

**NARRATIVAS SOBRE LA DELEGACIÓN DEL CUIDADO DE AUXILIARES Y
PROFESIONALES DE ENFERMERIA**

CAÑAS APONTE CHRISTIAN CAMILO

CRUZ PARRADO FIDEL EDUARDO

RUEDA NIÑO IRMA MILENA

RUIZ NOVA CRISTIAN DAVID

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE SALUD COLECTIVA
BOGOTA D.C, 2015**

**NARRATIVAS SOBRE LA DELEGACIÓN DEL CUIDADO DE AUXILIARES Y
PROFESIONALES DE ENFERMERIA**

**CAÑAS APONTE CHRISTIAN CAMILO
CRUZ PARRADO FIDEL EDUARDO
RUEDA NIÑO IRMA MILENA
RUIZ NOVA CRISTIAN DAVID**

Tesis para optar por el título de enfermeros

ASESORA

EDILMA MARLEN SUAREZ CASTRO

ENFERMERA

Magistra en Administración en salud

Magistra en estudios políticos

Especialista en Bioética

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE SALUD COLECTIVA
BOGOTA D.C, 2015
TABLA DE CONTENIDO**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirnos alcanzar esta meta, por siempre bendecirnos

Guiándonos con sabiduría en todo momento

A la Pontificia Universidad Javeriana por brindarnos los recursos necesarios y la contribución para ser excelentes profesionales de enfermería

A nuestras familias, especialmente a nuestros padres por su apoyo incondicional, su dedicación y amor.

A nuestra asesora Edílma Marlen Suarez Castro por su acompañamiento y paciencia constante durante el desarrollo de esta investigación

A aquellos profesionales y auxiliares de enfermería que con su colaboración y aporte nos permitieron el desarrollo de esta investigación.

NOTA DE ADVERTENCIA

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará por que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y por qué las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
2. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.....	8
2.1. Cuidado	8
2.1.1. La dimensión material del cuidado	8
2.1.2. La dimensión emocional del cuidado	8
2.1.3. La dimensión moral del cuidado.....	9
2.2. Delegación de enfermería.....	9
2.3. Enfermera y/o enfermero.....	9
2.4. Auxiliar de enfermería	10
2.5. Narrativa	10
3. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	11
4. OBJETIVOS	14
4.1. Objetivo general.....	14
4.2. Objetivos específicos.....	14
5. PROPÓSITOS	15
6. MARCO CONCEPTUAL.....	16
6.1. El cuidado.....	16
6.1.1. Construcción histórica del cuidado	16
6.2. El cuidado desde la filosofía, la ética del cuidado	20
6.2.1. La ética del cuidado.....	20
6.2.2. Cuidado desde la perspectiva económica	22
6.2.3. El cuidado para la sociología.....	23

6.2.4. Perdiendo la capacidad de cuidado.....	25
6.2.5 El trabajo y el cuidado.....	26
6.3. Cuidado de enfermería.....	28
6.4. Profesional de enfermería	30
6.5. Enfermería	30
6.6. Delegación en enfermería.....	33
6.7. Auxiliar de enfermería	34
7. METODOLOGÍA.....	35
7.1. Diseño del estudio	35
7.2. Instrumento.....	35
7.3. Recolección de la información	36
7.4. Procesamiento de la información	37
7.5. Construcción de las narrativas	39
7.6. Aspectos éticos de la investigación.	40
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	42
8.1 Características demográficas de auxiliares y profesionales de enfermería	42
8.2. Narrativas relacionadas con los significados generales de delegación del cuidado.....	45
8.2.1 Concepto de delegación por parte de auxiliares de enfermería	45
8.2.2 Experiencias de cuidado.....	51
8.2.3 Delegación profesional de enfermería.....	57
8.2.4 Contextos bajo los cuales se delega.....	58
8.3. Narrativas relacionadas con las experiencias en la dimensión emocional del cuidado.....	68
8.4. Narrativas relacionadas con las experiencias en la dimensión moral del cuidado.....	74
8.5. Narrativas relacionadas con las experiencias en la dimensión material del cuidado	89
9. CONCLUSIONES.....	107
9.1. Definición de la delegación del cuidado	107
9.2. Dimensión emocional del cuidado	108

9.3.	Dimensión moral del cuidado	109
9.4.	Dimensión material	110
10.	RECOMENDACIONES.....	111
11.	REFERENCIAS.....	113

Lista de anexos

ANEXO 1: Documento de consentimiento informado para entrevista.....115

ANEXO 2: Entrevista guía 118

Introducción

Como estudiantes de enfermería, hemos evidenciado como en el ámbito clínico la delegación del cuidado es un acto recurrente dentro del equipo de salud, en especial de los profesionales de enfermería hacia los auxiliares, esto nos ha llevado a múltiples cuestionamientos acerca de la responsabilidad ética, moral y legal que asume tanto el personal que delega como al que se le es delegada la actividad. Además de esto surgen algunas dudas acerca de qué se está delegando, debido a que no se delega el cuidado por constituir este la base de la profesión de enfermería que tanto se ha inculcado en la academia, sin embargo lo que hemos observado en la realidad, es que el profesional tiene que delegar funciones que son consideradas como cuidado, por ejemplo la administración de un medicamento o la realización de un procedimiento de alta complejidad.

Esto nos ha llevado a otra discusión de tipo investigativo, y es la definición del concepto de cuidar, el cual se ha manejado dentro de nuestra profesión como un tema “sagrado” ya que la enfermería es claramente una profesión de cuidado, entonces nos preguntamos si cuando un profesional le delega a un auxiliar de enfermería la realización de un procedimiento, sin importar su nivel de complejidad o su impacto sobre el paciente, ¿está el profesional delegando el cuidado o una actividad de enfermería?, para ello se indagó por auxiliares y profesionales de enfermería acerca del concepto de cuidado y de actividad de cuidado delegada.

Esta investigación tiene como objetivo general Identificar las narrativas sobre la delegación del cuidado en profesionales y auxiliares de enfermería y como objetivos específicos caracterizar a los auxiliares y profesionales de enfermería que participan en el estudio, así como identificar las narrativas relacionadas con las experiencias de delegación del cuidado, identificar las narrativas relacionadas con las experiencias en la dimensión emocional, moral y material del cuidado tomando como método la investigación narrativa.

De este modo tomamos la metodología de la narrativa como base para nuestro análisis, debido a que la principal característica de esta, es dar voz a quien no la tiene; teniendo esto como base, se

puede afirmar que la voz del profesional y la voz del auxiliar de enfermería brindan una concepción más amplia acerca del tema de cuidado. Los principales hallazgos de esta investigación se centran en que el cuidado para profesionales de enfermería no debe ser delegado, pero que por las circunstancias a las cuales se ve sometido en el sistema de salud, que exige ser cada día más productivo, incrementa la carga laboral y disminuye el número de trabajadores, no queda otra alternativa que la delegación del cuidado. Aunque se considere que ética y legalmente no es correcto, debido principalmente a que se está dejando en manos de personal que no cuenta con los conocimientos y destrezas. Adicional a esto se encuentra que hay un vacío en la legislación de enfermería puesto que la responsabilidad ética de cuidar no está establecida por ley para el personal auxiliar, y en los tribunales departamentales del orden nacional se reporta cada vez un mayor número de quejas por los problemas en la atención que reciben los pacientes, en su mayoría de auxiliares de enfermería, por esto se recomienda establecer en la legislación vigente de enfermería, cuales son las obligaciones y responsabilidades deontológicas de los auxiliares de enfermería, ya que ellos en su desempeño en el ámbito clínico, también brindan cuidado.

1. Planteamiento del problema

En nuestra experiencia como estudiantes hemos observado a lo largo de nuestras prácticas clínicas como en las instituciones de salud las y los auxiliares de enfermería habitualmente realizan procedimientos como son: canalización de venas, realización de curaciones, administración de líquidos o medicamentos, toma de laboratorios entre muchas otras actividades, que son propias del profesional de enfermería.

Del mismo modo hemos observado como en las instituciones hospitalarias es mayor el número de auxiliares y menor el número de profesionales, lo cual ha llevado a que frente a un elevado número de pacientes, sean las auxiliares de enfermería quienes realicen las actividades que son funciones propias del profesional de enfermería. Nosotros como estudiantes nos preguntamos si estas actividades realizadas por auxiliares de enfermería corresponden precisamente a “actividades de enfermería” o son cuidado de enfermería, entonces ¿se delegan actividades o se delega el cuidado de enfermería?, teniendo en cuenta que la actividad de enfermería, corresponde a una acción que no implica mayor complejidad, mientras que el cuidado de enfermería corresponde a aquellas acciones que pueden generar un potencial daño sobre la integridad de las personas ¹.

Sin embargo al hacer una revisión de antecedentes de nuestra investigación nos encontramos con que realmente no hay una concepción clara acerca del concepto de cuidado propiamente dicho, y de allí nos surge la pregunta de ¿Cuál es la comprensión de cuidado que tienen tanto auxiliares

¹ Art. 3 ley 911 del 2004 establece el acto de cuidado de enfermería como: “es el ser y esencia del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías, en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas”

de enfermería como profesionales?, sin embargo hay muchos aspectos a tener en cuenta para poder definir claramente este interrogante, en primer lugar el concepto de cuidado no se puede abordar de manera completa, debido a que existe un vacío entre el personal asistencial de enfermería acerca de este concepto

Uno de los mayores problemas al que se enfrenta tanto el profesional como el auxiliar de enfermería al momento de brindar un cuidado al paciente, es la barrera que le presenta el sistema de salud, esto debido a que las instituciones al estar involucradas en un sistema que les obliga a ser económicamente rentables y auto sostenibles, han tenido que aumentar entre otras cosas la carga laboral de sus empleados, con el fin de aumentar su productividad, es así que se ha reducido de manera considerable el stock de personal de enfermería.

Las estadísticas nacionales de recurso humano en salud en un estudio realizado por el Centro de Proyectos Para el Desarrollo (CENDEX) en el año 2007, muestra que para el año 2000 había 1,25 médicos, y tan solo 0.54 profesionales de enfermería por cada 1000 habitantes, y a su vez se estimaba una existencia de 1.86 auxiliares de enfermería por cada 1000 habitantes, a su vez, se estimaba que, sobre una población de 40.836.901 habitantes habían en el stock total, 0.42 enfermeros profesionales por cada médico y 1,48 auxiliares de enfermería por cada médico,. Teniendo en cuenta la recomendación internacional hecha por la Organización Mundial de la Salud (2009), en la cual establecen un mínimo necesario para brindar servicios de salud en niños y mujeres de 23 médicos, enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes o 3 médicos por cada 1000 habitantes y 3 enfermeras profesionales por cada médico, con el fin de poder conseguir el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio, existe en nuestro país un déficit importante de personal, lo cual está llevando al personal de salud a una sobrecarga de trabajo,

reflejándose esto en la calidad del cuidado que se está brindando a los pacientes dentro de las instituciones hospitalarias.

La OMS señala que *“en casi todos los países hay una mala combinación de los diferentes tipos de trabajadores de la salud y de las aptitudes de cada uno de ellos, además de una escasez de personal sanitario cualificado en las zonas rurales y remotas”* (OMS, 2009).

Por otra parte, para el Tribunal Nacional Ético de Enfermería es una preocupación la delegación del cuidado de enfermería en tanto que se considera una **falta a la deontología de enfermería**, ya que según el informe de dicha organización del 2014, de 581 procesos ejecutoriados entre diciembre de 2004 hasta febrero de 2014, se han sancionado 261 casos como resolución inhibitoria (TNEE, 2014)², lo que significa que la responsabilidad recae en la o el auxiliar de enfermería quien realizó la actividad directa y no en el profesional.

El tribunal define estas faltas en 6 categorías (dignidad y derechos humanos, acto de cuidado de enfermería, administración de medicamentos, registro de enfermería, docencia investigación, equipos de trabajo y colegas, las instituciones y la sociedad) con el fin de facilitar su identificación y la posterior redacción de los fallos; dentro de la categoría de “acto de cuidado de enfermería”, el cual está definido en el capítulo 3 de la ley 911 de 2004 como: *“es el ser y la esencia del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías, tecnologías y conocimientos actualizados en ciencias biológicas, sociales y humanísticas”*, una de las faltas que se ha estipulado es: “delegar actividades del acto de cuidado en personal sin competencia y habilidad exigidas”.

- ¿Será que para el auxiliar de enfermería se asume la responsabilidad del cuidado, o consideran que realizan tan solo actividades de enfermería?, para el profesional de

² Resolución inhibitoria: La cesación del proceso, por cuanto el generador de la presunta falta es un auxiliar de enfermería u otro profesional para lo cual no hay competencia.

enfermería ¿se delega el cuidado o se delegan actividades?, es aquí donde recae el problema principal, la falta de comprensión acerca de la noción de cuidado y de actividad de enfermería, lo que ha llevado a que no se tenga una diferenciación del rol tanto de profesionales como de auxiliares, lo cual genera que no exista claridad acerca de cuáles son las funciones de cada parte del equipo de enfermería. A partir de este contexto formulamos la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las narrativas de profesionales y auxiliares de enfermería sobre la delegación del cuidado?.

2. Categorías de análisis

2.1. Cuidado

Jean Watson define el cuidado como: *“no es solo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud”*. (Urrea, E. & Cols., 2011).

Para esta investigación tendremos en cuenta la definición de cuidado de Pascale Molinier (2005) *“hacer algo o producir un determinado trabajo que participe directamente del mantenimiento o de la preservación de la vida del otro, es ayudarlo o asistirlo en las necesidades primordiales como comer, asearse, descansar, dormir, sentir seguridad y dedicarse a sus propios intereses”* (Molinier, 2005) En este trabajo el cuidado se compone de tres dimensiones:

2.1.1. La dimensión material del cuidado

Corresponde al valor material de la labor o trabajo de cuidar

2.1.2. La dimensión emocional del cuidado

Hace referencia al manejo de los propios sentimientos y emociones, ilustrado a través del papel de una sonrisa convertida en una herramienta de trabajo (Martin, 2008), porque hace parte inherente del ser humano, por lo cual las emociones hacen parte del trabajo del cuidar.

2.1.3. La dimensión moral del cuidado

“hace referencia a las ideas como principios últimos de comportamiento, por las cuales actuamos o creemos actuar, es decir, aquellas construcciones que definen lo que está bien y lo que está mal, lo que es bueno y lo que es malo, lo que se considera valioso, correcto, apropiado para una convivencia justa, por un lado, los principios, razonamientos o normas a los que la persona acude o puede acudir cuando pretende decidir o justificar su comportamiento o decisión; y, por otro, las formas de las normas sociales, las costumbres que guían el actuar cotidiano”. (Martin, 2008).

2.2. Delegación de enfermería

Para esta investigación se tomara la definición de delegación estipulada en la ley 911 del 2004

“el profesional de enfermería, con base en el análisis de las circunstancias de tiempo, modo y lugar, podrá delegar actividades de cuidado de enfermería al auxiliar de enfermería cuando con su juicio, no ponga en riesgo la integridad física o mental de la persona o grupo de personas que cuida y siempre y cuando pueda ejercer supervisión sobre las actividades delegadas”

2.3. Enfermera y/o enfermero

Para este trabajo se entenderá como profesional de enfermería la definición dada por CIE (2009) y aceptada por la OIT y la OMS

“el enfermero o enfermera es una persona que ha completado una formación básica en enfermería, y está calificada y autorizada para ejercer la enfermería en su país”

“Profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas”. (RAE, s.f.)

2.4. Auxiliar de enfermería

Según la organización panamericana de la salud (1964)

“el auxiliar de enfermería es la persona preparada mediante un programa educativo reconocido oficialmente, para participar, bajo la dirección y supervisión de la enfermera, en aquellas actividades del servicio de salud que exigen menos conocimientos científicos y habilidad técnica de enfermería”

2.5. Narrativa

Para esta investigación se tomara la definición de narrativa dada por iris Campos:

“es la cualidad estructurada de la experiencia entendida y vista como un relato; por otro, las pautas y formas de construir sentido, a partir de acciones temporales personales, por medio de la descripción y análisis de los datos biográficos. Es una particular reconstrucción de la experiencia, por la que, mediante un proceso reflexivo, se da significado a lo vivido” (Campos, et Al, s.f.)

3. Antecedentes y justificación

En la Facultad de Enfermería se han realizado dos investigaciones relacionadas con la Delegación del cuidado de enfermería. En primer lugar, la investigación realizada por Claudina Pineda (2010) encontró que entre las consecuencias de la delegación o realización del cuidado propio de enfermería se han generado lesiones personales, discapacidades permanentes y fallecimiento. En segundo lugar la investigación realizada por Grace Natalia Duarte (2011) se encontró que la forma más frecuente de delegación al auxiliar de enfermería se realiza principalmente por parte de la institución, por el médico y por la auto-delegación del auxiliar, tanto en instituciones públicas como instituciones privadas.

En la revisión de la literatura se encontró un estudio realizado en el año 2010 titulado: “Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo, investigación y Educación en Enfermería” (López, G, & Cols., 2010). Este estudio se realizó en tres (3) empresas sociales del estado y tres instituciones privadas; encontrando que la labor de enfermería estaba dividida entre las actividades de coordinación de servicios, las actividades medico delegadas y las actividades que no tienen nada que ver con el cuidado directo del paciente, se identificó como preocupación del profesional de enfermería la delegación del cuidado en el auxiliar de enfermería, los profesionales refieren la delegación como “el pan de cada día” en el quehacer de enfermería (López, G, & Cols., 2010).

En la actualidad se observa que el profesional de enfermería, se encarga principalmente de realizar actividades administrativas, administrar medicamentos y delegar las demás actividades, debido a la carga laboral y según Alcaraz, G. (2010) a la falta de iniciativa para realizar el cuidado directo, el cual es delegado al auxiliar de enfermería, que está siendo el encargado del conocimiento global del paciente, del acercamiento personal y por lo tanto del cuidado de enfermería.

Otro factor importante en la delegación del cuidado, es que las instituciones prestadoras de salud, ejercen presión sobre los profesionales, obligándolos a realizar más actividades, con menos tiempo y abarcando un mayor número de pacientes, lo que genera que el profesional de enfermería, tome el cuidado del paciente, como una tarea no valorada, debido a que se tiene que cumplir con tareas asignadas, siendo la del cuidado una tarea que al parecer no necesita sistematización. (Alcaraz, G. 2010).

Si bien la ley 266 de 1996 nos indica que “El profesional de enfermería ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria y transdisciplinaria, aporta al trabajo sectorial e intersectorial sus conocimientos y habilidades adquiridas en sus formaciones universitarias y actualizadas mediante la experiencia, la investigación y la educación continua, y que ejerce sus funciones en los ámbitos donde la vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden la salud, en Colombia se dificulta su mantenimiento. Las dificultades radican en la reducción de la contratación de profesionales de enfermería por cuenta de disminuir costos y aumentar la rentabilidad llevando a delegar las actividades del cuidado en muchas oportunidades en personas que no tienen las habilidades y los conocimientos necesarios para ejercer dichas actividades. (Alcaraz, G. 2010).

La Ley 911 de 2004, (código deontológico de la enfermería en Colombia), en el artículo 8 hace referencia a la delegación del cuidado como: “El profesional de enfermería, con base en el análisis de las circunstancias de tiempo, modo y lugar, podrá delegar actividades de cuidado de enfermería al auxiliar de enfermería cuando, de acuerdo con su juicio, no ponga en riesgo la integridad física o mental de la persona o grupo de personas que cuida, siempre y cuando pueda ejercer supervisión sobre las actividades delegadas.” (Ley 911, 2004), sin embargo debido a la asignación de otras funciones de tipo administrativo y al elevado número de pacientes no es factible la supervisión de la delegación en el auxiliar de enfermería.

Pese a la legislación vigente, encontramos un vacío en relación con la delegación referido a si se delegan actividades o cuidado de enfermería. Como nos hemos podido dar cuenta a lo largo de nuestra formación académica como profesionales de enfermería, hemos evidenciado el déficit de enfermeros profesionales en nuestro país, esto nos ha llevado a que se asigne una gran cantidad de pacientes por enfermera, lo que ha llevado a que la calidad del cuidado del profesional se haya visto disminuido, a todo esto debemos sumarle otro tipo de obligaciones que no corresponden a la formación del profesional, labores que consumen tiempo, tiempo que se podría dedicar a los pacientes.

Por estas razones los profesionales de enfermería se han visto obligados a delegar el cuidado en los auxiliares, teniendo como consecuencia un mayor número de eventos adversos generados por la falta de conocimiento o habilidad de los auxiliares de enfermería, además de estos problemas se le suma el factor económico, ya que la profesión de enfermería está desvalorizada obligando a sus profesionales a conseguir dos o tres trabajos, lo que implica un desgaste físico para el profesional que a raíz de esto se ve obligado a delegar sus funciones al personal auxiliar.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Narrar las experiencias sobre la delegación del cuidado en profesionales y auxiliares de enfermería

4.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a los auxiliares y profesionales de enfermería que participan en el estudio.
- Narrar las experiencias relacionadas con la dimensión emocional del cuidado
- Narrar las experiencias relacionadas con la dimensión moral del cuidado
- Narrar las experiencias relacionadas con la dimensión material del cuidado

5. Propósitos

- Contribuir con la discusión y comprensión que sobre la delegación del cuidado se realiza en instituciones formadoras de recursos humanos en salud e instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Evidenciar la responsabilidad ético-legal del profesional de enfermería cuando delega actividades o el cuidado de enfermería
- Evidenciar la responsabilidad ético-legal que asumen los auxiliares de enfermería cuando realizan actividades de cuidado delegadas por la institución de salud o por auto-delegación

6. Marco conceptual

6.1. El cuidado

6.1.1. Construcción histórica del cuidado

El acto de cuidar es un concepto que ha estado en todas las etapas de la historia del ser humano, desde las civilizaciones antiguas, ya habían nociones bastante complejas de lo que significaba cuidar. En la tradición romana los relatos míticos eran la forma de dar significado a muchos aspectos de la vida, se tiene como referente lo que se conoce como “el mito de cuidar”, el cual cuenta como en la creación del hombre interviene un ser llamado cuidar (cura) el cual se le encomienda la tarea de sostener sus brazos a los seres humanos hasta su muerte, y es de allí de donde se sostiene la idea de cuidado como dos concepciones básicas: la primera es una angustia o una carga, es decir una concepción negativa del acto de cuidar, y por otra parte se dio la concepción opuesta al acto de cuidar, como una dedicación diligente, es decir con una connotación más positiva a la anterior (Gasull, 2005).

