

Crisis de cuidados: Percepciones del cuidado en los estudiantes de enfermería

Care crisis: Perceptions of care in nursing students

Laura Martínez Rodríguez^{a(*)}, Marta Venceslao Pueyo^b, Anna Ramió i Jofre^c

a Campus Docent Sant Joan de Déu, Barcelona, España

b Universidad de Barcelona, Barcelona, España

c Campus Docent Sant Joan de Déu, España

RESUMEN

El desmantelamiento del Estado social no sólo ha renovado el interés por el concepto de los cuidados, sino que ha dejado en evidencia la crisis de los cuidados como manifestación de la incapacidad social y política de garantizar el bienestar de amplios sectores de la población. El presente trabajo se pregunta por la impronta de esta crisis en una profesión, la enfermería, cuyo eje vertebral son los cuidados. Se trata de un exploratorio sobre la concepción de los estudiantes de enfermería sobre el cuidado en su dimensión profesional y social. Utiliza una metodología cualitativa interpretativa a partir de recogida de datos mediante un cuestionario de preguntas abiertas y grupos de discusión. Los resultados se articulan a partir de cuatro categorías de análisis: cuidados, obstáculos para realizar los cuidados, dimensión ética y dimensión social. La crisis de los cuidados, inscrita a su vez en una crisis de valores, incide en las percepciones de los estudiantes en aspectos tan relevantes como la responsabilización del paciente en la dificultad para proveerle cuidados o el borramiento de la dimensión social de la enfermería.

Palabras clave. crisis de cuidados; enfermería; formación académica

ABSTRACT

The dismantling of the welfare state has not only renewed interest in the concept of care. It has highlighted also the crisis of care as a manifestation of social and political failure to ensure the welfare of large sectors of the population. This article examines the impact of this crisis in a profession focus on care: nursing. It is an exploration of the conception of nursing students about care (in this professional and social dimension). Used an interpretative qualitative methodology from data collection through a questionnaire of open questions and discussion groups. The results are articulated from four categories of analysis: care, obstacles, ethical dimension and social dimension. The crisis of care, registered in a crisis of values, affects perceptions of students in aspects such as patient accountability in obstruct care or effacement of the social dimension of nursing.

Keywords: academic training; crisis of care; nursing

Cómo citar el artículo: Martínez, L., Venceslao, M. & Ramió, A. (2016). Crisis de cuidados: Percepciones del cuidado en los estudiantes de enfermería. *Psicoperspectivas*, 15(3), 134-144. DOI 10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL15-ISSUE3-FULLTEXT-777

Recibido:
12-10-2015
Aceptado:
29-10-2016

El desmantelamiento del estado social ha puesto en liza un renovado interés por el concepto de los cuidados. El sistema de bienestar está perdiendo capacidad para dar respuesta a las actuales necesidades sociales de cuidados tanto por el incremento del número de personas que lo precisan (Domínguez, Forest, & Sénac, 2013), como por la aparición de nuevas demandas (Lewis, 2009). En este escenario se inscribe, precisamente, el concepto de *crisis de cuidados* como manifestación de esta imposibilidad de dar cobertura a las demandas sociales a este respecto (Orozco, 2006).

De este modo, la crisis de los cuidados nos remite a la puesta en evidencia de la incapacidad social y política de garantizar el bienestar de amplios sectores de la población y la generalización de la dificultad de éstos para poder cuidarse, cuidar o ser cuidados (del Río, 2004; Ezquerro, 2010). Esta crisis viene causada por diversos factores entre los que destacan, como señala Domínguez Alcón (2001), una disminución de la disponibilidad de las personas tradicionalmente encargadas de brindar los cuidados, las mujeres. Las causas de este desmoronamiento son económicas, pero también inciden factores relacionados con la crisis de valores concomitante al individualismo contemporáneo, en el que cuidar del otro se ha convertido en un acto desprovisto de valor.

Como ha señalado Orozco (2006), la crisis de los cuidados, además de acumulada y multidimensional, atraviesa todas las esferas no sólo del sistema, sino de la vida: es una crisis civilizatoria, que también interpela nuestra propia posición como sujetos y por ende, como profesionales.

