, 1932-1946. *Int J Heal Serv*. 1980 Apr;10(2):271-90. doi: <https://dx.doi.org.br/10.2190/JY5F-VFQC-Y699-CJ6E>
11. Coburn D. The Development of Canadian Nursing: Professionalization and Proletarianization. *Int J Heal Serv*. 1988 Jul;18(3):437-56. doi: <https://dx.doi.org/10.2190/1BDV-P7FN-9NWF-VKVR>
12. Ahuja NK. Fordism in the Hospital: Albert Kahn and the Desing of Old Main, 1917-25. *J Hist Med Allied Sci*. 2012;67(3):398-427. doi: <https://dx.doi.org/10.1093/jhmas/jrr030>
13. Lenin VIU. *O Imperialismo: etapa superior do capitalismo*. Campinas: Navegando Publicações; 2011. 270 p.
14. Silva CM. Nelson Rockefeller e a atuação da American International Association for Economic and Social Development: debates sobre missão e imperialismo no Brasil, 1946-1961. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. [Internet]. 2013 Dec [Acesso 5 mai 2020];20(4):1695-711. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000401695&lng=pt&tlng=pt
15. Arnove R, Pinede N. Revisiting the "Big Three" Foundations. *Crit Sociol*. 2007 May 12;33(3):389-425. doi: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1163/156916307X188960>
16. Magalhães RCS. New history of the Rockefeller Foundation: the odyssey of global health revisited. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2016 Dec;23(4):1245-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702016000400013>
17. The Rockefeller Foundation. *Resume of Rockefeller Foudation Public Health Nursing and Nursing Education Activities*. [Internet]. New York: The Rockefeller Foundation; 1950 [cited May 5, 2020]. Available from: <https://rockfound.rockarch.org/documents/20181/35639/Resume+of+Rockefeller+Foundation+Public+Health+Nursing+and+Nursing+Education+Activities.pdf/0c9316ce-c930-4ec5-a00b-6707d0c86ba7>
18. Oguisso T, Freitas GF, Squires A, Bonini BB. Seeding a Profession: The Intersection of the State, International Interests, and the Early Development of Brazilian Nursing. *Cult Cuid Rev Enfermería Human*. 2016;20(44):30-50. doi: 10.14198/cuid.2016.44.04
19. Campos PFS, Carrijo AR. Eminent but nameless: Lydia das Dôres Matta and Brazilian nursing after 1930. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2019 Mar;26(1):165-85. doi: 10.1590/s0104-59702019000100010