Si exploramos la palabra cuidado desde el punto de vista etimológico, hay que remitirse al significado de su raíz latina “cura”, la cual según Heidegger en su obra “ser y tiempo” (1993), afirma que el término cura no solo es sinónimo de un esfuerzo que define como angustioso, sino que este término también se puede entender como solicitud o entrega, es por esto que según este autor la palabra cuidado tiene múltiples concepciones o significados desde el punto de vista etimológico, se puede entender el cuidado “por un lado, esfuerzo, dedicación, trabajo angustioso

y, por otro lado se puede definir como trabajo de entrega de solicitud, de respuesta a necesidades ajenas”. (Rosello, 2002, pág. 80)

En el contexto de la antigua civilización romana, el concepto de cuidar o de cuidado ya estaba explícito en sus prácticas diarias, tanto así que era común hablar de lo que se conoció como “la cura personalis”, término que se refería al cuidado del alma y del espíritu por medio del cuidado del cuerpo, y, teniendo en cuenta que en esta civilización el cuerpo era una parte fundamental de la salud, lo cual desde el punto de vista de salud, podría dar pista de lo que probablemente fueron las primeras prácticas de autocuidado y promoción de la salud en la antigüedad.

En el siglo XVIII toma fuerza la concepción de cuidar como en la antigua Roma de cuidar como sacrificio, y a principios del siglo XIX es cuando el escritor alemán Goethe en su obra Fausto da una noción de cuidar como una condición humana, según Reich (1996) Goethe pensaba que el cuidar “era la llave de nuestra salvación moral como lo fue para Fausto” (Rosello, 2002, pág. 11), lo cual supone una concepción de cuidado más política, que con la concepción que era aceptada hasta ese momento del cuidar como sacrificio, dedicación o entrega.

El concepto de cuidado ha sido modificado en múltiples ocasiones, por ejemplo Carol Thomas en su trabajo: “Deconstruyendo los conceptos de cuidado”, afirma que el cuidado visto en la forma tradicional está dividido en 7 dimensiones: la identidad social de la persona, la identidad social de la persona receptora de cuidados, las relaciones interpersonales entre la persona cuidadora y la receptora de cuidados, la naturaleza de los cuidados, el dominio social en el cual se localiza la relación de cuidados, el carácter económico de la relación de cuidados y el marco institucional (Carrasco, Bordeiras, & Torns, 2011). Según esta autora la concepción de cuidados siempre se puede armar uniendo al menos dos variables de diferentes dimensiones dadas

anteriormente, por ejemplo se podría armar un concepto fragmentado de cuidados como: “el trabajo no remunerado de cuidado de personas dependientes de la familia que realizan las mujeres en el hogar” (Carrasco, Bordeiras, & Torns, 2011, pág. 152),y dando otro ejemplo, se podrían tomar otras variables para dar el siguiente significado a la palabra cuidados: “los cuidados incluyen actividades de trabajo y estados afectivos y los prestan mujeres de forma remunerada o no remunerada tanto a personas adultas sanas, como a niños y niñas, en el ámbito público y también en el privado, y en una diversidad de marcos institucionales” (Carrasco, Bordeiras, & Torns, 2011). Estos son solo dos ejemplos de cómo el concepto de cuidados se puede modificar de casi cualquier forma si se tiene en cuenta la concepción fragmentada del concepto cuidar y cuidados.

Graham (1991) por su parte da una noción de cuidado desde un punto de vista ampliamente reproductivo definiéndolo como: “el trabajo cotidiano de reproducción que se realiza en las familias para cubrir las necesidades físicas y emocionales de las personas adultas sanas, niños y niñas, y las personas con necesidades particulares asociadas a la dependencia” (Carrasco, Bordeiras, & Torns, 2011, pág. 155). Se podría dar otra definición de cuidados, esta vez desde la perspectiva marxista feminista, en la cual se entiende como cuidado: “una esfera diferenciada de producción social, dedicada a la producción social dedicada a la reproducción de la fuerza de trabajo” (Carrasco, Bordeiras, & Torns, 2011, pág. 171)

6.1.2. Dimensión material de los cuidados

Una de las principales características que tiene el cuidado, es su invisibilización ante la sociedad, esto ha llevado a la generación de múltiples esfuerzos por lograr que este sea reconocido en función a la importancia que tiene a pesar de estar al margen del mercado. Si se tomase en cuenta

la cantidad de tiempo utilizado en trabajos como el cuidar, es necesario contabilizar en términos monetarios el valor que tiene.

Cuando se habla de la dimensión material del cuidado, se pretende dar a conocer la contribución económica y social que tiene este tipo de trabajos, debido a que históricamente se ha tratado de labores feminizadas, por lo cual no se tomaba en cuenta cuál era su importancia en una economía basada en el mercado. Para cuantificar el cuidado en términos de remuneración implicaría establecer variables como el tiempo determinado utilizado para labores domésticas o familiares (Martin, M. 2008).

Otra característica importante que tiene los cuidados dentro de la sociedad además de su invisibilidad, de lo cual depende su éxito, es la importancia que tiene al momento de faltar o al momento que no se desarrolla correctamente, es decir, que la importancia que se le da al trabajo de cuidar solamente se da por defecto del mismo (Martin, M. 2008).

En conclusión, el ubicar el cuidado como un trabajo importante para la economía clásica, es una crítica a los modelos de mercado en los cuales hemos estado inmersos, debido a que hay una serie de actividades que sostienen toda la producción económica, pero que hasta el día de hoy no tiene una cuantificación en términos monetarios.

6.1.3. Dimensión emocional de los cuidados

Desde la perspectiva sociológica, desde sus orígenes los sentimientos, las emociones, las pasiones y los afectos han sido dejados a un lado debido a que estos van en contraposición a lo que se conoce como “lo racional”, por lo cual se considera indomesticable o incontrolable. El

problema de esto, es que se supone que la racionalidad significa falta de emoción, pero esto es discutido por teorías actuales de neurología (Antonio Damasio) quien afirma que las emociones tienen relación con la percepción consciente y articulada.

6.1.4. Dimensión moral de los cuidados

El estudio de los cuidados desde la filosofía es necesario hacer una definición acerca de la ética y moral, para lo cual se requiere realizar la diferenciación de ambos conceptos. Por una parte la moral se entiende como aquellas conductas que están ligadas a las representaciones sociales las cuales están establecidas para desarrollar una mejor convivencia, y por otra parte la ética es el cuestionamiento individual que cada persona realiza a dichas conductas morales establecidas socialmente, basadas en las experiencias individuales que dan la posibilidad de arrojar aprendizajes los cuales permiten determinar lo correcto o incorrecto de dichas conductas.

6.2. El cuidado desde la filosofía, la ética del cuidado

6.2.1. La ética del cuidado

Cuando nos referimos a cuidar o salvaguardar a otro ser humano, en el caso específico de las profesiones de salud, no es posible dejar de lado un aspecto ético que tiene el acto mismo de este tipo de cuidado, esto si se tiene en cuenta que cuando da un trato directo a otro ser humano, y se brinda un cuidado, se está esperando que este alcance una dignificación como ser, en otras palabras, cuidar a otro ser humano es básicamente ayudarlo a alcanzar esas posibilidades de tipo existencial, que de otra manera, serian de difícil alcance.

El cuidado desde la perspectiva de la ética ha sido estudiado por múltiples autores, entre los que se encuentra Gosia Brykczynska, quien en su trabajo “Caring some philosophical an spiritual reflections” (1992) establece que el concepto de cuidar está elaborado en base a unos elementos de tipo ético los cuales son fundamentales a la hora de brindar un cuidado. Estos elementos son básicamente la compasión, competencia, confidencia, confianza y consciencia, para este autor, esos elementos o como lo llama el, constructos, con unas características o cualidades básicas que debe tener el cuidador para con la persona receptora de cuidar.

Según este autor es necesario que todas estas virtudes sean desarrolladas de manera integral e integrada, dos conceptos que siempre deben ir de la mano, el primero se refiere al desarrollo de estas cualidades todas en igual medida, el segundo término se refiere a la unión y relación que deben tener cada una de ellas en el momento de brindar un cuidado. (Rosello, 2002)

A esto le añadimos el cuidado según el género, el cual es tratado por Carol Gilligan quien afirma que existen lo que ella denomina “2 idiomas o 2 voces” las cuales denomina la justicia o la imparcialidad y el cuidado, esta ultima la refuta ya que se tiene el imaginario de que el cuidado viene relacionado con la mujer, pero Gilligan dice que el cuidar no es un acto sexuado, es decir que no solo las mujeres tienen el don de brindar cuidado, si no que los hombres también lo tienen (Gasull, 2005).

Para poder llegar a esta conclusión Gilligan tomo estudios previos sobre las diferencias de género, propuestos en “The reproduction of mothering” en donde se evidenció, que la mayoría de los niños son educados por personas del sexo opuesto y es por esto que se ven obligados a realizar una diferenciación para poder construir su identidad. Esto genera que haga una

asociación entre cuidado-mujer; en cuanto a que por parte las niñas crean una mejor empatía ya que no tienen que hacer una diferenciación de la persona que las cuida.

A partir de esto Gilligan elabora un cuadro de desarrollo moral en el ámbito de la ética del cuidado así: *“En el primer estadio, la mujer se concentra en el cuidado de sí misma. Es una etapa considerada egoísta por quienes ya la han superado. En el segundo estadio, el bien se identifica con el cuidado de los otros. Es una etapa en la que se confunden el cuidado y el sacrificio. La tercera etapa comprende la transición de la femineidad a la adultez y consiste en aprender a cuidar de los demás como de sí misma, y a asumir la responsabilidad por sus opciones.”*(Fascioli, 2010).

6.2.2. Cuidado desde la perspectiva económica

El cuidado como un aspecto de la economía de un país, no es un concepto nuevo, ya desde la década de los 70 se empezó a realizar una serie de discusiones que debatían el papel que tiene dentro de un sistema económico como el capitalista. El trabajo que hasta ese momento no era socialmente importante al no considerarse parte de la fuerza productiva del país, a partir de este momento se empezó a hablar de una división del trabajo, en la cual se diferenciaba el trabajo reproductivo, también llamado trabajo doméstico, por tratarse en principio, de todo aquel trabajo que tiene como función reproducir la fuerza de trabajo tanto en el presente como en el futuro.

Entre los trabajos entendidos como domésticos o “invisibles” sin duda el cuidado ocupa un lugar importante, en cuanto es desde el punto de vista económico, un trabajo el cual debe ser reconocido tanto social como culturalmente como una actividad importante para mantener en pie la economía y el sostenimiento de un país. Han sido varios los autores que han dado una definición del cuidado como un trabajo, entre los cuales se encuentra Daly y Lewis (2000)

quienes lo conceptualizan como: “actividades que se realizan y las relaciones que se entablan para satisfacer las necesidades materiales y emocionales de niños y adultos dependientes”. (Esquivel, 2011)

6.2.3. El cuidado para la sociología

Desde el punto de vista de la sociología, el cuidado hace parte esencial de la vida cotidiana de todas las personas, desde el cuidado domestico que se presta en el hogar a los hijos y a la familia, hasta el cuidado laboral que se presta por las personas técnicas o profesionales, encargadas de ser proveedoras de cuidados asistenciales en las áreas clínicas u hospitalarias, para satisfacer las necesidades de los pacientes.

Los aspectos históricos que nos muestra la sociología con respecto al cuidado, datan de la formación de un modelo, en el cual el concepto de cuidado estaba asociado, a una mujer sumisa, que prestaba a su familia todas las atenciones necesarias para su bienestar, es así que inicia con una lógica de trabajo no remunerado, donde se observa que el cuidado no solo incluye aspectos, de curar o satisfacer necesidades, si no también incluye emociones y sentimientos, lo cual genera esa confusión en la realidad de las bases del cuidado (Reacio Cáceres, 2010).

Se consideraba el cuidado como un trabajo que nace en el seno de los hogares, para satisfacer las necesidades de los miembros dependientes de la familia, pero a partir de la teoría marxista, se observó un cambio, donde se discutió el trabajo invisible realizado por las mujeres en el hogar, y se hace un reconocimiento a esta actividad, la cual es necesaria para la reproducción de la fuerza de trabajo. (Reacio Cáceres, 2010)

Pero la sociología no solo busca mirar esos aspectos del cuidado, también plantea las diferencias en las opciones de cuidado que tiene la sociedad, que están siempre abarcadas por la desigualdad de género, donde la mujer suele suministrar de manera continua los cuidados a las personas que tienen a cargo, generando así una dificultad en las cargas laborales y económicas de la sociedad actual, promoviendo lo que se denomina como “crisis de cuidado”. (Oto Carrasquer, 2013)

Cabe resaltar que esta “crisis de cuidado” es vista desde la sociología, como una revolución al cuidado que se llevaba en épocas pasadas, donde siempre hay una mujer proveedora de cuidado, y este es visto como un trabajo sin valor. En nuestra época moderna, se ha generado un cambio significativo en este campo, que abarca una evolución radical del pensamiento hacia los cuidados que se deben ejercer en nuestra sociedad. (Oto Carrasquer, 2013)

Es así que se resalta dos puntos principales sobre cuidado, en los cuales hay una globalización y mercantilización de éste y también se genera una ambivalencia en el concepto de cuidado que antiguamente se conocía; donde la mujer era ama de casa y cuidadora, pero la evolución generó un cambio en los cuales existen las llamadas “súper woman”, las cuales son las encargadas de trabajar y realizar los cuidados en el hogar. (Oto Carrasquer, 2013)

Teniendo en cuenta lo anterior, se genera una dificultad al momento de proveer cuidados, porque se tiene la concepción de que la mujer solo debe realizar los cuidados en el ámbito del hogar y para eso está destinada, pero debido al cambio y a que las mujeres realizan una triple presencia social, laboral y en el hogar, se genera el supuesto que uno de estos no va ser cubierto de la forma efectiva, provocando un cambio en los roles familiares y en los roles de identidad de género.

También es importante observar el otro punto de análisis de la sociología hacia los cuidados, donde toman la cultura de la globalización y mercantilización, como objeto de uso para proveer cuidados a las personas, es así que se generan transformaciones socio-productivas, que provocan una degradación del empleo y de las garantías asociadas.

Según lo anterior se observa esa necesidad de proveer cuidado a personas dependientes de él, pero bajo ¿qué costo? porque se presta un cuidado de muy baja calidad, debido a salarios bajos y unas necesidades de formación insatisfechas, que llevan a la desvalorización del sentido del cuidado, y lo conducen, por el de la mayor producción económica y no por la atención adecuada de las personas que lo necesitan. (Reacio Cáceres, 2010)

6.2.4. Perdiendo la capacidad de cuidado

En un mundo actual, donde las tecnologías de la comunicación abarcan casi en su totalidad nuestro día a día, nuestro comportamiento, nuestra forma de pensar, es importante resaltar, que esto nos lleva a comunicarnos más seguido, a poder alcanzar metas y objetivos inalcanzables en otros tiempos, pero también, nos niega la posibilidad del contacto con el otro, de esa comunicación fluida con una persona mirándola a los ojos, de sentir su voz en nuestros oídos y de tocar muchas veces sus manos.

A partir de esto perdemos algo esencial de todo ser humano, la posibilidad de dar algo hacia el otro, y que es eso, que es lo que nos diferencia de otras especies, es el cuidado (Boff, 2002). Esa parte significativa de nuestro ser, que puede generar compasión, ayuda y ternura, puede quitar dolores y calmar la ansiedad, pero muchas veces avanzamos en la tecnología y en la comunicación y retrocedemos millones de años, en dar cuidado hacia los demás. (Boff, 2002)

Qué genera que perdamos algo tan esencial como el cuidado, a través del tiempo, la tierra ha soportado diferentes desastres, cambios climáticos y daños en sí misma, pero en esta época, donde las grandes empresas destruyen los bosques y los mares, las industrias contaminan nuestro medio ambiente y los grandes gobiernos no contribuyen a generar políticas de cambio, nuestro planeta no será capaz de soportarlo y que pasa con los seres humanos, hemos perdido esa capacidad de sentir consideración hasta por el planeta que nos ha dado todo, perdimos la capacidad de cuidarlo. (Boff, 2002)

Teniendo en cuenta que el alma de la profesión de enfermería es el cuidado, hacia los demás, es tener compasión e intención de ayudar al otro, ¿Lo estaremos haciendo de esta forma?, ¿Los profesionales estaremos dando cuidado?, que podemos pensar, si la indiferencia hacia el otro es vista día a día en nuestro trabajo, si no tenemos compasión por el dolor o sufrimiento de los demás. Estaremos dando cuidado de verdad.

El cuidado no solo es un acto sino también es una actitud, es una forma de ser y una razón de vivir, debe ser una necesidad diaria, que debemos promover, de una forma integral hacia las personas, es la oportunidad de dar lo mejor de nosotros para que otra persona sienta su compromiso con la vida y pueda seguir avanzando.

6.2.5 El trabajo y el cuidado

Teniendo en cuenta que el cuidado es un trabajo, no podemos separarlos, afirmando que si se trabaja no se puede cuidar o si se cuida no se puede trabajar, es así que para Boff³ (2002), estas dos palabras no se oponen, se componen, por que el ser humano debe tener la capacidad de

³ Leonardo Boff: (Genesio darci boff- 1938) teólogo brasileño, profesor de teología en el instituto de la orden de petropolis, filósofo y escritor, reconocido como uno de los mayores renovadores de la teología de la liberación latinoamericana.

combinar el trabajo con el cuidado, el error general es tratar de oponer una dimensión de la otra, donde el trabajo es lo material y el cuidado es lo espiritual.

Siempre la relación del cuidado y trabajo no es vista de la mejor manera, teniendo en cuenta, que el cuidado es visto desde la feminización de todo tipo de prácticas del ser humano, es decir que el cuidado es la parte de dar sin recibir nada a cambio, de compasión y devoción hacia el otro, lo contrario al trabajo, donde es el hombre, que busca de este el capital para subsistir.

A partir de lo anterior, cómo el profesional enfermería puede adoptar y unir dos dimensiones del ser humano un tanto opuestas, y qué importancia trae esto para su vida diaria. Para Boff (2002), la recuperación del cuidado no puede darse de manera que una supere a la otra, si no reflexionar y pensar qué podemos hacer mejor que las máquinas o que tenemos nosotros que no tienen ellas; tenemos la capacidad de sentir, si podemos unir los sentimientos al trabajo, tendremos la capacidad de realizar nuestras actividades, buscándole un sentido y pensando si eso que hago me beneficia a mí o a otra persona.

Para llegar a esto no es necesario admitir una centralidad en el cuidado y los sentimientos, dejando al lado una realidad de evolución que permanece constante, es necesario renunciar a la necesidad de realizar un trabajo mejor que los otros, en el cual solo sobresalga, sin pensar en los demás, el valor de la unión del cuidado cuando trabajamos, es la capacidad de poder realizar nuestras labores, contribuyendo al cambio de nuestro sistema, pero siempre pensando en que mis acciones ayudan y cuidan del otro. (Boff, 2002)

Es así que las labores del profesional del enfermería en cualquiera de sus áreas, deben estar empeñadas en destacarse de las demás, pero siempre llevando en su mente el alma y ser de todo enfermero, que es el cuidado.

6.3. Cuidado de enfermería

Cuando se trata de dar una definición al término cuidado, siempre es problemático dar una sola definición de este, ya que según diferentes autores e instituciones, el cuidado se puede definir desde el área que lo esté analizando, de este modo las ciencias sociales como la filosofía pueden dar un concepto más humanista mientras que ciencias como la economía y las ciencias políticas nos van a dar un concepto de tipo más tangible y productivo del concepto de cuidar.

Para empezar a definir lo que es el cuidado, daremos una definición básica del término “cuidar” desde diversas perspectivas, con el fin de determinar cuál será la más útil para la investigación. En primer lugar una definición simple de lo que es cuidado, la brinda la (RAE), en donde se define el cuidado como: “la acción de cuidar (asistir, guardar, conservar)”, esta definición si bien es importante mencionarla, tiene el inconveniente de ser bastante limitada en cuanto toma el acto de cuidar como netamente asistencialista, es decir considera que, en el caso de la enfermería, la persona sujeto de cuidado es un ente pasivo y no activo en el proceso del cuidado.

En cuanto a la enfermería, han sido muy diversas las concepciones de cuidado que han dado las diferentes teoristas a lo largo de la historia, y si tenemos en cuenta que todas ellas han tenido influencias variadas, no es de extrañar que en algunos casos inclusive se contradigan o tengan muy poco en común unas definiciones con las otras. Teniendo en cuenta que finalmente todas las teorías y modelos planteados tienen un alcance y un fin similar. Desde la creación misma de la enfermería como profesión en el año 1952 Florence Nightingale desarrollo lo que llamo “la teoría del entorno” en la cual definió el acto de cuidar como: “conservar la anergia vital del paciente, partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos” (Cisneros, 2002) la cual sirvió como influencia a posteriores planteamientos de teorías en enfermería. Ya en el año

1970 la enfermera Martha Rogers publica su teoría en la cual se define el objetivo del cuidado como: “fortalecer e integrar la conciencia e integridad de los seres humanos, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud” (Cisneros, 2002). Adicional a esto Marta Rogers también plantea que los cuidados en enfermería tienen la finalidad de ayudar al individuo para que este pueda remodelarse en su relación con sí mismo y con su entorno, y de este modo pueda optimizar su salud.

Desde la ética del cuidado Carol Gilligan en su libro publicado en 1982 afirma que hay una especie de revolución y discrepa completamente a una teoría propuesta por Kohlberg en la cual da las etapas de desarrollo moral de los jóvenes, y el desarrollo moral de las mujeres era significativamente inferior al de los varones. En lugar de ello Gilligan afirma que lo que existe son dos “idiomas” diferentes en este proceso, los cuales son: el lenguaje de la justicia y la imparcialidad y la voz diferente que define como la voz del cuidar, asociada a la mujer pero no exclusivo, afirma por primera vez que el cuidar no es un acto sexuado, es decir no es exclusivo de la mujer ya que ambos lenguajes pueden estar presentes en hombres y mujeres, dando pie así a lo que posteriormente se explicaría como la ética desde la perspectiva del cuidado (Gasull, 2005)

En esta investigación se usara el concepto de cuidado fuera de las concepciones filosóficas, o incluso éticas. Se entenderá el cuidado como un trabajo, de este modo el concepto de cuidar propuesto por Pascale Molinier, quien define el trabajo de cuidados como:

“hacer algo o producir un determinado trabajo que participe directamente del mantenimiento o de la preservación de la vida del otro, es ayudarlo o asistirlo en las necesidades primordiales

como comer, asearse, descansar, dormir, sentir seguridad y dedicarse a sus propios intereses”
(Gasull, 2005, pág. 49)

6.4. Profesional de enfermería

La ley 266 define la enfermería profesional como:

“Una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar.

El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la personas, fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías.

Tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludable que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida”. (Ministerio de educación, 2006)

6.5. Enfermería

Partiendo de la necesidad de indagar sobre las definiciones de profesional de enfermería, Amaro (2004) afirma que para Florence Nightingale, el profesional de enfermería es “la persona con conocimientos teóricos y habilidades prácticas capacitadas para observar inteligentemente a los pacientes y su entorno, proporcionarles los cuidados necesarios para su salud e influir en la modificación de la misma mediante el fomento de mejoras en sus condiciones de vida”.

Para la OMS “La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal” (OMS, 2014)

Según el Consejo internacional de enfermeras (CIE) “La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas” (consejo internacional de enfermería, 2014)

También es importante resaltar algunas definiciones de teóricos de enfermería, que orienten el concepto de la profesión, algunas definiciones de los teóricos son:

Ida Jean Orlando: consideró la enfermería como profesión independiente que funciona de manera autónoma, la función de enfermera profesional la describe como la averiguación y la atención de las necesidades de ayuda inmediata al paciente.

Virginia Henderson: planteó que la enfermería era ayudar al individuo enfermo o sano a realizar aquellas actividades que contribuyeran a la salud y la recuperación, o a una muerte en paz y que

estas actividades las podría llevar a cabo el individuo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios.

Myra Levine: la enfermería es una interacción humana cuyo objetivo es promover la integridad de todas las personas enfermas o sanas.

Dorothy Johnson: es una fuerza reguladora externa que actúa para conservar la organización e integración de la conducta del paciente a un nivel óptimo en aquellas ocasiones en que la conducta constituye una amenaza para la salud física, social o existe una enfermedad.

Martha Rogers: la enfermería es una ciencia con un conjunto organizado de conocimientos abstractos a la que se ha llegado por la investigación científica y el análisis lógico, es un arte en el uso imaginativo y creativo del conjunto de conocimientos al servicio del ser humano.

Dorothea Orem: es una preocupación especial por las necesidades del individuo, por las actividades del autocuidado, su prestación y tratamiento de forma continuada para mantener la vida y la salud; recuperarse de enfermedades o lesiones y enfrentarse a sus efectos.

Imogene King: proceso de acción, reacción e interacción por el cual el cliente y profesional de enfermería comparten información sobre sus percepciones en la situación de enfermería; incluye actividades de promoción de salud, mantenimiento, restablecimiento de la salud, el cuidado del enfermo, el lesionado y el moribundo.

Betty Neuman: se ocupa de mantener estable el sistema del cliente mediante la precisión en la valoración de los efectos y los posibles efectos de los factores de estrés ambiental y ayudar a los ajustes necesarios para un nivel óptimo de bienestar.

Sir. Callista Roy: un sistema de conocimientos teóricos que prescribe un análisis y acciones relacionadas con la atención de la persona enferma o potencialmente enferma; es necesaria cuando el estrés no habitual o el debilitamiento del mecanismo de afrontamiento hacen que los intentos normales de la persona para el afrontamiento sean ineficaces (Paz & Hernández, 2004).

Asimismo para la (RAE), el concepto de enfermería es “Profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas” (RAE, s.f.).

Para este trabajo se entiende profesional de enfermería como lo define la ley 266 de 1996 como:

“Una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar. El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la personas fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías. Tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludable que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida” (Ministerio de educación, 2006).

6.6. Delegación en enfermería

La palabra “delegar” tiene sus orígenes en el vocablo latino: delegare el cual proviene a su vez de la raíz –leg- (legare) lo cual significa: “destinar eligiendo y legere cuyo significado es: escoger o elegir, en este sentido la palabra delegar podría significar: “enviar a alguien legalmente”, según la Real Academia española (Rae), delegar se define como: “dar a otra la jurisdicción que tiene por su dignidad u oficio, para que haga sus veces o para conferirle su representación” (rae, s.f.)

Para el siguiente trabajo de investigación se tomara en cuenta la definición de delegación estipulada en la ley 911 del 2004 en su capítulo No. 8:

“el profesional de enfermería, con base en el análisis de las circunstancias de tiempo, modo y lugar, podrá delegar actividades de cuidado de enfermería al auxiliar de enfermería cuando con su juicio, no ponga en riesgo la integridad física o mental de la persona o grupo de personas que cuida y siempre y cuando pueda ejercer supervisión sobre las actividades delegadas” (Congreso de la república, 2004).

6.7. Auxiliar de enfermería

Según la Organización Panamericana de la Salud, el auxiliar de enfermería es la persona preparada mediante un programa educativo reconocido oficialmente, para participar, bajo la dirección y supervisión de la enfermera, en aquellas actividades del servicio de salud que exigen menos conocimientos científicos y habilidad técnica de enfermería. (OPS, 1964)

7. Metodología

7.1. Diseño del estudio

Se realizó una investigación cualitativa que tomó como referencia el método de la narrativa, la cual tiene como característica principal que *“su eje de análisis es la experiencia humana, más específicamente “está dirigida al entendimiento y al hacer sentido de la experiencia”*(Blanco, M. 2011). Hay que tener en cuenta que la narrativa como metodología se fundamenta en la visión del fenómeno a estudiar, lo cual permite adoptar una óptica particular de la experiencia como fenómeno de estudio, además la narrativa comparte características con las autobiografías y los relatos de vida, lo cual, para nuestro trabajo permitió dar voz a las y los directamente involucrados.

7.2. Instrumento

Se realizó una entrevista semiestructurada a cinco (5) profesionales de enfermería y cinco (5) auxiliares de enfermería, teniendo como centro de análisis la comprensión que cada uno de los

entrevistados tiene sobre la delegación del cuidado de enfermería y/o las actividades de enfermería junto con sus implicaciones éticas y legales.

La recolección de la información se realizó a través de una entrevista semiestructurada, la cual es: una “interacción comunicativa, organizada y desarrollada de forma deliberada entre dos personas que desempeñan unos roles diferenciados del entrevistador y entrevistado, con unos objetivos específicos y bajo el control del entrevistador que los gestiona aplicando una serie de principios técnicos” (Vélez, M; s.f.). Para la búsqueda de los resultados utilizamos la metodología de la entrevista semiestructurada la cual “*Determina de antemano la información relevante que se quiere conseguir. Se hacen preguntas abiertas dando oportunidad a recibir más matices de la respuesta, permite ir entrelazando temas, pero requiere de una gran atención por parte del investigador para poder encauzar y estirar los temas*” (Peláez, A; SF). Ver guía de la entrevista (anexo 1).

7.3. Recolección de la información

1. Identificación y comunicación con los profesionales y auxiliares a entrevista: se realizó la identificación y comunicación con las personas entrevistadas mediante el método de muestreo de avalancha o bola de nieve el cual consiste en solicitar a los entrevistados que recomienden a posibles participantes en las entrevistas, facilitando las relaciones de confianza con nuevos participantes y especificando las características de los sujetos a entrevistar (Salamanca, A. 2007).

2. Definición fecha, lugar y hora de la entrevista: Se realizó la definición del lugar, fecha y hora de la entrevista conjuntamente con el entrevistado, teniendo en cuenta su disponibilidad de

tiempo y el desplazamiento de su sitio laboral o lugar donde se encontraba, para esto se consultó y se presentaron horarios que facilitaban este encuentro.

Se presentaron al entrevistado alternativas de espacios donde se podía realizar la entrevista, como las aulas de la facultad de enfermería de la universidad javeriana o los cubículos de la biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J de la Universidad Javeriana, los cuales son sitios indicados para la entrevista, debido a que son espacios tranquilos, silenciosos y que permiten una comunicación clara y continua con el entrevistado.

3. Solicitud del consentimiento informado y solicitud de consentimiento para realizar la grabación de la entrevista: Se realizó la entrega del consentimiento informado de la entrevista y de la grabación de la entrevista, para su posterior lectura y firma con el entrevistado, donde se explicaron las condiciones de la entrevista y la razón de la firma del documento (anexo 2).

4. Triangulación de la información: Se realizó este proceso donde se buscó generar una comparación y verificación de los datos recogidos en la entrevista después de realizar la transcripción de esta, en la cual se realizó una comparación del documento transcrito con las respuestas generadas por el entrevistado (Okuda, M 2005).

7.4. Procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información recolectada, se tuvieron en cuenta las pautas de la metodología de transcripción de cada una de las entrevistas de manera individual, para lo cual se usaron las siguientes estrategias:

La grabación de las entrevistas en formato digital, teniendo como ayuda programas como pedalera, soundcriber, F4 entre otros.

Luego se procedió a organizar y almacenar la información de todas las entrevistas realizadas en formato digital, para esto se realizara lo siguiente:

1. Almacenamiento de la información en carpetas específicas dentro de una sola carpeta general, la cual tuvo diferentes tipos de formato dependiendo el tipo de documento almacenado (MP3, RTF, XLS)
2. Debido a que esta investigación utilizó la entrevista semiestructurada para la recolección de la información, se dispuso la información en transcripciones y grabaciones de cada entrevista.
3. Después se realizó la identificación y ubicación de la información, para lo cual se dispuso dos carpetas secundarias dentro de la carpeta general las cuales tuvieron los nombres “audio” y “transcripciones”, dentro de las cuales, se ubicaron los archivos producto de las transcripciones
4. El nombre de cada archivo de transcripción estuvo compuesto de dos partes: la primera a que actor pertenece la entrevista y a cual caso pertenece.

Después se procedió a la realización y composición del texto para lo cual se tuvo en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Se realizó en tamaño carta con márgenes de 2 cm
2. Se utilizó el tipo de fuente Arial o Times New Roman tamaño 10
3. Se escribió el título de cada narrativa en negrilla, y mayúscula sostenida, el cual tuvo dos divisiones: el título principal con la información de la entrevista y un subtítulo con la información del entrevistado y el nombre del transcriptor

4. Entre paréntesis se determinó el tiempo total de la entrevista
5. Se utilizaron los siguientes signos de puntuación dependiendo las intervenciones del entrevistado o el entrevistador así:
 - ✓ **I:** así se marcó la intervención del entrevistador o investigador y dos puntos (:) si la intervención es de más de dos entrevistadores
 - ✓ (?) este símbolo se ubicó antes de las respuestas de cada entrevistador y al final de cada línea de las respuestas.
 - ✓ (()) cuando hubo alguna interrupción por parte del entrevistado o el entrevistador se escribió lo que se decía entre paréntesis
 - ✓ (doble enter) se usó al terminar la intervención de cada pregunta
 - ✓ (un enter) cuando se terminó la intervención individual de cada entrevistador
 - ✓ Cada intervención o nota del entrevistador se puso entre corchetes y cursivas
 - ✓ ... este signo se utilizó cuando hubo un silencio por interrupción a la persona entrevistada
 - ✓ (...) se utilizó cuando hubo un silencio prolongado del entrevistado pero sin interrupción de otra persona
 - ✓ (I: blablabla) se usó cuando hubo una intervención del entrevistador
 - ✓ (me parece que: blablabla) nota del transcriptor

7.5. Construcción de las narrativas

Las narrativas individuales son determinadas por las diferentes emociones y/o sentimientos particulares que describen o expresan los participantes en la narrativa “Esta dimensión individual afecta el concepto de autoría, según el cual, los individuos tienen determinados grados de libertad para construir el relato que cuentan” (Domínguez, 2013).

A diferencia de las narrativas ficcionales las cuales al no mencionar afirmaciones individuales permiten construir textos expresando un conocimiento grupal o colectivo. “Además, la uniformidad que asume la narrativa, facilita fijar la atención en el discurso en lugar de hacer interpretaciones sobre los sujetos individuales que las han realizado. De esta manera, se reduce el efecto de representación de los sujetos típico de las investigaciones sociales” (Biglia, 2009).

De igual manera las narrativas ficcionales son “accionar social” las cuales nos dicen como las personas “hacen cosas con las narrativas” (Domínguez, 2013). Así las personas brindan o dan justificaciones de su accionar pasado o acciones presentes y futuras, dando así una percepción de “el mundo o percepción cultural” bajo la cual están sometidas, bajo estas condiciones.

Debido a la extensión y complejidad de los conceptos dados por los entrevistados, se decide construir narrativas individuales. Esto nos permite determinar la comprensión que tienen los auxiliares y profesionales de enfermería acerca de la delegación del cuidado y sus características, debido a que la narrativa “tiene una óptica de la experiencia humana en las que los seres humanos, individual o socialmente, llevan vidas que pueden historiarse”.

7.6. Aspectos éticos de la investigación.

Esta es una investigación con riesgo mínimo para los participantes y siguió lo establecido por la resolución 008430 de 1993, específicamente:

- Artículo 5 en cual hace referencia a la investigación en seres humanos, por lo cual se deben prevalecer sus derechos, dignidad y su bienestar. Siendo este clave para el desarrollo óptimo de esta investigación.

- Artículo 6, el cual aclara los criterios en los cuales se debe llevar a cabo todo el desarrollo de la recolección de datos, como lo son la participación voluntaria de todas las personas entrevistadas, bajo un consentimiento informado previamente comunicado a los participantes de la investigación con la plena autorización del mismo teniendo en cuenta los riesgos que deben ser mínimos y los beneficios que esto traerá a la investigación, la realización de esta investigación por personas capacitadas para ello siempre garantizando el bienestar de los participantes de la investigación.
- El artículo 8 Se usó un seudónimo para cada participante, se denominó a cada auxiliar de enfermería, dependiendo el orden en el cual se le realizó la entrevista como: auxiliar 1 (A1) y de igual manera con los profesionales de enfermería (E1).
- Artículo 11 el cual hace explícito que en esta investigación se está llevando a cabo sin riesgo alguno para los participantes,
- El artículo 12 el hace referencia a que si se presentaba algún daño a los participantes o si los participantes referían no querer continuar los investigadores deberán suspender la participación de las personas en la investigación.
- Por último los artículos 15 y 16 indican que criterios y que requisitos debe llevar el consentimiento informado para que este válido y pueda ser presentado a los participantes a la investigación (Ministerio de salud, 1993).
- La información solo se usará con fines académicos y los investigadores custodiarán la información recolectada (anexo 2).

8. Análisis de resultados

8.1 Características demográficas de auxiliares y profesionales de enfermería

Es importante recalcar que en el momento de realizar la recolección de los datos se presentaron entre auxiliares y profesionales de enfermería, con un total de 6 hombres entrevistados y 4 mujeres, siendo enfáticos que fue una participación voluntaria y por ende no fue una circunstancia predeterminada para el estudio. La muestra se toma a personas que desempeñan su labor en el área clínica, ya que es en este campo en donde se puede observar la actividad de la delegación. Lo cual es interesante recalcar, porque siendo una profesión feminizada se encontraron varias perspectivas en la investigación.

Los tipos de contrato encontrado en la caracterización de los entrevistados, se encuentra a término indefinido y por prestación de servicios.

Contrato a término indefinido: “según el servicio público de empleo estatal él es aquel que se concierta sin establecer límites de tiempo en la prestación de los servicios, en cuanto a la duración del contrato. Este contrato podrá ser verbal o escrito. Podrá celebrarse a jornada

completa, parcial o para la prestación de servicio de servicios fijos discontinuos”. (Servicio público de empleo estatal 2015. Pág. 10)

Contrato por prestación de servicios: “según la ley 80 de 1993, en su artículo 32 numeral 3, define que son contratos por prestación de servicios los que celebren las entidades estatales, para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad. Estos contratos solo podrán celebrarse con personas naturales, cuando dichas actividades no podan realizarse con personal de planta o requieran conocimiento especializado. En ningún caso estos contratos generan relación laboral ni prestaciones sociales.” (Congreso de la república, 1993, pág. 62).

A1: Auxiliar de enfermería que es egresado de una institución educativa privada, actualmente labora en una institución privada, su tipo de contrato es de prestación de servicios, cuenta con 6 años de experiencia, actualmente se desempeña en el área de salas de cirugía.

A2: Técnico auxiliar de enfermería que término sus estudios en una institución educativa privada, en el momento de la entrevista se encontraba trabajando en una institución de salud de carácter privado, con un contrato laboral de prestación de servicios y cuenta con 7 años de experiencia en el área clínica, en la actualidad se desempeña en el área de urgencias.

A3: Técnico auxiliar de enfermería, egresado de institución educativa privada, que actualmente comparte sus conocimientos en una institución privada, con un contrato a término indefinido, con 10 años de experiencia y que labora actualmente en el servicio de urgencias.

A4: Auxiliar de enfermería que es egresado de una institución educativa pública, actualmente labora en una institución privada, su tipo de contrato es de prestación de servicios, cuenta con 5

años de experiencia en el área clínica, y actualmente se encuentra en el servicio de hospitalización.

A5: Técnico auxiliar de enfermería que termino sus estudios en una institución educativa publica, que en el momento de la entrevista se encontraba trabajando en una institución privada, a término indefinido, con 2 años de experiencia en el área de urgencias.

E1: Enfermero profesional que cuenta con 2 años de experiencia en el área clínica, es egresado de una institución privada, se encuentra trabajando en el área de ginecología, con un contrato laboral de prestación de servicios en una institución de carácter privado de salud.

E2: Profesional de enfermería, que trabaja en una institución privada de salud, que cuenta con 25 años de experiencia en el área clínica con un contrato a término indefinido, desempeñando su rol en el área de urgencias, y es egresado de una institución educativa pública.

E3: Profesional de enfermería, que cuenta con 28 años de experiencia en el área clínica, con un contrato a término indefinido, desempeñando su rol en la unidad de cuidado intensivo, en institución de salud privada, y es egresado de una institución educativa pública.

E4: Enfermero profesional que se encuentra trabajado en el área de cirugía, con 24 años de experiencia en el área clínica, con un contrato laboral a término indefinido, que trabaja en una institución privada de salud y que es egresado de una institución educativa pública.

E5: Enfermero profesional, que cuenta con 25 años de experiencia, egresado de una institución educativa publica, en el momento de la entrevista se encontraba trabajado, en el área de hospitalización, de una institución de carácter privada, con un contrato a término indefinido.

La mayoría de los entrevistados han desarrollado sus estudios en instituciones educativas públicas además de que el 100% de los entrevistados laboran en instituciones de carácter privado, en su mayoría los entrevistados cuentan con un tipo de contrato a término indefinido.

8.2.Narrativas relacionadas con los significados generales de delegación del cuidado

Dentro de los objetivos de esta investigación, se plantea el conocimiento sobre las experiencias de delegación de cuidado en auxiliares y profesionales de enfermería. Teniendo en cuenta esto, es necesario caracterizar que significa delegación y experiencias de cuidado para cada uno de los entrevistados, es así que se puedan evidenciar las diferencias en conceptos y experiencias que ellos tienen y viven a diario en sus entornos laborales.

A partir de lo anterior es necesario indagar acerca del significado expuesto de delegación para esta investigación, la (RAE), expone que delegación se define como “dar a otra la jurisdicción que tiene por su dignidad u oficio, para que haga sus veces o para conferirle su representación” (rae, s.f.)

8.2.1 Concepto de delegación por parte de auxiliares de enfermería

Es así que algunos auxiliares de enfermería, nos mencionaban cuál era su concepto de delegación y como esto se relacionaba con sus labores diarias.

A2: “No la delegación uno no ve ese concepto, si no es una orden”

A2: *“Por parte de jefes, ósea no son todos pero pues si hay unos que si tienen sus toques de jerarquía y pues eso al fin al cabo uno lo tiene que respetar, siempre y cuando no sobre pase los límites de uno, siempre y cuando me respete él me puede dar órdenes y puede creer lo que quiera, pero siempre y cuando respete mis funciones y lo que me compete a mi yo no tengo por qué decirle no”*

A3: *“si claro la delegación del cargo, de las actividades, eso lo ve uno desde el momento que le dan a uno las actividades que van a realizar en nuestro trabajo y digamos cada quien tenemos nuestras actividades delegadas y eso obviamente pues son las que nosotros tenemos que cumplir en el momento pero pues también a veces se saltan esas delegaciones por lo mismo, por tanta demanda de pacientes debemos ser un apoyo en tanto el jefe como el auxiliar como el auxiliar al jefe”.*

A3: *“igual uno cuando inicia uno inicia es con el miedo de que si no lo hago de pronto me echan o me basean y eso lo hacen todo el mundo entonces uno aprende y la palabra de que el auxiliar de enfermería que es lo primero que aprende a hacer caso, que es lo que aprende un auxiliar de enfermería desde que sale de la escuela es hacer caso, entonces yo creo que eso si esas actividades las delega como tal enfermero que está a cargo, el encargado del área pero pues igual como ley ósea fuera de esas actividades hay mucho más que uno debe cumplir y también mirar como para hacer un buen trabajo en equipo que eso es lo que se maneja en un servicio”.*

A1: *“digamos la delegación es cuando el jefe le da autorización a otra persona, para hacer una de sus tareas, por ejemplo la delegación de medicamentos, la administración de medicamentos, que generalmente digamos en los hospitales de primero segundo nivel o también por lo que yo había dicho antes por la cantidad de pacientes, entonces el jefe*

esta atareado entonces de tareas, entonces lo que dice hágame un favor, vaya ponga este diclofenaco, esta dipirona en el buretrol y uno pues ante eso uno verifica y se lo administra”.

Es importante resaltar, que la creencia de algunos de los auxiliares de enfermería, es que la delegación es una orden, es algo que se les ordena y muchas veces no se puede refutar, porque esto puede acarrear consecuencias negativas., pero también la delegación, muchas veces ellos no la toman como el acto de conferir acciones del enfermero al auxiliar, si no como “un favor”, debido a la carga de pacientes u ocupaciones del enfermero.

También es importante resaltar concepciones de delegación, que no son órdenes para algunos auxiliares, si no son tomadas como un acto de confianza del enfermero al auxiliar.

A4: “delegar es confiar, para mí, porque el hecho de que te deleguen algo es porque confían en ti, pero eso tiene otro aspecto también, a veces delegar puede ser tomado en el lado contrario, que es abusar de tu cargo y delegar cosas que son propias de tu cargo, y eso se puede ver”.

Es necesario no solo saber que conceptos o definiciones tienen los auxiliares sobre delegación, si no también, que les delegan, y cuál es su pensamiento y posición sobre las acciones que son delegadas por parte del enfermero al auxiliar, también es necesario saber cuáles son las tareas que delegan los profesionales de enfermería, con el fin de identificar los riesgos potenciales de estas delegaciones.

A2: “por ejemplo Santiago , voy a ir a almorzar, le dejo a cargo los pacientes, mientras

voy y almuerzo, voy a almorzar, cualquier cosa pendiente, eso es un tipo de delegación, cuando el jefe se ausenta y el auxiliar es el que queda el cien por ciento a cargo de sus pacientes e otro tipo de delegación, pues hay veces los jefes están muy ocupados y uno pues le ayuda con medicamentos pero pues también va en la parte y la confianza que tenga el auxiliar tenga para que lo delegue, porque eso si no está autorizado, porque eso ya no sería delegación, ya sería favor, cuando yo doy un medicamento, pues se considera delegación cuando está autorizado por la entidad o por la norma que este previamente establecida, pero como no cumple ese requisito de que está trasladando la función de ella, si no le pide un favor, ya no es delegación ya es como venga si quiere no y si no no lo haga pero delegación es porque si está estipulado”.