Es en este sentido que nos preguntamos por la impronta que dicha crisis tiene en una profesión centrada en los cuidados: la enfermería que, como apunta Hall (1973), está al servicio de la sociedad. Conscientes de la importancia de la formación académica de las futuras enfermeras, nos proponemos realizar un trabajo exploratorio sobre la percepción del cuidado en los estudiantes universitarios y su concomitancia con la enfermería. Quisiéramos elucidar la impronta de esta crisis en las posiciones de los alumnos, con el fin último de reorientar el currículum académico hacia posiciones que otorguen una centralidad a la cuestión de los cuidados.

El nuevo Espacio de Enseñanza Superior Europeo (EEES) insta a las universidades a la formación no sólo de profesionales, sino también de ciudadanos responsables y comprometidos con la sociedad. Los aprendizajes universitarios son necesarios para el desarrollo social al

formar parte de la cultura, la identidad y los valores de la ciudadanía (Soler et al., 2006). Como institución universitaria tenemos, por tanto, la responsabilidad de garantizar que la formación sea acorde a la deontología, así como a una de sus funciones primordiales de la profesión: los cuidados.

Consideramos especialmente relevante esta cuestión a la luz –o tal vez mejor, a la sombra– de la desnaturalización contemporánea del sentido humanitario del cuidado y su imbricación con la sobre tecnificación de la enfermería (Germán, Hueso, & Huércanos, 2011). Las políticas neoliberales han tenido como corolario la supremacía de lo económico y lo tecnológico. El mundo se presenta dividido entre las oportunidades que generan las redes sociales vehiculando solidaridad e intercambio, y el aumento de la brecha entre pobres y ricos. Estas políticas desplazan el cuidado, reduciendo los hospitales a centros de diagnóstico y tratamiento altamente tecnificados, y trasladando el cuidado al ámbito domiciliario (Izquierdo, 2004; La Parra, 2001). Asimismo, diferentes estudios han dado cuenta del malestar existente entre los profesionales de enfermería en relación con los óbices para ejercer los cuidados dentro de un contexto neoliberal (González, 2015; Selberg, 2013, por citar algunos de los más recientes). El Nuevo Management Público está generando nuevas formas de “administrar los cuidados” que afectan particularmente a este campo profesional y que, por tanto, es necesario elucidar.

El presente trabajo se interesa, concretamente, por la concepción profesional que los estudiantes de enfermería tienen del cuidado y de los obstáculos para su desempeño. Se trata de un trabajo exploratorio que nos aproxime al modo en el cuál la crisis de los cuidados afecta y concierne a los estudiantes para, en última instancia, abrir un interrogante sobre los planes de estudio y la necesidad de que el concepto de cuidado ocupe un mayor espacio en ellos.

Cuidar es una actividad conformada por actividades diversas e indispensables para la supervivencia de la especie humana desde su inicio (Domínguez, Forest, & Sénac, 2013). Los cuidados se han articulado históricamente en torno a dos grandes vectores: por un lado, asegurar la continuidad de la vida e impedir la muerte (Colliere, 1997), y por otro, la consecución del bienestar de los otros (Reich, 1995).

Cuidar reúne tanto acciones directas –atender, preocuparse, responsabilizarse de la persona a la que se cuida (Esquirol, 2006)–, como trabajo emocional y de relación (Daza, Torres, & Prieto, 2005).

Los cuidados han recaído, principalmente, en las mujeres a menudo de forma no remunerada. Estos han sido vinculados a su rol de género como reproductoras en comunidades y familias (Collière, 1986, 1996; Graham, 1983). El confinamiento de estas funciones a la esfera privada ha invisibilizado la importancia de su dimensión social, económica y política (Domínguez, Forest, & Sénac, 2013). Esta correspondencia del cuidado como actividad doméstica continúa siendo un factor crucial en la desigualdad de género. Hoy, las mujeres siguen asumiendo esta responsabilidad de forma desigual y desproporcionada.