20. Mészáros I. *Beyond capital: Towards a theory of transition*. London: The Merlin Press; 1995. 994 p.
21. Mandel EE. *Late Capitalism*. London: NLB; 1975. 618 p.
22. Paim JS. Universal health systems and the future of the Brazilian Unified Health System (SUS). *Saúde Debate*. 2019;43(spec 5):15-28. doi: 10.1590/0103-11042019s502
23. Antunes RLC. *The meanings of work: Essay on the affirmation and negation of work*. 2nd ed. Leiden: Brill; 2013. 248 p.
24. Chiarini A, Bacarani C, Mascherpa V. Lean production, Toyota Production System and Kaizen philosophy. *TQM J*. 2018 Jun 11;30(4):425-38. doi: 10.1108/TQM-12-2017-0178
25. Rotter T, Plishka C, Lawal A, Harrison L, Sari N, Goodridge D, et al. What Is Lean Management in Health Care? Development of an Operational Definition for a Cochrane Systematic Review. *Eval Health Prof*. 2019 Sep 10;42(3):366-90. doi: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0163278718756992>
26. Antunes R. The New Service Proletariat. *Mon Rev*. [Internet]. 2018 Apr 2 [cited May 5, 2020];69(11):23. Available from: https://archive.monthlyreview.org/index.php/mr/article/view/MR-069-11-2018-04_2
27. NHS Improvement. NHS partnership with Virginia Mason Institute. [Internet]. 2019 [cited Aug 9, 2019]. Available from: <https://improvement.nhs.uk/resources/virginia-mason-institute/#h2-about-our-partnership>
28. Phillips J, Hebish LJ, Mann S, Ching JM, Blackmore CC. Engaging Frontline Leaders and Staff in Real-Time Improvement. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2016 Apr;42(4):170-AP5. doi: 10.1016/s1553-7250(16)42021-0
29. D'Andreanmatteo A, Ianni L, Lega F, Sargiacomo M. Lean in healthcare: A comprehensive review. *Health Policy (New York)*. 2015 Sep;119(9):1197-209. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.02.002
30. Scoville R, Little K. Comparing Lean and Quality Improvement. [Internet]. Cambridge; Institute for Healthcare Improvement; 2014 [cited May 5, 2020]. Available from: <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/ComparingLeanandQualityImprovement.aspx>
31. Siqueira CL, Siqueira FF, Lopes GC, Gonçalves MC, Sarantopoulos A. Enteral diet therapy: use of the Lean Healthcare philosophy in process improvement. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2019 Feb [cited May 5, 2020];72(suppl 1):235-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700235&lng=en&lng=en
32. Zeferino EBB, Sarantopoulos A, Spagnol GS, Min LL, Freitas MIP. Value Flow Map: application and results in the disinfection center. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2019 Feb [cited May 5, 2020];72(1):140-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100140&lng=en&lng=en
33. Fillingham D. Can lean save lives? *Leadersh Health Serv (Bradf Engl)*. 2007 Oct 9;20(4):231-41. doi: 10.1108/17511870710829346
34. NHS Improvement. Lean – Ohno's eight wastes. [Internet]. London: NHS; 2018 [cited May 5, 2020]. Available from: <https://improvement.nhs.uk/documents/2125/lean-ohnos-eight-wastes.pdf>
35. DelliFraine JL, Langabeer JR, Nembhard IM. Assessing the Evidence of Six Sigma and Lean in the Health Care Industry. *Qual Manag Health Care*. 2010 Jul;19(3):211-25. doi: 10.1097/QMH.0b013e3181eb140e
36. Holden RJ. Lean Thinking in Emergency Departments: A Critical Review. *Ann Emerg Med*. 2011 Mar;57(3):265-78. doi: 10.1016/j.annemergmed.2010.08.001
37. Glasgow JM, Scott-Caziewell JR, Kaboli PJ. Guiding Inpatient Quality Improvement: A Systematic Review of Lean and Six Sigma. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010 Dec;36(12):533-AP5. doi: 10.1016/s1553-7250(10)36081-8
38. Nicolay CR, Purkayastha S, Greenhalgh A, Benn J, Chaturvedi S, Phillips N, et al. Systematic review of the application of quality improvement methodologies from the manufacturing industry to surgical healthcare. *Br J Surg*. 2012 Mar;99(3):324-35. doi: 10.1002/bjs.7803
39. Vest JR, Gamm LD. A critical review of the research literature on Six Sigma, Lean and StuderGroup's Hardwiring Excellence in the United States: the need to demonstrate and communicate the effectiveness of transformation strategies in healthcare. *Implement Sci*. 2009 Dec 1;4(1):35. doi: 10.1186/1748-5908-4-35
40. Mazzocato P, Savage C, Brommels M, Aronsson H, Thor J. Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *BMJ Qual Saf*. 2010 Oct 1;19(5):376-82. doi: 10.1136/qshc.2009.037986
41. Sommer AC, Blumenthal EZ. Implementation of Lean and Six Sigma principles in ophthalmology for improving quality of care and patient flow. *Surv Ophthalmol*. 2019 Sep;64(5):720-8. doi: 10.1016/j.survophthal.2019.03.007
42. Deblois S, Lepanto L. Lean and Six Sigma in acute care: a systematic review of reviews. *Int J Health Care Qual Assur*. 2016 Mar 14;29(2):192-208. doi: 10.1108/IJHQA-05-2014-0058
43. Skills for Care's Workforce Intelligence The state of the adult social care sector and workforce in England, 2017 [Internet]. Leeds: Skills for Care; 2017 [cited May 5, 2020]. Available from: <https://www.skillsforcare.org.uk/adult-social-care-workforce-data/Workforce-intelligence/documents/State-of-the-adult-social-care-sector/State-of-Report-2019.pdf>

44. Souza HS, Mendes AN. Outsourcing and "dismantling" of steady jobs at hospitals. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(2):286-94. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200015>
45. Pérez Júnior EF, David HMSL. Trabalho de Enfermagem e Precarização: uma Revisão Integrativa. *Enferm em Foco*. 2019;9(4):71-6. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n4.1325>

Contribución de los autores:

Concepción y dibujo de la pesquisa: Rodrigo Nogueira da Silva, Márcia de Assunção Ferreira. **Obtención de datos:** Rodrigo Nogueira da Silva. **Análisis e interpretación de los datos:** Rodrigo Nogueira da Silva, Márcia de Assunção Ferreira. **Obtención de financiación:** Rodrigo Nogueira da Silva, Márcia de Assunção Ferreira. **Redacción del manuscrito:** Rodrigo Nogueira da Silva, Márcia de Assunção Ferreira. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Rodrigo Nogueira da Silva, Márcia de Assunção Ferreira.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 05.05.2020

Aceptado: 21.08.2020

Editora Asociada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:
Márcia de Assunção Ferreira
E-mail: marcia.eean@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6991-7066>