A3: “si claro es que digamos que el manual de funciones no vienen como tal del jefe de área si no de unas funciones que se manejan directamente de recursos humanos, ellos tienen su manual de funciones para un auxiliar de enfermería que es tal tomar signos, abrir notas, pero entonces como tal el jefe de are según la disponibilidad que tenga del momento, puede que aumente las funciones tanto de un auxiliar como de un jefe, pero pues obviamente eso depende de la disponibilidad de área, pero para uno como tal hay un manual de funciones específico en recursos humanos pero obviamente el jefe hace otra delegaciones que no pueden que estén escritas halla pero son del cargo de uno”.

A3: “qué tipo de cosas me delegan, pues en mis funciones no está administrar medicamentos, pero se colocan medicamentos pero un auxiliar de enfermería no lo debería hacer eee (...) digamos que más que todo es ese parte de medicamentos y pues cuando (...) digamos que tenga uno que cubrir una vacante que este o es administrativa

obviamente las funciones de un auxiliar de enfermería no está en la parte administrativa, entonces son cambios que se realiza pero pues eeee hay que ver que es también la disponibilidad que halla en el momento”.

A4: “por ejemplo, explícitamente que en un hospital la función de tomar hemocultivos sea de un jefe, porque eso tiene ya su proceso, su protocolo, y que digamos el jefe por motivos ajenos o personales o que realmente no deseen, no los tomen y le digan al auxiliar, "yo confié en usted tómelos" pues el auxiliar maneja ya la práctica y todo esto pero éticamente no está bien porque no es mi función no es mi cargo, pero yo por el hecho de ser auxiliar y tengo a veces que estar bajo ese aspecto, o sea asistir, lo que, o sea hacer lo que me deleguen, eso sí siempre y cuando no atente contra mis principios, porque uno generalmente actúa bajo, o sea yo personalmente actuó bajo eso, o sea, puede que me deleguen cosas que a mí no me gusten pero puedo hacerlas, pero ya si llega el punto que es algo que atente contra el paciente o contra mí, hasta ahí me limito”.

A4: “como lo que te dije, o sea se puede delegar obviamente lo que está bajo tu nivel, bajo tu cargo, lo que tu confíes, por ejemplo un enfermero jefe maneja conocimientos amplios y ellos a veces, no a veces no, ellos tienen a cargo unas funciones administrativas que obviamente el auxiliar no puede en ese momento asistir, los cuidados básicos ya los está empleando más el auxiliar que es una persona más cercana al paciente pero eso es porque la institución provee de determinados profesionales y cargos, o sea para hacerlo más fácil, un hospital te puede dar un enfermero jefe y cuatro auxiliares entonces imagínate un enfermero jefe atendiendo a cada uno directamente en el baño no es posible entonces por eso toca delegar funciones y confianza, es más por eso porque un enfermero jefe no es ... o sea un enfermero profesional está capacitado para

hacer cualquier cosa, pero en cambio el auxiliar está más dedicado al procedimiento y asistir al equipo interdisciplinario, inclusive no solo al enfermero sino también al médico, al terapeuta, al que lo solicite que este en pro de la atención del paciente”.

Según lo establecido la ley 911 del 2004 en su capítulo No. 8:

“el profesional de enfermería, con base en el análisis de las circunstancias de tiempo, modo y lugar, podrá delegar actividades de cuidado de enfermería al auxiliar de enfermería cuando con su juicio, no ponga en riesgo la integridad física o mental de la persona o grupo de personas que cuida y siempre y cuando pueda ejercer supervisión sobre las actividades delegadas”
(congreso de la república, 2004)

Esto quiere decir que el profesional de enfermería, está autorizado para delegar, supervisando estas delegaciones, pero se puede evidenciar, que algunos auxiliares, nos manifiestan que no solo el enfermero es el que delega si no también delegan, tanto la institución, como otros profesionales de la salud.

A2: “no es que la institución desde el primer momento en que uno entra pues lo delega lo delega diciéndole cuáles son sus funciones y autorizadas por medio de un contrato ellos le dicen sus funciones van a hacer estas con tales contraprestaciones y todo esto desde que una entra a cualquier trabajo ya es delegado a menos de que sea un trabajo independiente si quiere vende más que todo por eso en ventas si usted quiere vende si no no vende y ya pero pues en un trabajo como este desde que entra al hospital a la institución es delegado pienso yo y los médicos (...) es que no se si delegan porque en si

es lo que ellos hacen, porque el jefe es como un puente si entre el médico y el auxiliar, entonces el médico le ordena a la jefe o el medico hay veces le dicen a uno mismo en las revistas, auxiliar control de líquidos, retirémosle líquido, iniciemos destete de oxígeno, iniciar actividad física deambulación por la habitación, me parece a mí que es un tipo de delegación”.

A3: “a mí me delegaba el jefe inmediato de cada departamento o de cada área, entonces le dan a uno su manual de funciones y esa es la que uno le debe cumplir, pero obviamente según lo que el jefe de área exponga pues ese es lo que uno hace”.

A1: “si eeee no recibo muchas porque hoy en día trato de no hacer esas tareas que no me incumben pero si e administrado antibióticos, pues por el tiempo, administración de analgésicos intravenosos, opioides y ya, y pues a mí únicamente en el servicio en los que he trabajado solamente me paro y hablo es con el jefe de servicio y ningún otro profesional se asoma por ahí”.

Para los auxiliares de enfermería, la delegación es vista desde muchas formas, desde “un favor”, hasta una orden que si no se cumple trae consecuencias negativas, generando restricciones al momento de realizar un trabajo en conjunto con el enfermero profesional, es importante resaltar, que una de las tareas que más se delegan, son la administración de medicamentos, y que muchas veces no es supervisada como lo estipula la ley, generando riesgos y peligros al paciente., asimismo la delegación no solo está dada, por el profesional de enfermería, si no por otras dependencias, ocasionando dificultades en la atención de los pacientes.

8.2.2 Experiencias de cuidado

Para la RAE (Real academia española), experiencia significa una circunstancia o acontecimiento vivido por una persona. Es así que el proceso de indagar sobre las vivencias de los auxiliares de

enfermería, nos permitirá observar los diferentes escenarios a los que se enfrentan día a día en su quehacer profesional, estableciendo como punto principal el cuidado que se realiza a las personas.

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario observar cuales son las experiencias tanto positivas como negativas que tienen al momento de que le delegan un cuidado o actividad de enfermería, así se puede visualizar cuales son las circunstancias que se presentan al realizar esta acción.

A5 : “al principio nunca supe cómo, o sea, como cambiar una colostomía, el bordecito todo eso, si nos lo explicaron en clase, más nunca lo había hecho, entonces siguiéndome por esas bases lo hice y me quedo bien, o sea ni se despegó ni nada, y pues la jefe, yo le dije a la jefe que si me lo podía ver porque yo nunca lo había cambiado y sin embargo lo cambie, y pues cuando lo vio, toco, miro, me dijo que estaba bien, y pues claro uno como que "ostia" qué bueno, te motivas”

A5: “lo otro es que si te mandan una actividad, te delegan una actividad, saberla hacer y explicarle lo que voy a hacer, no es que llegues y "venga voy a hacerle cosas malas", no a veces quizás por cuando es el típico paciente así triste, en su cama, aburrido, y llegas tu a tomar los laboratorios, y te ven ya con la aguja, pues ya el paciente se descompensa, yo quizás, digamos a veces me paso un poco como de "cabron" por así decirlo, pero llego en plan, en plan payaso, digo "señora vengo a hacerle cosas malas, voy a pincharla" y ya la señora se ríe y ya como hay una confianza, entonces ya sabe a lo va a ir, ya se tranquiliza y todo sale bien...”

A3: “pues positiva me parece porque siempre he sido de las personas que siempre digo

que uno debe aprender de todo en esta vida, pues gracias a eso he aprendido muchas cosas, muchos procedimientos que no sabía hacer y lo aprendí a hacer y eso es bueno para mi carrera y para mi vida y pues negativas porque en el momento de que llegue a pasar algo pues obviamente la parte legal digámoslo así la parte de los abogados ellos no van a decir es que el jefe le dijo si no porque lo hizo si no está dentro de sus funciones, entonces esas son las partes negativas si, y yo pienso que uno aprende pero también debería haber un respaldo sobre eso”

A1: “positivas pues pacientes con mucho dolor donde necesitan un analgésico, pacientes digamos que tienen nauseas vomito mareo, entonces uno va le dice al jefe, este señor tiene esto y esto y ella dice pongámosle placil o ondacetron, pero entonces uno le pregunta al paciente antes de administrarlo, si es alérgico a algún medicamento o si tiene una mala experiencia con eso, entonces cuando le dicen que no pues uno se lo administra confiado y se lo administra y uno un tiempo después, pues mira el paciente está más tranquilo le da las gracias a uno por haberle calmado el dolor...”

Se contempla que la mayoría de las experiencias que tienen los auxiliares en forma positiva sobre la delegación de cuidados, está más encaminada a la administración de medicamentos, y como esta ayuda a la persona que más lo necesita, es así que en la labor que ellos realizan consideran que este tipo de acciones son cuidados de enfermería.

También es importante resaltar que los auxiliares de enfermería, generan un mayor contacto con el paciente, favoreciendo así su cuidado, pero esto genera que el profesional de enfermería, disminuya su acercamiento directo con el paciente.

Igualmente hay dificultades al momento de realizar actividades o cuidado de enfermería, por esto se hace necesario, que los auxiliares de enfermería, nos comenten sus experiencias negativas que ocurren alrededor de su labor, y como estas afectan sus funciones

A1: “pues las cosas negativas, una vez teníamos unos pacientes que se llamaban igual y estaban de cubículo a cubículo muy cerca, tenían el mismo nombre y administre digamos eeee un antibiótico al paciente que no era, menos mal era un antibiótico de bajo espectro, diciendo lo así entonces por eso no era así como tan grave, pero digamos cuando me di cuenta ya era tarde ya había pasado el antibiótico, pues le dije a la jefe y se hizo la nota de enfermería, diciendo que por equivocación se pasa el antibiótico eso si me gane el regaño pero pues no pasó nada”

A2: “pues estaba en inducción para iniciar labores ya trabajar ella sola pues estaba en su etapa de inducción y la jefe le dio a administrar una dipirona si no estoy mal (...) bueno el caso fue que la jefe no la diluyo en el buretrol si no que le pareció fácil, ponerla directamente y le puso la dipirona a la señora, pero si de pronto la hubiera aplicado un poquito lento, despacio pues de todas maneras va hacer reacción pero un poco menos, pero pues la señora se puso pálido y tuvo su hipotensión, su descompensación, perdió la conciencia por unos tiempitos, porque pues claro, lo que hizo el medicamento fue fundirla, cuando venga que paso y que tales que el medicamento y pues ella respondió, como yo se lo pase, pero, como se lo paso, pero pues se lo paso vía directa y pues claro”

A5: “pues cuando uno empieza en el ámbito le cuesta mucho cogerle el ritmo a las cosas, y quizá el jefe me cogió el primer día cuando me iba a soltar un paciente, tenía pacientes

edematizados, y todo eso, y claro me mandarlos a canalizarlos, tenían cambios de vena y... pues no la encontraba no las veía y claro ahí vino una compañera y me explico lo uno y lo otro, y obviamente yo no había dicho nada pues porque no quería molestar sino quería hacerlo por propia cuenta, y pues pinchaba al paciente dos veces, y no le podía encontrar la vena y le decía a la jefe y me sentí mal, y me dijo "no no no tu llámame porque si no es pinchar y pobrecita la paciente, y yo si si"

Claramente se puede ver que muchas de las experiencias negativas están enfocadas, a la administración de medicamentos y a la realización de procedimientos que son delegados, en las cuales tienen dificultades, lo cual produce obstáculos en el desarrollo de su labor.

A5" alguna vez si me he tenido que negar alguna orden, si no era porque estaba embalado, recuerdo que de hecho fue antes de salir de vacaciones, que, era no me acuerdo si era iniciarle un medicamento y ya estaba sobre la hora, y eran los días en los que ya tenía clase era a las 2 en punto, porque ya entro a las 2:30, entonces ya iban a ser tipo, ósea faltaban 15 minutos para las 2, iba demasiado tarde, y me pidió un favor la jefe, le dije que no podía porque ya iba súper tarde para clases y claro, sale lo típico de que "a pero aquí hay que terminar bien el turno"

A5:" digamos que hay veces que el jefe también tiene sus cosas, y ellos te piden el favor de que hagas unas, entonces claro "Mario" esto "Mario" lo otro y tu claro, siempre y cuando tu tengas el tiempo, ahora bien si estas llenísimo, y el jefe te pide cosas y pues a veces le correspondían a él, digamos que en parte sería un poco cara dura, pero es como ver desde que punto de vista lo está intentando hacer, o sea empiezan "a que se la deja montar" y eso, aquí por lo menos he visto que aquí nadie se la monta a nadie, eso es lo

bueno, y pues los jefes,... no son de recargarte las cosas acá, que tú les quieras ayudar, y que no que le hace falta le ayudo lo uno, ya es cosa tuya, pero así que te recarguen realmente no mucho, quizás en (área clínica específica) pues como han abierto en todo personal nuevo y te dejan a ti en expansión pues quien está, "Mario", "Mario" "Mario" "Mario" entonces claro, a veces de tantas cosas que tú dices: mira te presento a fulanito también está en el servicio, entonces ... que también esta hombre y pues los ves ahí tranquilos y uno con todo el trabajo”

A5:” otras veces que he visto, llego yo, llego serio, solo digo: "no le voy a sacar una muestra de laboratorio" cosas así, y la paciente ya que "no que es que me va a doler, lo uno lo otro", entonces también es como saber ganarse la confianza desde un primer momento con el paciente, obviamente no se lo digo a todo el mundo, tienes que saber cómo decirle las cosas”

A2: “...si y no hay cosas positivas, por que como auxiliares no podemos hacer en el trabajo de los demás si entonces cada quien tiene sus actividades ya delegadas y no porque hay veces se recargan muchas de las actividades hay veces en que hay sitios en que se recargan más hacia el auxiliar que al jefe o hay sitios que se recargan, entonces yo creo que eso debería ser más estudiado y no seguir en lo mismo de antes, porque eso si hablamos hace unos 10 años la demanda de los hospitales no era tanta como lo es ahorita...”

Según lo anterior se puede apreciar, que muchas veces los auxiliares de enfermería, consideran que el que se genere una delegación hacia ellos de actividades o cuidado, promueve una sobre carga laboral, para los auxiliares, creando perjuicios en el entorno laboral.

Se puede considerar que los auxiliares tienden a tener más experiencias negativas que positivas, al generársele una delegación, no obstante es importa resaltar que las experiencias positivas están más enfocadas a la delegación del cuidado de enfermería, es así que ellos consideran que se les delega cuidado de enfermería y realizan a partir de eso sus actividades de enfermería.

8.2.3 Delegación profesional de enfermería

Continuando con el desarrollo del objetivo sobre la delegación del cuidado por parte de los profesionales de enfermería, se hace necesario, la identificación que ellos tienen sobre este concepto y como lo enfocan a su labor profesional.

E4: "delegar pienso que es como lo que usted decía, trabajar en equipo, entonces cuando uno trabaja en equipo para poder articular todo uno debe aprender a delegar cosas, si, puede que al comienzo no sea fácil, porque uno a veces no sabe diferenciar, o depende con tipo de personal que uno se encuentre no es tan fácil hacerlo, si, entonces primero toca es ganar confianza con el personal, saber que puede delegar yo y que no puedo delegar, hasta donde es mi límite de delegar o no, porque cuando uno llega a una institución depende de la institución"

E1: "yo soy un enfermero de la vieja guardia, en esa época no hablamos de delegación, porque los niveles en Colombia eran diferentes, existía el enfermero general, el tecnólogo en Enfermería, el licenciado en Enfermería, e..., y pues e..., también existía las comadronas, parteras y demás, estoy hablándole de los años del ruido, entonces en ese momento..., los currículos, los pensuls de Enfermería, no hablaban de delegación si no de responsabilidad, es a partir de los años dos mil que ya empiezan hablar de la delegación pero básicamente con la visión económica de que hay como hay poco

profesional de Enfermería y su mano de obra es cara, entonces contratan a mas auxiliares de Enfermería y ahí aparecen diferentes leyes para poder delegar aquello que hoy se está rescatando, e., al menos en los tribunales, en donde uno delega funciones, perdón delega actividades pero jamás delega una responsabilidad entonces, hoy uno es responsable de lo que otros hagan”.

E1:”delegar, simplemente es poner en manos una función que me pertenece, en manos a otra persona que uno podría considerar que está capacitado y puede responder pero lamentablemente en el sistema de salud, no todos los auxiliares ni están capacitados ni tienen las orientaciones para poder responder, luego uno está delegando actividades, está delegando funciones y lamentablemente estamos delegando el cuidado bajo la premisa de que todos hagan, uno es responsable, por eso en los tribunales de Enfermería aparece la ley 911 de 2004 de las responsabilidades de ontológica y esos tribunales están llenos de múltiples quejas de, por dos razones, una porque..., las personas del común no diferencian quien es la enfermera de la auxiliar y no tienen claridad y por lo tanto cualquier persona vestida de blanco, es una enfermera pero pues eso no es una realidad”

E2:”Delegar es poder asignar una tarea de menor complejidad que la puede ejercer alguien bajo mi cargo, perfectamente y no necesito estar yo para poder realizar esta función”

Los profesionales de enfermería tienen bajo su concepción que delegación es asignar una labor de menor dificultad a su personal auxiliar, teniendo siempre en cuenta la capacidad de estos auxiliares para delegar cierto tipo de labores, es así que se delegan funciones de menor rango bajo la supervisión del auxiliar.

8.2.4 Contextos bajo los cuales se delega

A partir de esto es fundamental que los profesionales nos revelen de una forma u otra, si es ético para ellos delegar, y en qué casos o condiciones lo harían. Así observaremos bajo qué circunstancias el profesional se ve obligado a delegar y las razones por las cuales en su entorno laboral lo realiza.

E4: “no le vería yo el problema de delegar, siempre y cuando eso sea con el objetivo del beneficio del paciente, independientemente de quien realice la actividad en ese momento, sí, porque si yo de pronto tengo veinte mil cosas en la cabeza y no le puedo dar prioridad a eso que es tan importante en ese momento pues lo delego”.

E4: “entonces que el paciente requiere una toma, una radiografía, entonces toca ir diciéndole al auxiliar vaya preparando a este paciente para X, Y o Z, ... por ejemplo canalizar venas, entonces eso está delegado para la jefe, administración de sangre, administración de componentes sanguíneos, todo eso es claro para la jefe,... algunos antibióticos, si hay quimioterapias,... en general eso... de pronto uno cuando se sale del margen de que esto es lo que yo hago o esto es lo que usted hace, pues depende del momento y depende del equipo que yo tenga, si, si es un equipo que de pronto yo sé que aunque de pronto digan bueno usted es la que tiene que canalizar, pero sé que es una persona que lo hace bien, yo lo delego, sí, porque puede ser por falta de tiempo, si, ahora que nos encontramos, antes todo era manual, ... ahora todo es por sistema, y el sistema si quita mucho tiempo”

E4: “bueno por ejemplo yo trabaje en otra clínica, ... donde eso era muy pesado, ósea siempre me la he tratado y me la he llevado bien con las auxiliares de enfermería en general, ósea con ninguna he tenido así problemas, ... inclusive mucho mejor que con mis propios compañeros, pues igual ellos son a veces mi equipo, con los que permanezco con

más tiempo, entonces por ejemplo allá el trabajo era excesivo, y pues la única que debía canalizar era la jefe, pero por ejemplo yo iba a entregar turno y me faltaban 3 venas, 4 y yo ya estaba muy colgada, entonces yo en ese momento sé que había gente muy capacitada con la que yo podía contar, igual eso también depende de la otra persona, porque si es una función que ya saben que yo tengo que yo tengo que hacer pues ellas no lo tienen que hacer, entonces más bien era como la intervención de la otra persona de decir, jefe quiere que le ayude, le canalizo esas venas, o jefe canalícela y como tocaba llenar un registro yo le lleno el registro, y yo listo perfecto, entonces yo ya lo delegaba, aunque me saliera de las normas, pero pues pienso que era trabajo en equipo y con base en eso pues funcionábamos bien y salíamos a tiempo todas”

E4:”si yo de pronto tengo veinte mil cosas en la cabeza y no le puedo dar prioridad a eso que es tan importante en ese momento pues lo delego”

E4:”uno al delegar y si de pronto es algo, ósea, uno está asumiendo también cosas que no sabemos si legalmente, puedan afectar o no, sí.”

E4:“uno al delegar debe saber que está delegando y a quien se lo está delegando, porque uno no le puede delegar a todo el mundo todo si, ósea eso es como ya, la confianza que le da uno, e..., la persona está trabajando, eso es como la confianza de que yo, si sé que a esta persona puedo delegar eso o no, o lo hago yo, si, entonces pienso que va todo en función, entonces, todo en que va, en función del paciente, e..., en la función de la actividad que yo tenga en ese momento y si lo puedo llevar o realizar a cabo, aunque hay cosas que de verdad yo no puedo delegar, así pase lo que pase, por decir una trasfusión de sangre, yo no la puedo delegar entonces puede quedarse todo atrasado, puede

quedarse todo, pero la que tiene que trasfundir soy yo. Ju..., entonces, e..., de pronto, ju..., delegar que, un medicamento, si, por, por favor adminístrele esto al paciente, ósea tengo que estar muy clara y muy segura, de quien es la persona con la que yo estoy trabajando, porque si no lo que decíamos anteriormente, por delegar, puedo salir yo implicada (...) porque de pronto e..., si usted tenía claridad de que usted no puede por la institución y por los protocolos usted no puede delegar eso pero lo delegó”.