En la evolución del concepto cuidado, y en las prácticas que se deriva de éste, es importante señalar la relación que existe con la enfermería como profesión cuidadora, siendo el término *cuidar* unos de los conceptos clave definidos en el metaparadigma enfermero y expresado en sus diferentes modelos y teorías (Leininger, Marriner, & Raile, 2003).

Encontramos trabajos respecto al concepto cuidado desde una perspectiva moral en Tronto y Daly (Tronto, 1987, 2005; Daly, 2003) que sirvieron para acercarse a una visión de la enfermería desde la Ética del Cuidado; desde la perspectiva del trabajo y la economía, en Folbre (2006); y desde el bienestar en Daly y Lewis (2000). Todos ellos coinciden en señalar la vigencia del debate sobre el cuidado actualmente. Un debate que plantea aspectos problemáticos como serían, entre otros, su definición, su forma de trabajo, las actitudes necesarias para desarrollar una sociedad cuidadora y los obstáculos que aparecen en el desarrollo de los cuidados. Los cuidados profesionales de enfermería implican la participación activa en cuestiones relacionadas con la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud asegurando una continuidad de los cuidados en todos los procesos vitales (Kelly, & Joel, 1999). Sus competencias exigen una actitud abierta a las percepciones y preocupaciones del paciente, de la familia y de la comunidad, además de responsabilidad moral y compromisos profesionales hacia el bien de los otros –con disposición de escucha, diálogo y capacidad de responder a situaciones complejas. En suma, se exige una competencia técnica, hacer uso del razonamiento analítico, capacidad de fundamentar empírica, filosófica y científicamente su práctica, así como habilidades sociales y emocionales (Zabalegui, 2003).

Como sostienen Troncoso y Suazo (2007), la reflexión sobre los cuidados en los futuros profesionales de enfermería resulta del todo pertinente. Los tratamientos han sustituido masivamente a los cuidados en pos de la técnica (Collière, 2005), relegando la dimensión relacional del cuidado. El *otro* necesitado de cuidado se diluye en la

misma medida que el tratamiento y la tecnificación menoscaban la relación humana.

Al mismo tiempo, las condiciones generales en las cuales se ejercen los cuidados son de pauperización, y conflicto social y político. Hoy, está en riesgo no sólo el cuidado de la salud como un bien público, sino también las conquistas que en materia de reconocimiento social y disciplinar se habían conseguido en las últimas décadas. El nuevo escenario obliga a ejercer el cuidado asistencial en condiciones cada vez más adversas (Ballén, 2005).

En este sentido, debemos referirnos a los efectos del llamado Nuevo *Management* Público en las profesiones de la salud. Este emerge en la década de los 80 como reforma neoliberal de lo que había sido, en los años sesenta, el modelo keynesiano-fordista de Estado. Los servicios públicos se (re)organizan siguiendo los principios dictados por el paradigma empresarial y la lógica mercantil (Barzelay, 2001; Homedes, & Ugalde, 2005, Spicer, 2006) y se comienza a “flexibilizar” servicios como la educación, la salud o la cultura en nombre de la productividad, la eficiencia, la competitividad y la rentabilidad (Blanch, 2011).

Los efectos del modelo neoliberal en el área de la salud nos remiten –además de a recortes en el gasto social por parte del estado– a la reorganización de un servicio en lo que Navarro (1993) ha denominado *capitalismo sanitario*. Si bien este tipo de capitalismo parecería generar en los profesionales motivación por las oportunidades de aprendizaje, crecimiento y autorrealización personal (Blanch, 2011, 2014; Salanova et al., 2009), otros autores han señalado sus inconvenientes. Pasemos a señalar algunos de los más relevantes: empeoramiento de la calidad como servicio público (Navarro, 1993); alienación del personal sanitario y peor trato a los pacientes (Waitzkin, 2003); erosión de la ética profesional (Greenberg, 2001); deterioro de las condiciones laborales y salariales (Blanch, 2011, 2014) y responsabilización de los trabajadores de la salud por el servicio promoviendo prácticas de intensificación (y autointensificación) del trabajo (Selberg, 2013). Volveremos sobre esta última cuestión más tarde.