E4:”entonces ahí cuando ya llegan ordenes medicas ya se empieza a revisar pues ahí también se empiezan a delegar funciones específicas para el auxiliar”

E4:”la enfermera hace una cosa y la auxiliar hace otra cosa y hay cosas que no se pueden delegar”

E4:”pero como uno a veces asume tanta responsabilidad y tanto compromiso, entonces a veces uno también no sale tan beneficiado, ... porque se empieza lo que yo les decía cargar una cantidad de actividades que de pronto puede delegar y que uno no por X, Y o Z no delega”

E3:”No, es que yo me forme, ósea mi formación profesional fue, todo el tiempo en la parte asistencial y meramente asistencial, el enfoque fue que no se delegaba el cuidado, el cuidado no se delega, no se delega y yo salí con esa mentalidad, en mis primeros años de vida profesional fueron esos, no se puede delegar la administración de medicamentos, no se puede delegar el paso de una sonda, no se puede delegar. De hecho cuando yo trabaje en el T, trabaje en el BS, la jefe era la que pasaba la sonda, cogía la vía, administraba el medicamento, hacia la curación, nuevamente pues en esa época se registraba todo era manualmente, entonces era muy rápido y yo viví la época en la que la

delegación del cuidado de Enfermería, no se hacía, C menos, ósea la clínica del C, ósea ya la auxiliar solo toca los pacientes o tocaba en esos momentos los pacientes era pa' bañarlos y tenderles las camas, no más, pero la jefe era la que le hacía. La enfermera jefe o el profesional de Enfermería era la que le hacía absolutamente todo al paciente, entonces digamos que dentro de ese contexto y dentro de ese marco, yo nunca he delegado el cuidado y jamás lo delegue en la auxiliar de Enfermería, nunca delegue el cuidado de Enfermería y de hecho ahorita como profesional de Enfermería tampoco lo delego ¿Por qué? porque pienso que, pienso que (...) nosotros estamos en un momento de formación y pues tenemos que tratar de aprovechar al máximo una práctica clínica y sin una práctica de reanimación hay un paciente que hay que hacerle todo el cuidado integral que implica pasarle su sonda nasogástrica, su sonda vesical, administrarle los medicamentos, ventilarlo, asistir durante la ventilación al paciente, después montarle los medicamentos de sedación, iniciarle un inotrópico, pasarle la sondita vesical, hacerle el control estricto del líquidos, ósea, yo como le voy a delegar eso al auxiliar de Enfermería. Cuando estamos en formación y yo necesito que mis estudiantes lo hagan ¿Si? y que si hay que ayudar a mover el paciente, que si hay que ayudarlo a trasladar, ahí estamos nosotros involucrados (...) todo el tiempo, realmente en delegación de cuidado de Enfermería jamás. Nunca he estado dentro de la delegación del cuidado de Enfermería ¿Por qué? porque vengo de una formación, vengo de un, de un trabajo en el que a mí me tocó la época en la que la jefe era la que hacia toda la parte asistencial y los auxiliares solo tocaban los pacientes pa' bañarlos y cambiarles las cobijas y darles las comida y ahorita dentro de la vida académica pues obviamente yo nunca me siento a revisar una historia clínica ni a registrar ni a nada de eso, ósea, mi vida profesional todo

el tiempo está en el hacer, en la práctica, en el estar con los pacientes, en el estar ahí al frente del cañón”.

E3: “no quiero que le llamemos procedimientos, si no cuidado de enfermería, porque, cuando tu pasas una sonda vesical a una persona es por algo, cierto?, no nos podemos quedar en el meramente procedimiento, si no, si tú le estas poniendo una sonda vesical a un paciente, le estas poniendo una sonda para cuantificarle horariamente una orina, que se requiere para ver si la cantidad de líquidos administrados corresponde con los eliminados y mirar que el paciente no se nos vaya mucho a encharcar, como le decimos coloquialmente, ... es decir tiene una razón de ser. Entonces la parte operativa se la estamos dejando al auxiliar de enfermería, que me parece que es del profesional cierto?, si, se está delegando ese cuidado que me parece tan importante, no solamente es ese, es el tomar una vía endovenosa, es el pasar una sonda de tipo nasogástrico, el hacerle la curación a una herida que puede estar complicada, administrar medicamentos, o sea, son muchas cosas que se están delegando hoy en día”

E3: “Se delega la administración de medicamentos que me parece gravísimo, y en el área de consultorios por ejemplo acá del hospital, los medicamentos los administran los auxiliares de Enfermería y los medicamentos los están mezclando hasta tres y cuatro medicamentos en un, en una bolsa de líquidos eso me parece gravísimo, la administración de medicamentos, a mí me parece gravísimo, el paso de un cat, de una sonda vesical por ejemplo en una persona y aquí no he visto la primera jefe dentro del tiempo que llevo, que pasen una sonda vesical y la sonda vesical tiene eso, estamos entrando a una cavidad aséptica y se están cometiendo muchos errores en toda la técnica

aséptica y es un proceso que lo está pasando el auxiliar de Enfermería y lo está haciendo solo, porque para él una mano está limpia y no contaminada y la otra está contaminada, entonces abren no sé, abren los paquetes es decir manipulan las cosas de una manera lo más absurdo, me parece que un paciente, en un área crítica como por ejemplo reanimación, que esta ventilado, que el paciente esta con una, con un ventilador mecánico, porque un auxiliar de Enfermería tiene que pasarle una sonda oro gástrica o nasogástrica cuando el paciente esta ventilado, eso es un procedimiento de Enfer, del profesional de Enfermería (...) ¿No? y muchas cosas de la Enfermería, son delegadas en el auxiliar (...) me parece gravísimo, gravísimo, cada día se delegan más cosas”.

E2: “Pues... Yo considero que el jefe está en toda la capacidad de cumplir con todas las obligaciones o con las labores que hace el personal auxiliar de enfermería, pero pues básicamente en el conocimiento radica la diferencia entre nosotros y pues obviamente eso no lo podemos delegar, no lo podemos transmitir de manera tan fácil”

E2: “...No eso se va asumiendo conforme uno vaya viendo el desarrollo de sus quehaceres, y con forme se vaya viendo lleno de tareas, entonces uno aprende a, a saber que delega y a quien se lo delega...”

E5: “Bajo qué circunstancias, desde las normativas que se tengan, tanto institucionales como lo que yo me base de ley, que es lo que yo debo, yo debo saber que delego, hay cosas que, el profesional de Enfermería es el que va lleva toda la responsabilidad de un servicio, entonces yo tengo que tener claro que es lo que estoy delegando, porque yo delego actividades pero no responsabilidades, entonces si yo, ósea yo delego esta actividad pero quien está a cargo de esa responsabilidad soy yo como profesional de

Enfermería, entonces en un momento dado de que ocurra algo, a ti te van a llamar como profesional de Enfermería si tú eres el que estaba gerenciando ese servicio ¿Que paso? entonces por eso hablamos en un inicio, vigilancia, control de nuestro personal, cuando tenemos a cargo, de nuestro auxiliares, camilleros, lo que tengamos a cargo”

Es evidente que la mayoría de los profesionales de enfermería no creen correcto delegar a su personal auxiliar, cualquier tipo de actividad, pero circunstancias como la carga laboral, el estrés laboral y el compañerismo, generan que se deleguen diversas tareas al personal auxiliar, pero deja en evidencia algo importante cada profesional, que se hace necesario realizar esa delegación, a personas aptas y con más experiencia, porque esto facilita las labores en el grupo de trabajo.

Una de las preguntas clave que se pretende responder con este trabajo investigativo es si el profesional de enfermería, delega cuidado o actividades de enfermería, es así que los profesionales, nos dieron su punto de vista sobre esta pregunta, y como algo enseñado desde la academia, se modifica a causa de circunstancias que se generan en su quehacer como profesional.

E1:”el cuidado de Enfermería está desarrollado por actividades, luego cuando a usted delega actividad se está delegando el cuidado indirectamente, vamos a mirar, elementos positivos, como no hay mucho personal y usted está cumpliendo labores administrativas que el sistema te exige pues lógicamente no tienes el tiempo de poderte relacionar a la cabeza del paciente, luego el cuidado en estos momentos es lamentable que lo estemos dejando en manos de personas técnicas operativas que no tienen el conocimiento, e..., ni

la habilidad para tomar una decisión, por lo tanto el cuidado en estos momentos lamentablemente lo están delegando”.

E1:”realmente como tú sabes yo soy un enfermero de la vieja guardia, yo no delegaba cuidado, yo generaba el cuidado, fue a partir de algunos procesos en donde por ejemplo, cambio nuestro sistema de salud en los años noventa y noventa y tres con la ley cien, que ahora ese cuidado que uno daba directo, e..., fue reemplazado por los procesos administrativos pero en mi formación quedo muy claro y muy grabado que yo m..., hago cuidado y no delego el cuidado, pero en este sistema, el cuidado se está dejando, a..., en forma operativa a otras personas como los técnicos o los auxiliares de Enfermería y entonces muchas quejas que llegan a los tribunales, es por ese tipo de cuidado y no conocen y reconocen la función del enfermero profesional.

E1:”... el sistema permite la delegación del cuidado de Enfermería, a personas que no están capacitadas pero las quejas llegan es por la falta de súper visión (...) sobre ese cuidado, entonces hay que ponerle lógica al asunto, si yo estoy capacitado para dar cuidado lo debo ofrecer pero si tengo exceso laboral porque tengo otras funciones como las administrativas que hacer y yo dejo que otros hagan lo que a mi me corresponde, pues es posible que se presenten una serie de errores”

E3:”si la abuelita requiere de un acompañante ahí para que se sienta más tranquila mientras le están invadiendo su intimidad por qué no dejarlo estar ahí?, pero eso es cuidado de enfermería, entonces yo sí creo y pues te puedo seguir recitando de ahí para adelante toda la cantidad de cosas que no se pueden quedar en lo meramente operativo si no que se tienen que quedar en la parte del cuidado de enfermería, oiga le pasamos la sondita a la abuelita y la abuelita no orino ni media gota de orina, no orino media gota

de orina, será que la paciente esta deshidratada? será que esa paciente esta oligoanurica?, la auxiliar le pasa la sonda, listo, y qué? y si no orina? no avisa o si avisa, pueda que avise, pueda que no avise, cierto, pero realmente eres tu como profesional quien se está dando cuenta la calidad de la orina, cuanto orino, la apariencia, el olor, el color, el volumen, eso es cuidado de enfermería, ahí está el cuidado de enfermería, que se está delegando”.

E5:”es que delegar el cuidado es algo diferente, es como difícil, yo diría que uno no delega el cuidado, uno delega actividades, porque es que, delegar el cuidado, yo no puedo desligar de mi profesión, que el pilar fundamental de mi profesión es el cuidado, yo no puedo delegar, yo delego actividades que van a complementar, mi cuidado, yo delego a la niña auxiliar, al personal auxiliar, yo le delego actividades que pueden realizar que tienen que ver con la integralidad del cuidado, pero yo no puedo delegar el cuidado, delego actividades, es simplemente eso, el cuidado yo no lo puedo delegar para mi parecer”.

Se puede apreciar que para los enfermeros, el delegar el cuidado de enfermería es visto de forma negativa, porque el cuidado de enfermería, es la esencia, el alma de la profesión de enfermería, así que ellos consideran que se delegan son actividades de enfermería, porque el delegar cuidado, pueden promueve acciones negativas sobre el paciente.

También es importante resaltar, que la dificultad del sistema de salud, la carga laboral, son factores que generan que no solo se deleguen actividades de enfermería, si no también se delegue el cuidado de enfermería.

8.3. Narrativas relacionadas con las experiencias en la dimensión emocional del cuidado

*“Manejo de los propios sentimientos y emociones,
Ilustrado a través del papel de una sonrisa convertida*

En una herramienta de trabajo”

Martin, 2008

Según López S, en su artículo “Implicación emocional en la práctica de enfermería” afirma el como la mezcla entre los sentimientos y el cuidado de las personas ha estado involucrado a través de la historia, ya que desde el origen de las labores de enfermería, cuando a esta a un no se le catalogaba como profesión, el cuidado de los enfermos estaba a cargo de la familia y aquellas personas allegadas al enfermo, los cuales cubrían varias necesidades, entre las cuales se encontraban las emocionales y las religiosas.

“...la implicación emocional juega en el trabajo diario de la enfermería, en el que se observa la imposibilidad de elección cuando el cuidado del paciente se hace de forma holística, es decir, una enfermería profesional y por tanto con base científica orientada hacia el ser humano” (López, S; 2000)

En la formación como profesionales de enfermería, se indica a las estudiantes la necesidad de lograr un manejo sobre los propios sentimientos y emociones, sin embargo con el desarrollo de las prácticas hospitalarias se observa que el contacto diario con las situaciones límite de enfermedad y muerte de los pacientes, las dificultades en la atención a los pacientes por las barreras burocráticas del sistema de salud e incluso las relación con el equipo de trabajo, movilizan en el estudiante y en el profesional las emociones y los sentimientos .

Las emociones de los profesionales de enfermería o de los auxiliares influyen en el cuidado del paciente, ya que no es lo mismo realizar las actividades o brindar cuidado cuando se está de mal genio, triste, alegre, o bajo condiciones de estrés, todo esto influye en brindar una mejor o peor atención según sea el caso.

Según Sarasti *“la manera como los pacientes y el personal de salud interactúan durante los diferentes procedimientos de la atención en salud es fundamental para la resolución de las demandas de la población en este campo...”* lo que se quiere decir es que el trato con el que se atiende a los pacientes es parte importante para la resolución de las enfermedades con las que llegan los pacientes, de ahí parte el ¿Por qué estar estable sentimentalmente?

En este caso se indagó acerca de los sentimientos que genera la delegación o de ser delegado, ya que estos sentimientos cambian de persona a persona según la experiencia que hubieran tenido durante sus años laborales.

A1: “al principio nunca supe cómo, o sea, como cambiar una colostomía, el bordecito todo eso, sí nos lo explicaron en clase, más nunca lo había hecho, entonces siguiéndome por esas bases lo hice y me quedo bien, o sea ni se despegó ni nada, y pues la jefe, yo le dije a la jefe que si me lo podía ver porque yo nunca lo había cambiado y

sin embargo lo cambie, y pues cuando lo vio, toco, miro, me dijo que estaba bien, y pues claro uno como que "ostia" qué bueno, te motivas"

La delegación en algunos auxiliares les ha generado emociones positivas, pues se sienten motivados por el agradecimiento de los pacientes o por la felicitación de un enfermero/a, esto los motiva a seguir haciendo las cosas bien y de la mejor manera, además que fortalece el vínculo del equipo de trabajo.

A3: "delegar es confiar, para mí, porque el hecho de que te deleguen algo es porque confían en ti, pero eso tiene otro aspecto también, a veces delegar puede ser tomado en el lado contrario, que es abusar de tu cargo y delegar cosas que son propias de tu cargo, y eso se puede ver. Por ejemplo, explícitamente que en un hospital la función de tomar hemocultivos sea de un jefe, porque eso tiene ya su proceso, su protocolo, y que digamos el jefe por motivos ajenos o personales o que realmente no deseen, no los tomen y le digan al auxiliar, "yo confié en usted tómelos" pues el auxiliar maneja ya la práctica y todo esto, pero éticamente no está bien porque no es mi función no es mi cargo, pero yo por el hecho de ser auxiliar y tengo a veces que estar bajo ese aspecto, o sea asistir, lo que, o sea hacer lo que me deleguen, eso sí siempre y cuando no atente contra mis principios, porque uno generalmente actúa bajo, o sea yo personalmente actué bajo eso, o sea, puede que me deleguen cosas que a mí no me gusten pero puedo hacerlas, pero ya si llega el punto que es algo que atente contra el paciente o contra mí, hasta ahí me limito."

Hay auxiliares de enfermería que no se sienten cómodos con la delegación ya que sienten que los profesionales de enfermería abusan de su poder al delegar ciertas actividades, sienten que cuando

se les delega una actividad piensan que están realizando el trabajo del profesional de enfermería o que le están quitando algunas responsabilidades, generando así sentimientos de rabia o de disgusto, creando un mal ambiente en el equipo de trabajo, llegando a tener conflictos entre el personal de enfermería. Adicional a esto el profesional de enfermería debe tener claro, bajo que circunstancias delega y que actividades se puede delegar, es decir tener un criterio para poder tomar la decisión y comunicarle al auxiliar de la mejor manera para no tener conflictos en el equipo de trabajo, ya que muchas veces el exceso de confianza lleva a generar una delegación errónea.

E1: "pienso que falta trabajar mucho con el personal en salud, e..., en su parte afectiva, porque de pronto bueno, si llego el paciente complicado puede que, la enfermera haya tenido una relación afectiva muy buena con esa paciente y, bueno le sucedió algo al paciente, eso afecta, puede ser lo contrario, puede que sea un paciente tan difícil, tan difícil, que ella todo el tiempo tenga que estar tan sometida, puede ser a un maltrato, bueno, igual no hay empatía, eso también afecta, entonces en eso pienso, que si se debería trabajar mucho más, e..., en la parte emocional de los trabajadores, que trabajan con personas enfermas"

Esta es una visión más general del estado sentimental de los enfermeros/as y el como el estar bien o el estar mal influye en la forma del como brindamos el cuidado o el cómo realizamos las actividades de enfermería, generando falsos juicios en los pacientes a los cuales se brinda el cuidado.

E2 "pues yo no hablaría tanto de abuso del poder, noooo, yo no hablaría tanto de abuso de poder, yo hablo mas es de las distancias que cada vez nos alejan más y más y más y más, entre nosotros, no?, nos alejan mucho de los auxiliares, nos alejan mucho de los

médicos, nos alejan mucho de los especialistas, es muy triste que, que, que no nos saludemos, ni siquiera el saludo, cierto?, a veces nos encontramos por los pasillos del hospital y no hay siquiera un buenos días, o tú dices buenos días y ni siquiera hay una respuesta, y eso puede resultar ser un poco doloroso porque pues desafortunadamente, si hay algo que yo viví en la clínica XXXX y viví en el hospital XXXX siempre fue la cordialidad y la cercanía de médicos, enfermeras, auxiliares y demás”

E3: “Incidentes, si, pues malas gracias a Dios no, porque cuando uno tiene clara la relación que debe haber en el equipo de trabajo, entonces uno deja las cosas claras desde un inicio con su equipo de trabajo, porque que es lo que se tiende muchas veces he... como profesional, que se crean lazos de amistad con el personal auxiliar, ¿Si? o el personal médico pero eso no puede interferir en el trabajo. Cuando yo tengo clara esa relación, entonces yo dejo unos puntos claros de llegar y decir, no se cumplió esto, y si eso no se cumplió entonces vamos a ver cómo vamos a mejorar ese proceso pero no porque si el medico es mi amigo entonces yo voy a permitir que no se lave las manos en algo tan sencillo ¿Si? no, puede ser mi amigo, pero debes lavarte las manos; o que mi auxiliar de Enfermería todos los días llega tarde, eso trunca un proceso que es el recibo y entrega de turno y si yo soy permisivo entonces pues se va a truncar muchas cosas y se va a afectar el cuidado de Enfermería.”

En los anteriores apartados podemos observar el cómo las relaciones de poder pueden afectar la dimensión emocional no solo de la persona sino también del equipo de trabajo, afectando así al paciente y el cuidado que le brindan, ya que la comunicación se va a ver alterada a causa del mal manejo de la autoridad jerárquica.

E1: “Cuando entre a otro sitio,... el ambiente entre jefes es duro, sí, porque si, o sea hay jefes muy buenas, o sea todas son muy buenas pero pienso que es como el protagonismo, el poder, el demostrar que yo si sé, que yo sé más, que yo puedo más, entonces,... el choque también es duro, en cuanto a nivel profesional, entonces el primer año fue muy duro en el área clínica, o sea mucho choque mucha cosa”

E1: “siempre hay alguien en especial que le amarga a uno la existencia por X o Y, y para mí en esa época un gran apoyo fue las auxiliares de enfermería, o sea el equipo que yo logre hacer con ellas, el engranaje fue muy bueno, entonces un momento en que dije, no yo ya no puedo más, entonces las auxiliares no pero como va a ser no pero mire (tatata), y por ellas, fue que yo no me retire, o sea si no hubiera tenido ese buen equipo humano de ayuda de todo, no, yo creo que no sé dónde estaría”

La rivalidad entre profesionales, siempre ha existido, esa competencia entre demostrar quién es mejor que quien, solo altera las relaciones y crea tensión en el ambiente de trabajo, involucrando así a más personas como el personal auxiliar entre otros, alterando así los procesos de cuidado que se llevan a cabo en el paciente, además que esto afecta emocionalmente al personal, ya que se va a sentir atacado a tal punto de hacerlos renunciar, y es donde vemos otro problema, o más que problema un fenómeno y es por qué los trabajadores terminan rápido su contrato dejando un servicio con desabastecimiento de enfermeras.

E2: “Entramos a un tema que es el trabajo en equipo, desde la óptica de lo que es la utilización del trabajo en equipo, trabajar con empatía es importante para poder alcanzar procesos, pero ojo, nosotros los seres humanos tenemos múltiples valores y múltiples condiciones humanas, de tal manera que algunos se pueden aprovechar de esa

empatía para lograr sus propios intereses y descuidar ese cuidado operativo que uno tiene que realizar a las personas, entonces primer concepto, el trabajo en equipo con personas que generan buena comunicación y empatía, es importante para el cuidado porque uno supliría al otro, pero cuando esa empatía es tomada de forma negativa para favorecerse a sí mismo, entonces empiezan a ver los desequilibrios, los desbalances y ahí es donde aparecen los problemas y los conflictos de comunicación y las personas se empiezan a preguntar ¿Por qué si yo soy tan buena gente, entonces mi personal no me hace caso? o ¿por qué yo si reconozco en el otro, el otro no reconoce que, yo lo que estoy haciendo es generando un buen sistema de trabajo? Pero finalmente a tu pregunta la respuesta es sí, el equipo de trabajo y la empatía son importantes.”

8.4. Narrativas relacionadas con las experiencias en la dimensión moral del cuidado

Dentro de nuestras características como seres humanos tenemos la capacidad de decisión en diferentes escenarios evaluando posibilidades y siempre buscando lo mejor, sea individual o colectivamente. Esto nos lleva directamente a pensar acerca de lo que consideramos correcto e incorrecto siendo sujetos a lo que nos mueve como individuos y como miembros de una sociedad en constante interacción con medios y entornos diferentes.

En la investigación se presentan varios escenarios tanto para auxiliarles de enfermería como profesionales de enfermería en los cuales se ve una diferencia clara sobre la delegación hecha desde la institución hacia cada profesional o auxiliar, lo cual lleva a una duda concreta acerca del hecho moral y ético que va detrás de cada situación. Es por esto que presentamos un análisis de dichas situaciones lo cual nos remonta a la ética y la moral en sí, de esta manera logramos ver que retomando el marco conceptual de esta investigación encontramos:

“La expresión ética remite a dos ámbitos: 1) al de una teoría de la moral y 2) al de una orientación práctica de los sujetos a partir de la interiorización reflexiva del orden moral; por lo que la ética resulta “a un tiempo teoría y praxis. En este sentido, es conveniente tener en cuenta la distinción entre eticidad concreta y eticidad inmediata: la primera es “el conjunto de ideas sobre la vida buena que tiene una comunidad dada y que se plasma en valores, códigos, derechos, obligaciones y tradiciones”; la segunda es “la asunción íntima y personal de las normas que rigen las propias acciones, y la determinación autónoma de principios que permiten juzgar esas” (Jaramillo, 2010)

Con esto podemos observar que la ética va dentro la misma moralidad en sí, y es la cual interiorizamos y con la que interactuamos tomando decisiones o determinaciones buscando un bienestar personal y/o colectivo. Es importante recalcar que siendo miembros de una sociedad en la cual estamos adoctrinados bajo instituciones sociales así consideradas, somos constantemente cuestionados y corregidos para cumplir parámetros establecidos por dichas instituciones. Según lo encontrado en esta investigación aplicado directamente a la delegación del cuidado, se ha podido establecer que en primer lugar como seres humanos desde niños estamos sujetos a cuidar, siendo este un cuidado netamente natural, somos educados para desarrollar virtudes y aplicarlas a lo largo de nuestra vida, pero siendo esta una circunstancia específica en la cual somos generadores de cuidado desde una perspectiva científica y aplicada a una disciplina como lo es la Enfermería observamos que “nuestro pasado” influye de manera casi que directa en lo que consideramos cuidado y como lo brindamos.

Bajo una revisión directamente relacionada con la ética y la moral aplicada al cuidado visto desde esta investigación, encontramos que *“La teoría del cuidado se centra más en la relación*

que en el agente, y se ocupa más de la relación de cuidado que del cuidado como virtud”
(Noddings, 2009).

Esta cita se destaca ya que como trabajadores en salud de primera instancia somos partícipes en el cuidado en este caso, de forma cercana al paciente, nos relacionamos directamente y establecemos vínculos los cuales nos permitirán generar y desarrollar actividades de cuidado y delegarlas también. Pero en este punto surge la duda acerca de ¿Cómo generadores de cuidado, desarrollamos y delegamos cuidado por “el deber ser” visto como la compasión y caridad hacia el otro, o por ideales propios visto desde una ética personal y desde una disciplina?

Haciendo referencia específicamente a la capacidad lógica del individuo de resolver conflictos partiendo desde de la niñez que evoluciona y adquiere autonomía desde su formación en virtudes y le permite hacer juicios desde su propia perspectiva. En nuestra investigación observamos el siguiente análisis de dichos dilemas, los cuales son descritos a continuación:

A5: “Pero en (área clínica específica) que son a veces hasta 80 hasta 90, como puedes tu darle a las misma 90 personas 1, ósea es muy imposible, antes uno se vuelve un poco más selectivo y sabes quien tiene un poco más de prioridad que otros, entonces es como por dentro tú te sientes mal pero sabes que no puedes hacer todo eso al tiempo e intentas dar lo mejor.”

A5: “Alguna vez si me he tenido que negar alguna orden, si no era porque estaba embaldado, recuerdo que de hecho fue antes de salir de vacaciones, que, era no me acuerdo si era iniciarle un medicamento y ya estaba sobre la hora, y eran los días en los que ya tenía clase era a las 2 en punto, porque ya entro a las 2:30, entonces ya iban a ser tipo, ósea faltaban 15 minutos para las 2, iba demasiado tarde, y me pidió un favor la

jefe, le dije que no podía porque ya iba súper tarde para clases y claro, sale lo típico de que "a pero aquí hay que terminar bien el turno"

A pesar de las diferentes situaciones podemos observar, en el segundo fragmento del texto que es preciso destacar como la presión de la institución, es decir, la delegación directa por parte de la institución, influye de forma importante en la manera de asumir y afrontar dichos dilemas en lo cual es evidente que factores como la conservación del trabajo y la remuneración económica marcan una pauta para el desarrollo de actividades por parte de auxiliares de enfermería a pesar de tener algún tipo de objeción frente a esta actividad específica. Además de esto, se debe nombrar como “el deber ser” de cada uno como individuo pesa para la realización con mucho más interés de estas actividades.

A5: “nos dijeron como unas ciertas normas pero muy pocas, sabes, o sea lo típico de que si haces algún procedimiento mal que pueda afectar la salud, tu eres el implicado o el culpable principal, tienes que demostrarlo con evidencias de que fue un error, o no tenías el conocimiento, o sea si no tenías el conocimiento ya automáticamente es como culpa tuya por hacer algo que no sabías, pero si tenías el conocimiento y lo hiciste mal ver cuál fue la falla, si ya fue propia del paciente, si fue tuya, o ver que fue el punto, y siempre y cuando todo dejar una nota escrita tal cual, en dado caso que llegue a haber algún error, ahí está la nota, entonces tu ahí te puedes como tener una pequeña salvación pero no te implica que estés 100% asegurado todo.”

A2: “eee por parte de jefes, ósea no son todos pero pues si hay unos que si tienen sus toques de jerarquía y pues eso al fin al cabo uno lo tiene que respetar, siempre y cuando

no sobre pase los límites de uno, siempre y cuando me respete él me puede dar órdenes y puede creer lo que quiera, pero siempre y cuando respete mis funciones y lo que me compete a mi, yo no tengo porque decirle no.”

Cabe resaltar que a pesar de la formación recibida por parte de los auxiliares de enfermería, se ve un vacío o un desconocimiento acerca de la legislación en enfermería, lo cual conlleva a que a pesar de asumir actividades las cuales no son funciones propias de los auxiliares de enfermería, no son conscientes de las implicaciones ético legales que un evento adverso podría generar.

A3: “Pues si nos vamos a la parte legal el auxiliar seria como el apoyo y la ayuda hacia el paciente, hacia las necesidades del paciente como tal y el jefe seria la parte de administración de medicamentos, que es la parte legal de ellos, pero pues en el ámbito de urgencias no se ve como tal eso. En urgencias eee el auxiliar coloca medicamentos, hace toda la parte de, hace mucha es más complejo los procedimientos las actividades que tienen como tal un auxiliar de enfermería. Pero si nos vamos para la parte legal, un auxiliar de enfermería, es como más el acompañamiento al paciente al asistirlo, al bañarlo, cambiarlo, tener digamos como tener hay presente la atención del paciente primordial mente, ya la parte del jefe se basaría más en la parte de medicamentos, que son los que tiene el estudio o experiencia en esa área medicamentos y mas parte de diagnóstico.”

A3: “Pues positiva me parece porque siempre he sido de las personas que siempre digo que uno debe aprender de todo en esta vida, pues gracias a eso he aprendido muchas cosas, muchos procedimientos que no sabía hacer y lo aprendí a hacer y eso es bueno pa’ mi carrera y para mi vida y pues negativas porque en el momento de que llegue a

pasar algo pues obviamente la parte legal digámoslo así la parte de los abogados ellos no van a decir es que el jefe le dijo, si no ¿por qué lo hizo si no está dentro de sus funciones?, entonces esas son las partes negativas si, y yo pienso que uno aprende pero también debería haber un respaldo sobre eso.”

Los auxiliares de Enfermería asocian de manera importante y esencial el cuidado como una cuestión moral, es por esto que a pesar de conocer los factores de riesgo para generar un evento adverso, además que la delegación directa ya sea de la institución como del equipo interdisciplinario y los efectos legales que puede acarrear un evento adverso, asumen dicho dilema de manera tal que toman la determinación de hacer las diferentes actividades asignadas.

A5: “En las actividades ya está el cuidado como tu hagas los, los procedimientos por así decirlo, entras, sabes que vienes a cuidar personas ajenas que no conoces y que tienes de algún modo, no puedes caerle bien a todo el mundo, pero si por lo menos que ese paciente se sienta seguro de que esta con una persona que sabe lo que hace, y lo otro es que si te mandan una actividad, te delegan una actividad, saberla hacer y explicarle lo que voy a hacer, no es que llegues y "venga voy a hacerle cosas malas", no a veces quizás por cuando es el típico paciente así triste, en su cama, aburrido, y llegas tu a tomar los laboratorios, y te ven ya con la aguja, pues ya el paciente se descompensa. Yo quizás, digamos a veces me paso un poco como de "cabrón" por así decirlo, pero llego en plan, en plan payaso, digo: "Señora vengo a hacerle cosas malas, voy a pincharla" y ya la señora se ríe y ya como hay una confianza, entonces ya sabe a lo que voy a ir, ya se tranquiliza y todo sale bien. A como otras vece, que he visto llego yo, llego serio, solo digo: "no le voy a sacar una muestra de laboratorio" cosas así, y la paciente ya que "no

que es que me va a doler, lo uno lo otro", entonces también es como saber ganarse la confianza desde un primer momento con el paciente, obviamente no se lo digo a todo el mundo, tienes que saber cómo decirle las cosas".

Podemos reafirmar la teoría de cuidado, la cual habla acerca del cuidado como una relación entre quien brinda cuidado y quien lo recibe, aun así podemos ver como los auxiliares de enfermería brindan cuidado más por "el deber ser" que por el interés propio y basados en un soporte científico de brindar una actividad o cuidado.

A5: "Que no es cuidar,... es como ignorar un paciente es lo que te dije cuando estamos sobrecargados si tu dejas de hacer en unos por hacerles en otros eso no es cuidado, eso es como más, no se puede decir negligencia, porque tu no lo estás haciendo porque si sino porque sabes que hay otras personas con más atención, o en tal caso no cuidarlos es como, como que no te importa, o sea haces eso porque te toca, no porque quieres hacerlo."

A4: "Delegar es confiar, para mí, porque el hecho de que te deleguen algo es porque confían en ti, pero eso tiene otro aspecto también, a veces delegar puede ser tomado en el lado contrario, que es abusar de tu cargo y delegar cosas que son propias de tu cargo, y eso se puede ver, por ejemplo, explícitamente que en un hospital la función de tomar hemocultivos sea de un jefe, porque eso tiene ya su proceso, su protocolo, y que digamos el jefe por motivos ajenos o personales o que realmente no deseen, no los tomen y le digan al auxiliar, "yo confío en usted tómelos" pues el auxiliar maneja ya la práctica y todo esto pero éticamente no está bien porque no es mi función no es mi cargo, pero yo

por el hecho de ser auxiliar y tengo a veces que estar bajo ese aspecto, o sea asistir, lo que, o sea hacer lo que me deleguen, eso sí siempre y cuando no atente contra mis principios, porque uno generalmente actúa bajo, o sea yo personalmente actúo bajo eso, o sea, puede que me deleguen cosas que a mí no me gusten pero puedo hacerlas, pero ya si llega el punto que es algo que atente contra el paciente o contra mí, hasta ahí me limito”.

Como seres humanos desarrollamos relaciones en las cuales vemos e interactuamos con otros destacando como fuimos educados, las virtudes específicas de cada persona, al momento de hablar de la delegación del cuidado siendo conscientes e inconscientes de esto, mantenemos criterios de delegación para asumir la responsabilidad que esto representa y es bajo la “confianza” que se asume esta situación, esto fue lo que se pudo evidenciar de la investigación, reiterando una vez más las situaciones éticas y morales que se presentan en el día a día de auxiliares de enfermería al asumir los diferentes ejercicios de delegación durante su trabajo.

Por parte del profesional de Enfermería en esta investigación podemos determinar que:

E4: “A mi esa parte legal siempre me ha preocupado, m..., hay médicos que también los he visto implicados, en casos, duros, y la ley ahí sí porque eres enfermera o porque no, te juzgan el hecho y ya, y, lo claro que tengo es que si esto está escrito y respaldado por notas de Enfermería, bien, ósea las notas te hundan o te salvan, cualquiera de las dos.”

E4: “como enfermera jefe que es lo que más tenemos a cargo, es pues las ordenes médicas, ver que esas órdenes se cumplan, ... la administración de medicamentos, ... la buena administración, pues teniendo en cuenta todo lo que nos implica lo que es la actividad de medicamentos que ahorita pues legalmente esa parte a mí me preocupa pues

porque la gente no es porque lo haga de mala intención, sino empiezan a ocurrir eventos adversos por X, Y o Z y pues eso puede llevar a implicaciones legales ahora muy graves, esa parte es muy fuerte.”

Como investigadores al encontrar las diferentes percepciones que tienen los profesionales acerca de las implicaciones éticas y legales del delegar el cuidado se nos abre una brecha grande acerca del ejercicio de la enfermería como profesión, no con el ánimo de recalcar los aspectos negativos de la profesión, en realidad mostrando una reflexión acerca de ¿cómo enfermeros en formación realmente tenemos conciencia acerca de no solo el hecho de tener una responsabilidad que implica vidas de forma directa, además el ser enfermero, como trabajador en salud, como ser humano y como generador de cuidado?

Es importante que a través de la formación académica de las futuras generaciones no solo sea trabajada la legislación en enfermería de forma teórica, la práctica en si representa una oportunidad única de concientizarnos a lo que como seres humanos, éticos, estamos por enfrentar, en este caso, las diferentes practicas realizadas durante la formación profesional.

E1:”Delegar, simplemente es poner en manos una función que me pertenece, en manos a otra persona que uno podría considerar que está capacitado y puede responder pero lamentablemente en el sistema de salud, no todos los auxiliares ni están capacitados ni tienen las orientaciones para poder responder, luego uno está delegando actividades, está delegando funciones y lamentablemente estamos delegando el cuidado bajo la premisa de que todos hagan, uno es responsable, por eso en los tribunales de Enfermería aparece la ley 911 de 2004 de las responsabilidades de ontológica y esos tribunales están

llenos de múltiples quejas de, por dos razones, una porque..., las personas del común no diferencian quien es la enfermera de la auxiliar y no tienen claridad y por lo tanto cualquier persona vestida de blanco, es una enfermera pero pues eso no es una realidad, si no es algo que... subjetivo que las personas no reconocen, adicional mente los enfermeros nos estamos metiendo en problemas, porque estamos aceptando una serie de responsabilidades con respecto al cuidado, los protocolos de atención dicen que la enfermera debe hacer muchas cosas pero en la vida práctica, el..., la..., en lo pragmático del diario vivir las enfermeras no están haciendo lo que les corresponde porque entonces e..., e..., en un momento determinado si no cumple con unos protocolos de pedir medicamentos, de seguridad del paciente, de alistamiento y demás, pues entonces, e...,”

E1: “E..., si, son múltiples experiencias, la mayoría no son tan favorables en el sentido de que por ejemplo si hay que, ponerle la sangre a alguien que la necesita pero usted está atendiendo otra situación, una reanimación y demás, y permite que por ejemplo los auxiliares de Enfermería mientras usted atendiendo aquí este paro, e..., empiece la sangre, e..., entonces pueden haber errores y demás, el error es humano y ahí es donde aparecen los eventos adversos como una cadena, de errores, y un error principal es delegar una función.”

E1: “Y hoy como magistrado del tribunal pues me doy cuenta que..., e..., el sistema permite la delegación del cuidado de Enfermería, a personas que no están capacitadas pero las quejas llegan es por la falta de supervisión (...) sobre ese cuidado, entonces hay que ponerle lógica al asunto, si yo estoy capacitado para dar cuidado lo debo ofrecer pero si tengo exceso laboral porque tengo otras funciones como las administrativas que

hacer y yo dejo que otros hagan lo que a mí me corresponde, pues es posible que se presenten una serie de errores.”

E1: “Bajo mi experiencia, yo utilizo el concepto de objeción de conciencia, cuando yo que veo hay una actividad que me exige la institución, que yo la tengo que hacer por obligación, entonces yo hago mi objeción de conciencia he informo porque no la hago, sin embargo eso e puede generar a mi problemas e..., legales importantes porque realmente e..., los contratos de trabajo, está muy bien escrito que usted lo contratan para determinar funciones, luego si usted la aceptó, porque negarse y si le están pagando por ella, ahí tenemos un dilema interesante, en mi caso yo digo ¡No! si, esa actividad va atentar contra la ética o bioética humana. O sea el reconocimiento del otro y la dignidad, independientemente de las exigencias instituciones y de las amenazas que me puedan hacer, yo digo que no y no la hago y lo dejo escrito en algún lado, porque también la ley me dice que si hay algo que no está bien en la institución, por favor revisa la ley nueve once de dos mil cuatro, yo debo informar, entonces ahí estaría como un elemento como muy importante, pero la mayoría de enfermeros por el miedo a perder su trabajo, hacen lo que les obligan por contrato y entonces se meten en dilemas bioéticos interesantes.”

A pesar de tener presente las posibles complicaciones que puede acarrear el delegar el cuidado, los profesionales de enfermería como lo fue mencionado anteriormente, por diferentes circunstancias se ven obligados a delegarlo, pero aun así no tienen una claridad acerca de todo lo que esto puede traer al presentarse como error adverso.

E3: “yo pienso que mientras uno este amarrado a la ley que nos rige, a la 911 tú de ahí te puedes agarrar para hacer lo que necesites hacer mientras tu estés amparada en la ley 911 yo creo que ahí ... y yo creo que una de las cosas que a uno le da mucha seguridad en proponer sus posturas, es el conocimiento, te voy a dar un ejemplo, había un ortopedista en la clínica XXX que maltrataba terriblemente a las enfermeras, pero era terriblemente, en paz descanse el Dr. murió por su genio y por sus cosas. Y un día, me reclamo porque le había negado un sorbo de agua a mi paciente, a la cual yo le había administrado XXXXX el XXXX es un anti-inflamatorio que se utilizaba en ese momento en la clínica XXXX en el cual uno le colocaba el medicamento a la paciente sobre la lengua, el medicamento se derretía, no se le podía dar agüita a la paciente porque o si no se pierde el mecanismo de acción.... y produce una mejoría del dolor pues porque se llama XXXXX yo hable con la paciente, le explique el doctor le mando un XXX es un medicamento que le voy a colocar sobre la lengua, es amargo, no le puedo dar agüita porque si no se pierde el efecto, entonces se lo voy a administrar " ah bueno jefe" y le di el medicamento, y salí del consultorio de ortopedia donde estaba la paciente. Cuando el medico entra, a las, a la sala donde estaba la paciente, la paciente pues estaba arrugando la cara porque el medicamento estaba amargo, entonces " usted que tiene" y entonces la paciente le dijo, pues la jefe me acabo de dar un medicamento pero estaba bastante amargo, y entonces el doctor no le pregunto a la paciente no nada, si no se fue detrás mío y por la mitad del pasillo me grito delante de todos los pacientes y delante de todos los familiares y delante de todos los médicos, que en donde creía yo que estaba trabajando y por qué le negaba un sorbo de agua a una paciente, cuando la paciente, sí, me volteo y le digo al doctor, ¿doctor podemos hablar en un espacio diferente a este

pasillo? "no, que sepa todo el mundo la calidad de jefes que tenemos, que niegan un sorbo de agua a los pacientes" y ya yo me volteo y le digo " Doctor, el mecanismo de acción del XXXX impide la administración de agua, y yo se lo explique a la paciente, y a la paciente le dije que el medicamento era amargo y que tenía un sabor desagradable pero que desafortunadamente no le podía dar agua a la paciente, precisamente por eso, si usted quiere, vamos y le preguntamos a la paciente que le explique yo cuando le fui a administrar el medicamento" entonces el doctor se voltea y me dice " igual no podía negarle un sorbo de agua" le dije " no le negué un sorbo de agua, lo que hice fue explicarle...y si usted quiere vamos y lo aclaramos con la paciente" si?, no quiso, se dio la vuelta y se fue. ¿Que hice yo como profesional de enfermería? Redacté una carta a la dirección médica de la clínica, explicando lo que había pasado y la inconformidad que yo como profesional de enfermería tenía con respecto al maltrato que había recibido por parte del Doctor fulanito de tal, quien había agredido y que me había hecho esto en público y había atropellado mi dignidad como mujer, como persona, como todo, y lo pase a la dirección. Obviamente me han llamado de la dirección a preguntarme que me había pasado y han llamado obviamente también al doctor que sabían qué clase de personaje era, pero yo pienso que en la medida que tú lo hagas con tus argumentos y tu hallas hecho tus cosas como debe de ser, cierto, le hayas aplicado a cada acción de cuidado eso que se requiere, que es el pensamiento crítico, en donde tu utilizas ese saber y lo aplicas al saber hacer y al saber ser, tu cada acción de cuidado le pongas esos tres elementos del saber, el saber hacer y el saber ser, tienes como defenderte donde tú quieras, cierto, y esa fue mi defensa, y en ningún momento la paciente manifestó, ni se quejó, ni dijo nada, ni absolutamente nada, el doctor nunca le pregunto a la paciente si

yo le había ofrecido el vaso de agua... Después el doctor obviamente, nos sientan a los dos y nos enfrentan allá para ver qué es lo que había pasado, el doctor nunca me pidió disculpas, porque es hombre,.... y demás, pero lo que si se permitió fue aclarar que yo no había cometido ningún error ni le había negado un vaso de agua a la paciente ni un sorbo de agua menos, como lo él lo afirmaba y lo decía, de hecho, la paciente corrobora con el doctor que yo le había explicado todo lo demás, pero desafortunadamente como profesionales de enfermería, tenemos miedo, nos quedamos calladas, no nos quejamos.”

E5: “Uno tiene que (...) dar la argumentación con, con unos fundamentos, empezando que nosotros tenemos nuestra, nuestra normativa y nuestra ley novecientos once y las dos sesenta y seis que nos dan la guía de que es lo que debemos hacer porque en un momento, en este momento perdón la redundancia, nosotros estamos manejando y eso es a nivel del país y a nivel nacional e internacional lo que se llama la política de seguridad del paciente, donde si tu comentas un error en un procedimiento con el paciente ¿Si? y que sea por alguno de los, de los factores como recarga laboral porque no cuento con el número de personas con las que debo contar o es un procedimiento que por mi competencia yo no debo rec, realizar, entonces yo no tengo fundamentos para decir que no lo debo hacer, entonces cuando uno tiene fundamentos para decir que no lo debo hacer. Debe dejarse claridad en eso de porque no se hace, porque por eso hay un equipo interdisciplinario que cada quien tiene un rol y por eso se habla de equipo de trabajo.”

E5: “a veces confundimos que se trabaja es en grupo, no, acá se trabaja es en equipo porque cada quien tiene un rol que debe cumplir, entonces yo como profesional de Enfermería tengo un rol, el medico tiene otro rol, la auxiliar otro, los terapeutas tiene

otro y eso se engrana para brindar una atención con calidad con oportu, con, que sea oportuno con los pacientes. Entonces yo sí puedo llegar y decir, hacer mi objeción de atención si no se cumplen con los parámetros que deben ser y eso como se da con conocimiento y conociendo lo que uno debe hacer.”