Estos fenómenos tienen efectos directos en los profesionales y en sus prácticas. Del aumento de las jornadas laborales y de la sobrecarga de trabajo apuntado en diferentes trabajos (Bawden, & Robinson, 2008; Blanch 2011, 2012, 2014; Blanch, & Stecher, 2009; Duxbury, Lyons y Higgins, 2008; Fairris, 2004; Gallie, 2005) se derivan riesgos como el distrés y burnout (Bakker, & Demerouti, 2007; Macías, Soto, & Corral, 2007) y toda una

serie de desequilibrios que pueden ocasionar trastornos de ansiedad, estrés, insatisfacción, inseguridad, malestar.

Asimismo cabría añadir que la cultura del *New Management* en salud genera tensiones entre los encargos contradictorios resultantes de la aplicación de una lógica mercantil a un campo profesional regido por un código ético y deontológico que contraviene esa misma lógica. Esto no será sin consecuencias para los profesionales (Ansoleaga, Vézina, & Montaña, 2014, 2015).

Método

La presente investigación tiene un carácter exploratorio y utiliza una metodología cualitativa interpretativa. Consideramos esta metodología como la más pertinente para aproximarnos a procesos subjetivos de los cuales no se tiene suficientes antecedentes, a partir de los marcos de referencia de los propios actores involucrados (Taylor, & Bogdan, 1986).

El ámbito de estudio se centra en los estudios Universitarios de Grado en Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería Sant Joan de Deu, adscrita a la Universidad de Barcelona. Partiendo de investigaciones previas, que muestran la existencia de un cierto malestar entre los profesionales de enfermería con relación al ejercicio de los cuidados (González, 2015; Selberg, 2013), decidimos analizar la percepción de los estudiantes de primer curso sobre la idea de cuidado en enfermería y los obstáculos para llevarlos a cabo. Consideramos que es a partir de dicho análisis –con estudiantes que recién comienzan la carrera– que se podrán plantear propuestas de mejora en programas de estudio y planes docentes que no sólo den cabida y refuercen un concepto tan epicentral en enfermería como es el de los cuidados, sino que además contribuyan a una formación más sólida para enfrentarse a una profesión radicalmente afectada por las dinámicas neoliberales.

La muestra del estudio fue reclutada por conveniencia (Sampieri, Collado, Lucio, & Pérez, 1998) y contó con 158 alumnos. De estos, 136 son mujeres y 22 son hombres. Los estudiantes acceden al Grado a través de la preinscripción universitaria y son asignados a través de nota de corte. Respecto a los estudios de procedencia, 75 estudiantes provienen de Ciclos Formativos, siendo Documentación Sanitaria el más frecuente, 77 estudiantes de bachillerato, 1 estudiante por homologación de otro país, 4 estudiantes provenientes de prueba de acceso para mayores de 25 años, y una persona proveniente de otro Grado Universitario. La edad media es de 18.62 años, habiendo 12 estudiantes de 17 años, y 71 estudiantes

mayores de 20 años. Un total de 65 estudiantes tienen experiencia laboral o trabajan actualmente en el ámbito sanitario.

Las técnicas de recogida de datos fueron: un cuestionario de pregunta abierta (que los estudiantes contestaron por escrito el primer día de clase) y grupos de discusión (un total de 18). Las interpelaciones del cuestionario fueron: a) *¿Qué entiendes por Cuidados?*; b) *Asocia Cuidados y enfermería* y c) *¿Crees que existen dificultades para el desarrollo de los cuidados en la enfermería?*

Las respuestas individuales fueron redactadas (sin ningún tipo de limitación ni requisito previo que condiciones) y subidas al aplicativo del moodle del curso por cada estudiante. El foro estuvo abierto durante una semana, y participaron un total de 158 estudiantes. El análisis de las aportaciones en el foro se realizó mediante metodología cualitativa siguiendo los pasos de la *Teoría Fundamentada* (Strauss, & Corbin, 2002) hasta la saturación de datos, bajo un paradigma interpretativo-crítico (Habermas, 1988). Cada investigador realizó un análisis de comparación constante y, posteriormente, se triangularon los datos en el equipo multidisciplinar hasta consensuar las categorías emergentes.