E5: “Bajo qué circunstancias, desde las normativas que se tengan, tanto institucionales como lo que yo me base de ley, que es lo que yo debo, yo debo saber que delego. Hay cosas que, el profesional de Enfermería es el que va lleva toda la responsabilidad de un servicio, entonces yo tengo que tener claro que es lo que estoy delegando, porque yo delego actividades pero no responsabilidades, entonces si yo, ósea yo delego esta actividad pero quien está a cargo de esa responsabilidad soy yo como profesional de Enfermería, entonces en un momento dado de que ocurra algo, a ti te van a llamar como profesional de Enfermería si tú eres el que estaba gerenciando ese servicio ¿Que paso? entonces por eso hablamos en un inicio, vigilancia, control de nuestro personal, cuando tenemos a cargo, de nuestro auxiliares, camilleros, lo que tengamos a cargo.”

Con el ánimo de responder la pregunta planteada al iniciar esta narrativa, al realizar el análisis de los datos recolectados mostrando lo que se ha encontrado, llegamos a un punto en que podemos responder dicha pregunta teniendo en cuenta todo lo visto anteriormente, “el deber ser” juega un papel muy importante por no decir principal en la delegación del cuidado. Eso sí, teniendo factores importantes dentro del ejercicio de la delegación los cuales facilitan o favorecen que esto se lleve a cabo. A pesar de tener una formación científica y analítica para generar cuidado estamos netamente ligados “al deber ser” tendiendo a ver la profesión como algo evidentemente caritativo y dejando a un lado que a pesar de tener una vocación también es un trabajo.

8.5. Narrativas relacionadas con las experiencias en la dimensión material del cuidado

La profesión de enfermería, tiene como fundamento de su quehacer el cuidado, debido a la constante interacción que se tiene con otros seres humanos, así que por esto, múltiples disciplinas se han interesado por tomar el cuidado como problema de investigación. Para así dar una visión más amplia de lo que, en un momento podría ser tan fácil de definir, realmente no lo es, y sobre todo cuando no hay una definición unificada dentro de una profesión como la enfermería. En esta investigación hemos observado que el concepto de cuidado se construye entre otras cosas gracias a la experiencia de cada profesional, por lo que es un concepto que no es estático, sino que por el contrario sufre múltiples transformaciones al ser decodificado y experimentado por el personal de enfermería:

E1: *“cuidado es mantener el bienestar del paciente mientras este bajo mi cargo (...) con el fin de que se mejore”*

Sin embargo esta noción de cuidado tiende a ser compartida no solo en profesionales de enfermería, sino también en la concepción que puede tener un auxiliar de enfermería acerca del cuidado, está implícito el hecho del bienestar de la persona a cargo:

A1: *“cuidar a un paciente es darle lo mejor de mí, brindarle todo el apoyo y todos los conocimientos que tengo,... para que se sienta agradecido, se sienta atendido (...)”*

A2: *“actividades de enfermería más bien las veo como tender la cama, o sea hay cuidados y hay actividades, arreglo y limpieza de unidad, cambiar el agua al*

humidificador, pues ya es un cuidado pues al fin al cabo protegemos, porque hay diferentes actividades y cuidados, actividades son aquellas que no influyen en cuanto hágalo o no lo haga, el paciente va a seguir en la misma condición y cuidados son que si yo hago eso o no lo hago si depende la evolución del paciente”

A5: “el cuidado de enfermería son todas aquellas cosas que se planean en pro de evitar todo lo que pueda afectar al paciente y las actividades es todo lo que nosotros hacemos dentro de esa planeación”

Estas concepciones acerca de lo que es el cuidado tienen en común que ambas están en pro de brindar un servicio al otro, para que este pueda sentirse bien o salir de una mala situación particular, sin embargo surge otra variable que puede cambiar este concepto, y es lo que se podría denominar una contraposición al concepto de “cuidado de enfermería” y es el concepto de “actividad de enfermería”, pareciera que no existe una concepción clara de si existe una diferencia entre los dos conceptos, y si la existe no está del todo clara en qué radica esta diferencia, están los profesionales y auxiliares de enfermería que toman los dos conceptos como un sinónimo, es decir “cuidado” y “actividad” se manejan bien sea como conceptos iguales, o como conceptos similares:

E1: “una actividad puede ser un cuidado (...) ósea para mí sería igual”

E2: “el cuidado de Enfermería está desarrollado por actividades, luego cuando a usted delega actividad se está delegando el cuidado indirectamente, vamos a mirar, elementos positivos, como no hay mucho personal y usted está cumpliendo labores administrativas que el sistema te exige pues lógicamente no tienes el tiempo de poderte relacionar a la

cabeza del paciente, luego el cuidado en estos momentos es lamentable que lo estemos dejando en manos de personas técnicas operativas que no tienen el conocimiento, e..., ni la habilidad para tomar una decisión, por lo tanto el cuidado en estos momentos lamentablemente lo están delegando”

A1: “en las actividades ya está el cuidado como tu hagas”

A4: “una actividad es hacer una nota de enfermería un cuidado de enfermería es estar con el paciente, realizar su baño, realizar su cambio de posición, estar pendiente de las necesidades del paciente, como estar más con el paciente, una actividad es hacer lo físico, como tener el registro, como hacer los registros de las notas de las hojas, esas cosas físicas como tal, pero cuando nos basamos más con el paciente, esos son cuidados de enfermería, aunque una nota de enfermería, también sería un cuidado, porque es un registro, pero es más una actividad que un cuidado”

A pesar de esto, como ocurre en todas las concepciones de cuidado, esta varía dependiendo los ojos que lo miren, de este modo también está la contraparte de esta postura, en aquellos que se niegan a aceptar como sinónimos o términos similares la actividad de enfermería al cuidado, principalmente porque el hecho de aceptar que la base de nuestra profesión se puede equiparar a una actividad no puede ser aceptada. Es claro para algunos profesionales de enfermería, que la “actividad de enfermería” corresponde a lo que se podría denominar un procedimiento netamente operativo, que no implique un conocimiento más a profundidad del tema, mientras que el cuidado es algo que va más allá de eso, en general los profesionales de enfermería nos expresan por sus experiencias y por su formación, que cuidar implica un conocimiento, implica una

responsabilidad e implica a su vez una mirada más profunda de lo que se está ejecutando, por lo que en su mayoría consideran que definitivamente el cuidado no se delega

E2: *“yo soy un enfermero de la vieja guardia, yo no delegaba cuidado, yo generaba el cuidado”*

E3: *“es diferente una actividad a un cuidado, una actividad es pasar una sonda, eso es una actividad, donde radica el cuidado?, el cuidado radica en las competencias que se requieren para pasar una sonda vesical (...) cuando una auxiliar de enfermería pasa una sonda se queda en la parte meramente técnica y operativa (...) el cuidado arranca en donde, el cuidado arranca en decirle a la persona, Doña Maria, Don Pablo, Don como se llame la persona, le vamos a colocar un tubo plástico a través del lugar por el cual usted orina, tiene como objetivo la finalidad de ese tubito, es sacarle la orina para tomarle una muestra, para medirle horariamente la orina, porque tal cosa, explíqueme al paciente en términos comprensibles lo que se le va a realizar, maneje la privacidad de la persona”*

E4: *“yo delego actividades que van a complementar mi cuidado, yo delego a la niña auxiliar, al personal auxiliar, yo le delego actividades que pueden realizar que tienen que ver con la integralidad del cuidado, pero yo no puedo delegar el cuidado, delego actividades, es simplemente eso, el cuidado yo no lo puedo delegar para mi parecer”*

Sin embargo ocurre algo particular con esta postura, si bien está claro que para profesionales de enfermería consideran que el cuidado no se delega, estamos evidenciando que la experiencia del personal auxiliar nos está dando otra visión, esto debido a que si tomamos una visión de cuidado basada en el concepto de “cuidado como trabajo”, veremos que, por ejemplo Carol Gilligan en su

trabajo define el cuidado como *“hacer algo o producir un determinado trabajo que participe directamente del mantenimiento o de la preservación de la vida del otro”* nos deberíamos preguntar entonces, si cuidar es realizar un trabajo para bienestar de los demás, entonces las actividades que realiza un auxiliar de enfermería como aseo, cambio de camas, o actividades de confort, ¿no están ayudando a mantener o preservar de manera indirecta la vida de otra persona? Además de ello a nivel formativo los auxiliares de enfermería están siendo capacitados en competencias como la administración de medicamentos, lo cual, se podría entender claramente como un cuidado de enfermería que en teoría no debería ser delegado y debería ser competencia exclusiva del profesional de enfermería pero lo que observamos en las experiencias narradas por auxiliares de enfermería, reflejan otra cosa.

A2: *“en urgencias... el auxiliar coloca medicamentos”*

A3: *“en la segunda rotación que vivimos si fue para enseñar a administrar medicamentos, vías de administración, pues medicamentos”*

Por otra parte los entrevistados dieron algunas condicionantes o situaciones especiales en las cuales el cuidado toma otro significado, uno de los más importantes es el sistema de seguridad social en el cual el profesional o auxiliar de enfermería desempeña su labor, esto según las voces de las personas entrevistadas sin duda ha condicionado la forma en la cual se da cuidado y en la cual nuestra profesión se está desempeñando en el área clínica. El aspecto de competitividad económica que se exige para instituciones de salud cuando entra en vigencia el actual sistema de salud, obligó a muchas instituciones prestadoras de salud a reducir de forma importante su personal profesional, debido principalmente al alto costo que representa mantener un personal altamente capacitado y en su lugar se reemplazó con personal técnico el cual por una parte es

mano de obra más económica que el profesional y por otra parte podía suplir en gran medida ese déficit de personal profesional en el país, factores que fueron expresados por los entrevistados:

E2: *“pareciera que para nuestro sistema de salud lo más importante no tanto es el cuidado si no la cuestión económica, el rendimiento, la mejora en los tiempos de movimiento, la eficacia, la efectividad pero en términos económicos, no en términos de la necesidades de los pacientes (...) yo no delegaba cuidado, yo generaba el cuidado, fue a partir de algunos procesos en donde por ejemplo, cambio nuestro sistema de salud en los años noventa y noventa y tres con la ley cien, que ahora ese cuidado que uno daba directo, (...), fue reemplazado por los procesos administrativos pero en mi formación quedo muy claro y muy grabado que yo (...), hago cuidado y no delego el cuidado, pero en este sistema, el cuidado se está dejando, a..., en forma operativa a otras personas como los técnicos o los auxiliares de Enfermería (...)”*

Hay incluso, entre las voces captadas de nuestros entrevistados, un temor real ante el actual sistema de salud en cuanto a la productividad y la necesidad de conservar un personal que, claramente es más costoso para la institución y para el sistema de mantener como lo son los profesionales, debido a que el alto número de pacientes, la carga laboral excesiva y la falta de personal está llevando a que el cuidado de enfermería lo estén realizando (según las voces de los entrevistados) el personal auxiliar de enfermería, tomando un ejemplo un profesional de enfermería nos refiere lo siguiente:

E3: *“un día de estos vamos a sobrar los profesionales de enfermería, porque si hay alguien mosca, arriba en la dirección médica que dice "oiga pero las jefes solamente*

están ahí sentadas revisando, podíamos poner una secretaria y los auxiliares son los que están haciendo todo. Realmente sale más barato tener una secretaria y es mucho más barato tener un auxiliar de enfermería, o sea la jefe nos vale el triple o nos vale el doble ... mejor dicho con una jefe podemos pagar una auxiliar y podemos pagar una secretaria, porque la secretarias finalmente podría revisar las historias diría yo, y pedir los medicamentos, ... es que ni siquiera notas de enfermería están haciendo los profesionales de enfermería, tú vas a una nota de enfermería y siempre la ha escrito es el auxiliar”

Las implicaciones económicas con respecto a las actividades que están realizando el personal profesional de enfermería, con llevan a reevaluar su permanencia en un servicio de enfermería, debido a que la labor de muchos de los profesionales la está realizando el auxiliar de enfermería.

E1 “teniendo en cuenta todo lo que nos implica lo que es la actividad de medicamentos que ahorita pues legalmente esa parte a mi me preocupa pues porque la gente no es porque lo haga de mala intención, sino empiezan a ocurrir eventos adversos por X, Y o Z y pues eso puede llevar a implicaciones legales ahora muy graves (...)a mi esa parte legal siempre me ha preocupado, m..., hay médicos que también los he visto implicados, en casos, duros, y la ley ahí sí porque eres enfermera o porque no, te juzgan el hecho y ya, y, lo claro que tengo es que si esto está escrito y respaldado por notas de Enfermería, bien, ósea las notas te hundan o te salvan, cualquiera de las dos”

E2: “es más importante lo económico (...) que, que ese cuidado, el otro elemento que me parece interesante, es que he..., existen una serie de inequidades importantes y..., aquí se

contratan a los enfermeros independientemente que sean profesionales o auxiliares de Enfermería (...)se contratan y se les pone una carga muy alta, porque es que lo importante en este sistema, es el rendimiento económico, no la persona, entonces usted puede mirar dentro de una institución y el día de mañana te sacan porque ya no cumples con los criterios mínimos de calidad, y eso..., me parece inhumano. También me parece, e..., inhumano que..., por ejemplo le estén echando la culpa a las enfermeras de los procesos de deshumanización que hay en el sistema, entonces por ejemplo si alguien se queja, de una enfermera, castigan a todo el mundo y entonces todas la enfermeras, las terminan mandando hacer cursos de humanización porque todas las enfermeras están deshumanizadas, pero pongamos el ejemplo de un médico, el medico (...) antes de los años (...), noventa veía ..., dos máximo tres pacientes en una hora, se le ofrecía o treinta minutos o veinte minutos por paciente, con el cuento de la, con el cuento de..., los procesos económicos mundiales, entonces en estos momentos, un médico tiene que ser muy productivo, entonces algunas instituciones el medico tiene que ver a una persona en quince minutos, y, en una hora en otras instituciones tiene que ver a seis personas (...)el medico hoy ya no se interesa porque el sistema no le permite, los intereses por la salud del otro si no venga ¿Usted a que viene? No, es que yo vengo porque me duele el abdomen y me duele una pierna, no , no ,no, dígame usted a que viene, porque yo no puedo colocar esas dos cosas porque entonces el sistema no lo permite (...)no creo que un médico haya estudiado toda la vida, para ser la persona inhumana, o una enfermera haya estudiado para hacer el mal (...) entonces porque castigan a las personas (...) con cursos de humanización (...) cuando lo que tienen es que incrementar, el número de enfermeras, incrementar el número de médicos, mejorar esas calidades para que la

calidad humana no se pierda, pero si a usted le piden productividad ¿qué más puede hacer?”

E3: “la tecnológica, cada vez aleja más al profesional de Enfermería de la persona sujeto de cuidado, porque, porque ahora el profesional de Enfermería esta frente a un computador, he..., escribiendo hasta mentiras diría yo, porque este profesional de Enfermería, cuando le mira la cara al paciente y lo valora y lo revisa y lo ausculta y lo percute (...) o bueno no solamente eso, le pregunta ¿Como esta?, es que con el solo hecho de tu preguntarle y saludar a la persona y decirle, usted ¿Como esta? y creo que ya uno está ejerciendo ese tema de la valoración de Enfermería, Pero desafortunadamente, ya ni siquiera la cara miramos a nuestros pacientes, ¿Si?, recibimos el turno y ni siquiera miramos como están, como amanecieron, cuando vamos administrarle los medicamentos ni siquiera los miramos, es que ni siquiera miramos a los pacientes, y es una manera, yo digo que es el tiempo que uno tendría para darle la, la chequeadita, preguntarle como amaneció, como esta, como se siente, tocarle la barriga si es lo que le duele, cogerle la mano si es que esta triste pero no ósea, hoy en día estamos dedicados es a manejar la bomba de infusión, poner el medicamento y sentarnos detrás de un computador”

El personal auxiliar de enfermería, también comparte la percepción de un déficit del cuidado o de la calidad de este, debido a las condiciones en las cuales están implícitos por las exigencias del sistema de salud, basado principalmente en menor personal y mayor productividad.

A1: *“en cierto modo si sé que les estoy dando (cuidado), pero a veces yo mismo me miento porque no se los puedo dar a todos, cuando estas en expansión, no a todos les puedes brindar el cuidado que ellos quieren, cuando estas por ejemplo en reanimación , a tu paciente les dedicas el tiempo porque no son tantos, pero en expansión que son a veces hasta 80 hasta 90, como puedes tu darle a las misma 90 personas 1, ósea es muy imposible. Antes uno se vuelve un poco más selectivo y sabes quien tiene un poco más de prioridad que otros, entonces es como por dentro tú te sientes mal pero sabes que no puedes hacer todo eso al tiempo e intentas dar lo mejor”*

A4: *“a veces es tanto el volumen de pacientes que digamos el jefe no tiene en cuenta todos los pacientes, no los tiene presentes en su memoria entonces el auxiliar de enfermería, vamos y miramos al paciente decimos, jefe está pasando esto con esto con el paciente, entonces el jefe dice como esta de tensión, entonces bueno pasémosle un bolo de líquidos, el paciente no puede respirar bien, entonces como está la saturación, entonces para mejorar la saturación cambiémoslo a ventury o llamemos al médico entonces nosotros vamos hacer esas actividades para la mejoría del paciente”*

A5: *“para nosotros cuidar va con proteger y generalmente cuando nosotros cuidamos nos tratan siempre de reflejar una palabra que inclusive en enfermería superior se ha visto que es trata a esa persona como tratarías a un familiar, eso es algo que nos han enseñado pero en la formación como auxiliar de enfermería aparte te dicen, tú tienes que rendir, tú tienes determinados pacientes y tienes que atenderlos supremamente rápido y eso si es un defecto porque a veces todo se mecaniza”*

El concepto de trabajo históricamente, ha estado relacionado con las actividades intercambiadas por dinero, tal como Adam Smith lo menciona en su trabajo “la riqueza de las naciones” en 1776, en la cual establece las leyes que rigen entre otras cosas la reproducción, circulación y consumo de los bienes materiales, aunque allí no se hace mención a qué tipo de reproducción se está hablando, es el punto de partida del pensamiento capitalista de producción, Smith en su trabajo hace referencia a la importancia del trabajo realizado por la mujer en la sociedad, en particular aquellas que tenían relación con la crianza y la educación de los hijos, para que estos se convirtieran a futuro en “trabajadores productivos”, pero a este tipo de actividades no se les reconoce un valor económico (Carrasco, 2006), esta teoría tuvo continuidad con la teoría del trabajo industrial como base de la riqueza (Carl Marx). Todas estas teorías económicas apuntan al trabajo como empleo, es decir trabajo dentro de la lógica del intercambio de bienes, esto se ha replanteado en parte por luchas sociales de tipo feminista principalmente, desde las cuales, estas visiones están desconociendo aquellos trabajos necesarios para la reproducción de la fuerza de trabajo, es decir aquellos trabajos o actividades inmersos en el ámbito de lo privado, entre los cuales se encuentra el cuidado del hogar.

La propuesta de la economía feminista trata de *“elaborar una visión del mundo social y económico que integre todos los trabajos necesarios para la subsistencia, el bienestar y la reproducción social y tenga como principal objetivo las condiciones de vida de las personas”* (Carrasco, 2010). Esta lógica de mercado propuesta como alternativa a la forma de reproducción de economía clásica, ha tenido su inicio en los años 70 por medio de las luchas feministas que se revelaban contra el modelo existente de reproducción económica basada en las teorías de la reproducción Marxista, esta revolución no consistía en incluir a las mujeres en la lógica de

reproducción ya existente, sino de la inclusión y la visibilización de este tipo de trabajos con la importancia que tienen en la sociedad.

El cuidado ha sido catalogado como un trabajo inmerso, según las lógicas de mercado clásicas, dentro de un ámbito de lo privado, lo cual significa que socialmente no hay un reconocimiento económico de este tipo de labor, sin embargo al hacer un análisis desde esta perspectiva de visibilizar el cuidado como trabajo, conlleva a un problema de esquema, en cuanto esto significaría establecer un salario para aquellos trabajos no asalariados.

Una de las principales características del cuidado como actividad, es, como lo señala Pascale Molinier (2005), su invisibilidad socialmente hablando, debido principalmente a que, el cuidado ha estado históricamente en el ámbito de lo privado, por lo cual volverlo visible es una de los principales retos de la concepción de “cuidado como trabajo”. Se propone básicamente dar un valor en términos remuneración económica en función del tiempo gastado en esta labor, perspectivas como la economía del cuidado, ha dado algunas bases del valor que tienen algunos tipos de trabajos para la sociedad, sin embargo existe una cuestión a considerar de esta perspectiva, y es el déficit de estudios que se realizan acerca del cuidado dentro de un sistema de mercado, en el cual están involucradas todas las profesiones dedicadas a cuidar.

Para establecer el valor que tiene y que debería tener una labor como el cuidado es necesario hacerse una pregunta fundamental, y esta es ¿los trabajadores del área de la salud sienten que su labor es bien reconocida en términos económicos?, esta es una cuestión bastante subjetiva, puesto que en general dentro de un mercado de cuidados (en el cual está inmersa la enfermería), se tiende mucho a realizar comparaciones, es decir un trabajador puede no ser bien remunerado.

A1: *“yo diría pues a veces no intento ser como conformista pero diría que es, es bastante bien a comparación con otros sitios que he escuchado que les pagan 800, ósea me llevo a quejar aquí, entonces mas no me pueden dar, diría yo, antes diría, está bastante bien la verdad”*

A esto se le suma otra cuestión, y es si en realidad se considera el cuidado como una actividad bien remunerada socialmente, pero para ello hay que tener en cuenta la dificultad o la importancia que implica el cuidar, la cual básicamente puede ser determinada en el momento en el que falta.

En cuanto a la carga que implica cuidar y lo que debería valer en términos económicos esta labor se puede afirmar entonces que si hacemos una comparación de tiempo, carga y responsabilidad versus remuneración, el cuidado está lejos de ser una actividad bien reconocida y más si tenemos en cuenta que el trabajo de cuidado en enfermería está relacionado directamente con el cuidado a la salud y la vida de un ser humano, entonces se entraría a cuestionar ¿tiene algún valor económico la vida y la salud de un ser humano? Y si lo tiene ¿Cuál es ese valor?