En el siguiente paso, se realizaron 18 grupos de discusión (Krueger, 1991) compuestos por 10-12 estudiantes que no se conocían entre sí (Wells, 1974; Morgan, 1988), y que contaban con características homogéneas (Morgan, 1988; Greenbaum, 1988; Krueger, 1991). Se les pidió que debatiesen a partir de las preguntas del cuestionario. El moderador, que no intervino, se limitó a plantear el tema y provocar la discusión (Ibáñez, 1989). No se mostró a los participantes, en ningún momento, las categorías emergentes previas, pero se les pidió que expusieran las ideas que habían recogido en el ejercicio individual. Tanto el moderador, como uno de los estudiantes que se encargó de la tarea de “secretario”, tomaron notas sobre las consideraciones principales que surgieron en la discusión, y se elaboró un informe final con las diferentes aportaciones. Posteriormente, y una vez transcritas las grabaciones, se realizó un análisis siguiendo la misma metodología que en las aportaciones individuales.

A lo largo del proceso, se implementaron los criterios de rigor de Guba y Lincoln (1994), triangulando técnicas de generación de datos y búsqueda bibliográfica. Los datos fueron analizados por el equipo de investigación, hasta llegar a la saturación, aportando una visión interdisciplinaria y consensuando los resultados.

El análisis se realizó en tres etapas siguiendo la *Teoría Fundamentada*. En primer lugar, cada uno de los investigadores realizó una codificación abierta de los

cuestionarios y de los grupos de discusión, fragmentando los datos en pequeñas unidades a las que se les asignó un descriptor. Los descriptores se agruparon por categorías realizando un análisis para identificar las relaciones entre éstas e identificar patrones. Le siguió, en segundo lugar, una fase interpretativa (también individual). Posteriormente, se establecieron las temáticas en un nivel de abstracción alto (Strauss, & Corbin, 2002). El proceso de codificación selectiva se realizó en relación con las preguntas de investigación, dando amplio espacio a las temáticas emergentes. En tercer y último lugar, se volvió a triangular los datos para la elaboración del informe de resultados.

Cabe apuntar, para finalizar, que se tuvieron presentes los criterios éticos, solicitando el consentimiento informado de los participantes y preservando el anonimato. En la metodología se incorporó, en todo momento, la revisión de la literatura, reverenciando los resultados que emergían del análisis.

Resultados

Las categorías que emergen del análisis se agruparon en torno a los siguientes rubros: a) *cuidados*, en alusión al significado de cuidar, quiénes son las figuras responsables de llevar a cabo esos cuidados y cómo deberían concretarse en la práctica profesional; b) *obstáculos*, entendidos como todo aquello que dificultan su ejercicio; c) *dimensión ética*, referida a las inquietudes y preocupación sobre la deontología; y por último, c) *dimensión social*, en la cual aparece una mirada más amplia sobre el cuidado en relación a lo social. Presentamos, a continuación, estas categorías en orden de relevancia, esto es, de mayor a menor frecuencia de aparición en el discurso. Acompañamos cada uno de los rubros con citas ilustrativas tanto de las reflexiones individuales recogidas en el cuestionario (E000), como de los grupos de discusión (G00).

Los cuidados

La primera categoría recoge el significado que tiene el concepto cuidado para los alumnos de primer curso antes de empezar sus estudios. Expresan como cuidado una atención especial, integral y centrada en la persona, que debe ser administrada por un profesional con vocación y un perfil especial.

‘Entendemos por cuidados la atención especial a aquellas personas u objetos que necesitan la conservación y vinculación de la ayuda y asistencia que se le ofrece a otro ser vivo para satisfacer las necesidades físicas, mentales y sociales de éste’ (E085).