A2: *“esto es una profesión que amerita mucho esfuerzo, mucha dedicación mucha concentración mucha dedicación mas que todo, que llamo yo a dedicación, pues no es fácil venir a exponerse a tantas cosas que la gente puede llegar a tener y uno pues también es ser humano como ellos, uno siente, entonces es ahí cuando pasa, como se sabe si el sueldo, es si es bueno o es bueno, miremos y hagamos una estadística de la condición de los enfermeros, la condición de los auxiliares de enfermería y la mayoría de nosotros, al diez si mucho diez del mes once del mes ya pelados, uno el mismo día ya está pelado el día que paga, eso se radica, sirve o no sirve, no pues al fin y al cabo todo*

el mundo anda pelado, entonces el sueldo a la gente no le alcanza para nada, son más las deudas que lo que gana. Yo creo que un sueldo para auxiliar de enfermería, debería ser como el de la jefe, porque la jefe acá es que ustedes es que no es que ganen nada, como dos o dos cien, cinco años más de educación en una carrera y se ganan que seiscientos más que nosotros, y tampoco es justo, porque la educación es la educación y el que se educa es el que tiene la posibilidad de desarrollar”

A3: “o sea porque la remuneración es muy baja para todo lo que uno se jode, eso es muy bajo igual nosotros tratamos con vidas, si usted está en un taller de ornamentación y no pudo y le quedo mal una ventana usted la desbarata y la vuelve a armar, en cambio con la vida de las personas no, entonces se maneja el estrés la carga laboral, se maneja el cansancio, o sea todas esas cosas que un auxiliar de enfermería, por más años que lleve va a tener un desgaste total (...)y fuera de eso el sistema de salud como esta tan degradado totalmente pues los pacientes y los familiares siempre se desquitan con uno con el personal de enfermería, lo tratan mal a uno y llegan donde el medico como unas uvitas (risas) entonces siempre por toda la recarga laboral, si es muy bajo, muy mal remunerado”.

E2: “Porque la mayoría te van a decir, no es que estamos mal remunerados, mira todo lo que hacemos. Si pero es que usted aceptó ese trabajo, aceptó esas condiciones y si las condiciones no son adecuadas y usted permitió que le impusieran en sus hombros una carga administrativa y retiraran el trabajo que uno debe realizar, pues entonces

realmente no hay punto de comparación, no se queje (...) y haga lo que tiene que hacer (...) para lo que lo contrataron.”

E4: “aunque ceo que acá en... el salario no es malo, yo considero que las privaciones que tiene uno en esta profesión no le compensa con todo el dinero del mundo, o sea con nada le pagan a usted todo lo que usted hace y pues es bien sabido que al finalizar uno no lo hace por un agradecimiento pero pues ni siquiera el agradecimiento va para uno, el agradecimiento va siempre para la parte medica”

E5: “Des afortunadamente en Colombia no, ósea en las instituciones que sé, que se ha visto acá y en las que he tenido otras oportunidades de trabajar, no se tiene mucho en cuenta, digamos lo que tú te has preparado para que así mismo recibas una remuneración de acuerdo a tu preparación académica o el recorrido que tu tengas como la experiencia laboral. Porque en estas profesionesm, lo bonito es que uno día a día va creando es una mayor experiencia para poder brindar un mayor cuidado, eh..., la mayoría de instituciones es muy raro que a ti, son muy pocas que te tengan en cuenta que tú tienes una especialización y te van a pagar un poco más por esa especialización por ejemplo, o que tengas la maestría, no no, es muy raro, por eso muchas veces uno dice que es más vocación que por la remuneración que uno pueda recibir pero hay otras cosas que no lo da la remuneración, la satisfacción personal”

Esta concepción de una mala o baja remuneración por un trabajo que implica una gran cantidad de responsabilidades e implica muchas consecuencias para el trabajador que lo realiza, tiene

algunas raíces o causas, para lo cual se debería observar cual es el origen mismo del cuidado en nuestra sociedad, hay que tener en consideración que cuidar ha sido históricamente considerado como un acto naturalizado, lo cual no significa otra cosa que es una actividad que se suponía era característica implícita del género femenino, por lo que, según esta concepción, no debería tener ningún valor en términos económicos, y pareciera que ese peso cultural aun continua teniendo un enorme peso en el reconocimiento que actualmente tiene el cuidado dentro del mercado laboral.

E1: “Lo que pasa es que nosotros como enfermeros desde la parte cultural (...) por decir con respecto al profesional médico, yo que sé, estamos como por debajo, si, y siempre, ósea no sé hasta cuándo vamos a estar así pero eso es algo cultural que viene muy de atrás, ¿Por qué? Porque como antes pues el cuidado, lo daban sin costos, sin cobrar, era por caridad, las hermanas, que ahí, es de donde nace todo, entonces..., todo eso hace que de pronto los sueldos como enfermero no sean (...) como tal a nivel de un profesional, si, entonces por decir un abogado, si, un médico, si no siempre va a estar como por debajo porque nos ven como..., como que le..., como algo de beneficencia, como algo así, como que..., si, como que no tiene costo y pensaría que pues no le dan el valor real (...) hay gente que tiene el concepto es de servir, si, entonces ella está ahí es para que me sirva, entonces (...) por eso no, los sueldos pienso que no son muy bien remunerados, igual por ejemplo que veo yo”

Por otra parte hay otras variables a tener en cuenta cuando se analiza la razón por la cual el cuidado es un trabajo que no está bien remunerado, y el sistema de salud toma un importante peso, debido a que con el cambio de sistema, se implementan nuevas concepciones acerca de lo

es verdaderamente importante, así pues, el personal de salud debe tener características como la eficiencia para aumentar su productividad, lo cual nos convierte en miembros de un sistema marxista en el cual prima la producción económica, lo cual, claramente tiene implicaciones sobre el actuar del profesional de enfermería, al pasar de tener responsabilidad únicamente por el cuidado directo con el paciente a tener otras responsabilidades alternas al cuidado como las funciones administrativas o aquellas propias del sistema mas no del paciente.

E2: *“pareciera que para nuestro sistema de salud lo más importante no tanto es el cuidado si no la cuestión económica, el rendimiento, la mejora en los tiempos de movimiento, la eficacia, la efectividad pero en términos económicos, no en términos de la necesidades de los pacientes (...) El cambio nuestro sistema de salud en los años noventa y noventa y tres con la ley cien, que ahora ese cuidado que uno daba directo... fue reemplazado por los procesos administrativos (...)¿Si?, es más importante lo económico (...) que, que ese cuidado, el otro elemento que me parece interesante, es que he..., existen una serie de inequidades importantes y..., aquí se contratan a los enfermeros independientemente que sean profesionales o auxiliares de Enfermería, no hablo de género, hombres y mujeres por igual, si, se contratan y se les pone una carga muy alta, porque es que lo importante en este sistema, es el rendimiento económico, no la persona, entonces usted puede mirar dentro de una institución y el día de mañana te sacan porque ya no cumples con los criterios mínimos de calidad, y eso..., me parece inhumano, también me parece, e..., inhumano que..., por ejemplo le estén echando la culpa a las enfermeras de los procesos de deshumanización que hay en el sistema, entonces por ejemplo si alguien se queja, de una enfermera, castigan a todo el mundo y entonces todas*

la enfermeras, las terminan mandando hacer cursos de humanización porque todas las enfermeras están deshumanizadas, pero pongas el ejemplo de un médico, el medico (...) antes de los años e..., noventa veía..., dos máximo tres pacientes en una hora, se le ofrecía o treinta minutos o veinte minutos por paciente, con el cuento de la, con el cuento de..., los procesos económicos mundiales, entonces en estos momentos, un médico tiene que ser muy productivo, entonces algunas instituciones el medico tiene que ver a una persona en quince minutos, y, he una hora en otras instituciones tiene que ver a seis personas”

9. Conclusiones

9.1. Definición de la delegación del cuidado

La delegación en enfermería es un concepto que, en auxiliares y profesionales de enfermería, tiene su significado ligado a la experiencia de cada uno, por lo cual no es posible dar una definición unificada de dicho concepto, esto ha llevado a que, sea necesario realizar más estudios relacionados con el tema de delegación en enfermería, para lograr así un mayor aporte a esta.

Una de las razones principales por las que los profesionales están siendo forzados a delegar funciones sin la supervisión que exige la ley, es la alta carga laboral a la que se ven sometidos por el sistema en el cual se está inmerso, lo cual se traduce en un excesivo número de pacientes por un escaso personal, lleva a que, tanto el profesional como el auxiliar de enfermería, estén actuando por fuera de la ley⁴.

El uso del poder por parte de profesionales de enfermería, es un condicionante importante que a menudo se considera a la hora de la delegación de funciones, y por ello el profesional tiene en

⁴ ley 911: “El profesional de enfermería, con base en el análisis de las circunstancias de tiempo, modo y lugar, podrá delegar actividades de cuidado de enfermería al auxiliar de enfermería cuando con su juicio, no ponga en riesgo la integridad física o mental de la persona o grupo de personas que cuida y siempre y cuando pueda ejercer supervisión sobre las actividades delegadas”

cuenta las capacidades que tiene el personal sobre el cual recae la delegación, a pesar de tener claro la responsabilidad legal que esto implica.

Por parte de los auxiliares la delegación de funciones se percibe como una recarga de trabajo extra a la que ya se tiene establecida, además de esto, existe una delegación ejercida por parte de las instituciones, la cual no cumple con los requisitos de supervisión exigida por la ley, lo que expone a los auxiliares de enfermería a implicaciones de tipo legal.

9.2. Dimensión emocional del cuidado

El cuidado constituye una interacción constante entre seres humanos, esto lleva a que haya una carga emocional importante a la hora de cuidar, esto ha llevado a que la alta carga laboral que tienen tanto profesionales como auxiliares de enfermería de un ámbito clínico, constantemente tengan emociones negativas como la frustración, derivada del cuidado.

La calidad del cuidado que brindan tanto profesionales como auxiliares está condicionada por el control de las emociones que pueda tener a la hora de dar cuidado, es por esto que se hace necesario, que tanto instituciones prestadoras de salud, como instituciones educativas, trabajen el tema de la educación emocional para el personal de enfermería, y así mejorar la calidad de cuidado brindado.

La profesión de enfermería está constituida por un equipo de trabajo, en el cual el clima laboral interno negativo, expresado en el abuso del poder por parte del profesional, está condicionando la carga emocional del personal de enfermería, lo cual altera la calidad de cuidado que está siendo brindada a los pacientes.

En conclusión, cuidar, es un acto que tiene una alta carga emocional, por lo cual el trabajador, sea profesional o auxiliar de enfermería, están siendo llevados a una constante frustración por no tener una formación en el control adecuado de sus emociones, esto causa a su vez que la calidad del cuidado que se brinda no sea la mejor, por ello es necesario que las instituciones de salud y las instituciones educativas, trabajen en la formación emocional de sus trabajadores, y de esta manera se verá reflejado en una mejora importante de la calidad del cuidado brindado.

9.3. Dimensión moral del cuidado

Teniendo en cuenta que la dimensión moral de cuidado, implican todos los conflictos éticos y morales de cuidar, se encontró una percepción incompleta o insuficiente por parte de los auxiliares de las consecuencias legales que tiene la delegación dentro de un ámbito clínico, y aunque los profesionales de enfermería si tienen una claridad de cuáles son las consecuencias legales que implica delegar a auxiliares de enfermería, tienen un constante conflicto moral, en cuanto están siendo obligados a actuar por fuera de la ley establecida, ya que no es posible ejercer una supervisión al personal sobre el que recae la delegación.

Debido al conflicto moral al cual se ven enfrentados constantemente en su quehacer dentro de un ámbito clínico, se hace necesario que tanto profesionales como auxiliares de enfermería, tengan una mayor apropiación de sus labores y responsabilidades, para que de esta manera haya una mayor claridad acerca de las consecuencias legales que tiene la delegación del cuidado, pero para esto también es necesario el establecimiento de una norma para enfermería que sea incluyente tanto para el profesional como para el auxiliar de enfermería, en la cual se aclaren las responsabilidades de técnicos y profesionales de enfermería

9.4. Dimensión material

Históricamente, el cuidado ha estado inmerso en una serie de actividades que permanecen en el ámbito de lo privado, esto ha llevado a que no se establezca cual es el valor social y económico que este tiene, ya que, dentro de una lógica de economía formal, basada en una perspectiva de mercado capitalista, solo aquellas actividades que implican intercambio de bienes o ganancias son considerados como un trabajo, actividades como el cuidado pasan a un segundo plano. La enfermería ha sido afectada por esta invisibilización, en términos de remuneración económica, debido a que en la actualidad aún se tiene la noción de cuidado como actividad propia de la mujer en su hogar, es decir en el ámbito de lo privado, y, a pesar de que múltiples perspectivas de economía actual, critican las lógicas de economía clásica, como la denominada economía del cuidado, aún hay un déficit en los estudios relacionados con los trabajos formales que brindan cuidado, entre los cuales se encuentra la enfermería.

En los profesionales y auxiliares de enfermería, aún permanece la idea de una mala remuneración de su trabajo, lo cual es causado principalmente por el significado social que tiene esta labor dentro de la economía actual, ya que está ligado a la idea de feminización del cuidado, sin embargo si hay una concepción acerca de la importancia que tiene su trabajo, que en concordancia con lo encontrado en la literatura, es un afán por visibilizar el cuidado para que de esta manera tenga un reconocimiento económico acorde con la responsabilidad y el esfuerzo que este implica.

Es necesario desligar el cuidado de estas concepciones y significados sociales actuales, que establecen el cuidado como un sinónimo de compasión y entrega por el otro ser humano, lo cual ha impedido que el cuidado sea reconocido finalmente como un trabajo, para ello se hace

necesario una mayor cantidad de estudios realizados acerca del reconocimiento económico que debe tener el cuidado en el ámbito formal, para que de esta manera los trabajadores de salud, tengan más herramienta para establecer cuál es la remuneración real de su labor.

10. Recomendaciones

- 1) Incluir en la legislación de enfermería, incluir la responsabilidad ética legal, como ocurre en otras profesiones, como la ingeniería, la cual tiene establecido en la ley 842 del 2003 (código de ética para el ejercicio de la ingeniería en general y sus profesiones afines y auxiliares)
- 2) Se hace necesario establecer protocolos dentro de las instituciones de salud que regulen, el proceso de delegación de profesionales a auxiliares de enfermería, de esta manera se tendría claro que se puede delegar y que no se puede delegar, a partir de un consentimiento informado de enfermería, que conste al usuario cuales son las acciones o actividades no puede delegar.
- 3) Las instituciones deben aumentar su fuerza laboral en términos de profesionales y auxiliares de enfermería, contribuyendo a garantizar el cuidado de enfermería de calidad,

debido a que el principal problema que se encontró fue la alta carga laboral por el déficit de personal.

- 4) El cuidado debe ser visibilizado como trabajo, pero para ello debe haber una remuneración de acuerdo a la responsabilidad que se tiene.

- 5) Las instituciones educativas, y las instituciones prestadoras de salud pueden trabajar en la formación y abordaje emocional del personal de enfermería debido a la carga emocional que representa el cuidado en el trabajador y las situaciones límite con que se enfrentan en su trabajo cotidiano

- 6) Se necesita definir rangos de remuneración económica a nivel nacional, que incluya la responsabilidad que tiene el cuidar con la formación académica

11. Referencias

- Arango, L., & Mollinier, P. (2011). el trabajo y la ética del cuidado. Medellin , Colombia: carreta editores.
- Biglia, B. (2009). La construcción de narrativas como método de investigación psicosocial. Prácticas de escritura compartida. Obtenido de: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewFile/1225/2666>
- Boff, L. (2002). *El cuidado esencial*. Madrid, España. Trotta.
- Cano, M. d. (2004). Florence Nightingale, la primera gran teorica de enfermeria. revista cubana de enfermeria.
- Carrasco, C., (2010). La economía del cuidado: planteamiento y desafíos pendientes. (Madrid). Obtenido de: http://www.revistaeconomicacritica.org/sites/default/files/revistas/n11/REC11_9_intervenciones_CristinaCarrasco.pdf
- Carrasco, C., (2006). La economía feminista: una apuesta por otra economía: obtenido de: <http://obela.org/system/files/CarrascoC.pdf>

- Carrasco, C., bordeiras, c., & torns, t. (2011). el trabajo de cuidados, historia, teoría y políticas. Madrid: catarata.
- Cisneros, f. (22 de agosto de 2002). introducción a los modelos y teorías de enfermería. Obtenido de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>.
- Congreso de la república. (2004). ley 911 de 2004. Obtenido de http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf.
- Consejo internacional de enfermería. (noviembre de 2014). definición de enfermería . Obtenido de www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing.
- Domínguez, E. (2013). La investigación narrativa en psicología: definición y funciones. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n3/v30n3a09>
- Esquivel, v. (2011). la economía del cuidado en américa latina: poniendo los cuidados en el centro de la agenda. Obtenido de http://www.americalatina genera.org/es/documentos/Atando_Cabos.pdf .
- Fascioli, A. "ética del cuidado y etica de la justicia en la teoria moral de carol Gilligan". revista ACTIO No 12. 2010
- Gasull, M. (enero de 2005). la ética del cuidar y la atención de enfermería . Obtenido de <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/1242/1/31802tfc.pdf>.

http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_27.pdf

- Jaramillo, e. (2010). dilemas éticos en la profesión académica contemporánea frente al marco dominante de reconocimientos a la productividad. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/340/34012514004.pdf>.
- Lopez, S. (2000). Implicación emocional en la práctica de la enfermería. Obtenido de: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5120/1/CC_07-08_20.pdf
- Ministerio de educacion . (febrero de 2006). ley 266 de 2006. Obtenido de http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf.
- Ministerio de Salud. (4 de Octubre de 2013) De la investigación con seres humanos. Obtenido de [http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993 - Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993_-_Salud.pdf)
- Nure Investigación, n° 27. Recuperado de
- OMS. (13 de noviembre de 2014). definición de enfermería . Obtenido de www.who.int/topics/nursing/es/.
- OPS. (1964). guia para el adiestramiento de auxiliares de enfermería en américa latina. Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1139/a246075.pdf?sequence=1>.
- Oto Carrasquer, p. (2013). el redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología . cuadernos de relaciones laborales, 91-113.
- Paz, g. d., & Hernández. (2004). la enfermería como disciplina profesional holística. revista cubana de enfermería.
- RAE. (s.f.). definición de enfermeria . Obtenido de lema.rae.es/drae/?val=enfermería.

- RAE. (s.f.). delegar. Obtenido de <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=GKr9OIqI8DXX23ev5TVr>.
- Reacio Cáceres, c. (2010). familismo, asistencialismo y precariedad. la configuración del empleo en el sector de atención a las personas en españa. alternativas, 19-43.
- Rosello, f. (2002). ética del cuidar, fundamentos, contextos y problemas. mapfre.
- Salamanca, A. (2007). Muestreo en la investigación cualitativa.
- Sapag, m. (2009). bioética, al encuentro de una conciencia.

ANEXOS

Anexo 1: Documento de consentimiento informado para entrevista

Este formulario de **consentimiento informado** está dirigido a profesionales y auxiliares de Enfermería del área clínica a los cuales se les invita a participar en la investigación de título: **NARRATIVAS SOBRE LA DELEGACIÓN DEL CUIDADO DE AUXILIARES Y PROFESIONALES DE ENFERMERIA**

Nosotros, Christian Camilo Cañas Aponte, Fidel Eduardo Cruz Parrado, Irma Milena Rueda Niño y Cristian David Ruiz Nova, somos estudiantes de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, estamos realizando una investigación acerca de la delegación del cuidado de Enfermería para lo cual le vamos a brindar la información e invitarlo a participar de dicha investigación. No tiene que decidir hoy si participa o no en esta investigación, y antes de decidirlo puede hablar con alguien para que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras o términos que no entienda durante el proceso para lo cual usted podrá preguntarnos y así darnos el tiempo de explicarle, si tiene alguna pregunta podrá hacerla a cualquier miembro del grupo.

Objetivo general de la investigación:

Narrar las experiencias sobre la delegación del cuidado en profesionales y auxiliares de enfermería

Propósito de la investigación:

Contribuir con la comprensión sobre la delegación del cuidado de enfermería que realiza en instituciones de salud, organizaciones nacionales de enfermería, auxiliares y profesionales.

Evidenciar que cuando se delega el cuidado de enfermería no se tiene claro si se delega el cuidado o actividades de enfermería.

Evidenciar la responsabilidad ético-legal del profesional de enfermería cuando delega actividades o el cuidado de enfermería.

Evidenciar la responsabilidad ético-legal que asumen los auxiliares de enfermería cuando realizan actividades de cuidado delegadas por la institución de salud o por auto-delegación.

Riesgos de participar en la investigación:

No hay ningún riesgo físico o mental por la participación en esta investigación.

Beneficios de participar en la investigación:

Se le darán a conocer los resultados una vez finalizada la investigación.

Participación voluntaria:

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o no hacerlo, y usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Confidencialidad y privacidad:

Para proteger el anonimato de las personas cambiaremos su nombre, los archivos de audio y escritos solo serán manipulados por los investigadores y/o la asesora de esta.

Descripción del proceso:

Durante la entrevista se indagará acerca de su experiencia en la delegación del cuidado de Enfermería, dicha entrevista será grabada para posteriormente analizar y comparar resultados y así obtener una conclusión.

Duración:

La entrevista tendrá una duración aproximada de una hora durante la cual usted podrá hacer pausas si así lo desea.

Si usted tiene cualquier pregunta luego de terminar la entrevista puede contactar a las siguientes personas:

Christian Camilo Cañas Aponte

Celular: 311 864 2270

Correo: ccanas@javeriana.edu.co

Fidel Eduardo Cruz Parrado

Celular: 311 555 8915

Correo: fidel.cruz@javeriana.edu.co

Irma Milena Rueda Niño

Celular: 321 497 2243

Correo: rueda.i@javeriana.edu.co

Cristian David Ruiz Nova

Celular: 320 473 2919

Correo: cristian.ruiz@javeriana.edu.co

Edilma Marlen Suarez Castro (asesora)

Celular: 300 890 4190

Correo: emsuarez@javeriana.edu.co

He sido invitado a participar en la investigación acerca de la delegación del cuidado de Enfermería, he sido informado/a acerca de los riesgos y beneficios de participar en ella y se ha proporcionado los nombres de los investigadores y asesora de la investigación para ser contactados.

He leído la información proporcionada y he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella, acepto de manera voluntaria participar en esta investigación y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____

Anexo 2: Entrevista guía

Datos sociodemográficos

Nombre:

Años de experiencia laboral:

Institución educativa:

Título obtenido:

Sitio de trabajo:

Tipo de contrato actual:

Área de trabajo actual:

-
1. ¿Por qué decidió estudiar A.E. o E?
 2. ¿durante su formación le explicaron que era la delegación?
 3. ¿Qué entiende por delegar el cuidado?
 4. ¿Qué experiencia ha tenido con la delegación del cuidado?
 5. Cuénteme ¿Cuál fue la situación que llevo a la delegación del cuidado?
 6. ¿Qué sentimientos y juicios le genera a usted la delegación?
 7. ¿Cree usted que el salario que devenga compensa la realización de las actividades que le son delegadas? ¿Qué lo compensaría?
 8. ¿Cree usted que debe haber una empatía entre el auxiliar de enfermería y el/la profesional? ¿Por qué?
 9. ¿Está usted de acuerdo con la delegación?
 10. ¿Ha tenido alguna experiencia negativa o positiva con la delegación?
 11. ¿Cuándo no está de acuerdo con la delegación usted que hace?