‘Cuidar es una práctica que ayudará en todos los sentidos a las personas que lo necesiten. Para llevar a cabo esta

práctica es necesario tener toda una serie de actitudes a las cuales no cualquier persona tiene adquisición’ (G09).

Esta atención va dirigida a satisfacer las necesidades, y consideran que el recurso principal para llevarlo a cabo es el tiempo:

‘No se trata solamente de cuidados médicos, por ejemplo tratamientos o curas, sino de prestar atención y sobretodo tiempo a un caso determinado’ (G11).

Identifican diferentes niveles de cuidado relacionados con lo formal/informal, lo profesional/doméstico, lo complejo/básico lo científico/relacional.

‘Hay diferentes formas de cuidar según a quien va dirigida esta acción. Encontramos el cuidado propio, en el que uno mismo se preocupa de su salud y su cuidado físico, el que realizamos a terceras personas, como niños pequeños, ancianos... y este puede ser o no remunerado, como sería la profesión de enfermería o no remunerado como el que puede realizar cuidado a familiares o en un voluntariado. En todo caso, cuidar se refiere a preocuparse por los demás y por uno mismo’ (E111).

‘Los cuidados pueden variar desde asear y colocar un vendaje o realizar una simple cura (es decir cuidados básicos), hasta cuidados como terapias o tratamientos complejos que requieran base teórica y cierto nivel de tecnicismo y que no cualquiera está capacitado para realizar . Esto se puede aplicar tanto en hospitalización, como en urgencias, en unidades de cuidados intensivos (UCI), en cuidados paliativos, en geriátricos...’ (G06).

Los cuidados se vinculan claramente a la profesión enfermera, que integra como objetivo último el bienestar del paciente.

‘Para nosotros la enfermería es el que rodea esencialmente el acto de cuidar de alguien. Así pues, nosotros creemos que dentro del ámbito de la enfermería los cuidados que se proporcionan al paciente están muy presentes, son muy importantes y podemos decir que son la base de la enfermería ya que sin estos no sería posible ayudar realmente a las personas’ (G03).

Este bienestar viene definido como noción preconcebida y estandarizada. Se acota el concepto a un estado óptimo en el que el paciente tiene que encajar.

‘Esta atención implica controlar su estado con una cierta regularidad, es decir, preservar, guardar, conservar y asistir, incrementando su bienestar’ (G05).

La forma de practicar estos cuidados es siempre desde la voluntad de hacerlo correctamente, de cuidar bien.

‘También entendemos por cuidado el esmero para hacer algo bien, se necesita esfuerzo y dedicación’ (E039).

‘Las concepciones del “cuidar bien” aparecen del lado del control sobre el bienestar del paciente.

Dentro del ámbito de enfermería, trata de ofrecer cuidados a personas necesitadas, personas que padecen alguna patología, que necesitan ayuda como por ejemplo, controlar su estado de salud’ (G14).

Dentro del cuidado se integra el vínculo entre cuidador-cuidado como una relación de ayuda, en la que el componente afectivo está muy presente, pero que se diluye al aparecer *prima facie* la dimensión técnica.

‘También es un trabajo recíproco porque durante los cuidados a un paciente o varios podemos aprender grandes cosas de éstos y de esta manera mejorar nuestra técnica y resultados de nuestros cuidados’ (G09).

Identifican los cuidados como algo diferente, y a su vez complementario al tratamiento. Emerge como elemento básico e indispensable para el mantenimiento de la vida el cuidado; si éste fracasa, entonces señalan que se debe recurrir al tratamiento.

‘Aunque hay que tener en cuenta que cuidados y tratamientos son cosas muy diferentes entre sí, y que los tratamientos solo se tendrían que aplicar en caso de que los cuidados no fueran suficientes para mantener la vida o para procurar que esta sea lo mejor posible, o como complementarios a estos’ (E091).

Existe una asociación positiva y necesaria entre formación y cuidados, siendo la primera la garante de calidad de lo segundo.

‘La convivencia diaria y prolongada con un paciente posibilita la interacción con el enfermo cosa que facilita su cuidado. El hecho de que unos estudios como enfermería capaciten a una persona de saber convivir, compartir sentimientos y hacer vínculos afectivos con un enfermo facilita los cuidados que el paciente necesita’ (G03).

Finalmente, emerge en el discurso el cuidado como un derecho de todos los individuos que posibilita la calidad de vida y el bienestar:

‘Mundialmente el cuidado de los enfermeros y enfermeras, viene a ser el que abarca la mejora en salud física, psíquica y social. Estos cuidados son necesarios para todos los individuos, grupos, comunidades, familias, personas de todas las edades y clases, que requieran ayuda para poder tener una calidad de vida, un bienestar que sin duda todos tenemos derecho a poseer’ (E116).

Los obstáculos

La segunda categoría que emerge del análisis es la de los obstáculos y gravita en torno a tres grandes ejes: el

paciente y su entorno, el sistema o el contexto en el cual se lleva a cabo la práctica de los cuidados, y lo referente al propio profesional.

El primer código relevante es el paciente como obstáculo, bien sea por su opción religiosa, por su cultura, por su universo familiar. El paciente es visto en algunos casos, como un sujeto problemático, acompañado de problemas, carencias y necesidades que lo hacen responsable de su propia situación. Incluso, culpables de impedir que el profesional cumpla con sus tareas de cuidado. Aparecen especialmente estigmatizando el colectivo de enfermos mentales, las personas gitanas y de religión islámica.

‘También podemos encontrar dificultades a causa de la actitud del paciente, por ejemplo tratándose de un paciente psiquiátrico en una situación de violencia con conductas de agitación o conductas autodestructivas, que no permitan a la enfermera ejercer sus cuidados de una forma correcta, eso comportaría complicaciones en los cuidados que se le tienen que hacer al paciente’ (G011).

La familia como obstáculo aparece como un anexo a este paciente problemático, como un entorno que no se muestra acorde con lo que el profesional quiere/desea.

‘Dificultades según el tipo de patología a la que se debe enfrentar, variabilidad de síntomas a las que se puede encontrar, variabilidad de la respuesta a los tratamientos según cada paciente, situación personal de cada paciente, entorno familiar con el que debe lidiar cada día, exigencias emocionales que demanda el enfermo y la familia, manejo de situaciones de estrés, creencias religiosas de los pacientes’ (G15).

En segundo lugar, aparece la falta de recursos en materia de políticas sociales. Esta ausencia dificultaría los cuidados, principalmente, por falta de tiempo y de recursos materiales. No existe una lectura en clave política de este fenómeno. Esto es, los enunciados no se inscriben en el contexto del desmantelamiento del Estado social.

‘Dificultades por recortes en el personal, instrumental suficiente tanto en cantidad como en calidad (por ejemplo tijeras, jeringuillas, agujas, bisturí, etc.), medicamentos, tiempo suficiente para realizar la intervención, exceso de tareas, salubridad del entorno, gestión y administración’ (G06).

‘Otro obstáculo es el de no tener medios para trabajar con eficiencia, como necesitar una grúa para mover un enfermo y no tenerla en ese momento de manera que ralentizaría el proceso’ (G17).

Se compensa esta falta de recursos con la omnipotencia del profesional que suple las carencias estructurales del

sistema con su voluntad de trabajo.

‘En definitiva el paciente es el que lo vive, el protagonista de esta enfermedad y nosotros tenemos que evitar que el nudo de este relato sea triste, ayudándolo y dándole lo que necesita, aunque sea a nivel personal nuestro’ (E034).

Así mismo, el contexto institucional aparece como un posible obstáculo en la práctica del cuidado. Nos referimos al equipo de trabajo, el ambiente profesional, etc...

‘A veces pasa que el equipo no está bien..., es importante mantener una buena relación con el equipo de trabajo y con todos los profesionales tanto sanitarios como del centro en el que se trabaja para así poder hacer bien nuestras labores como enfermeros/as’ (G05).

El tercer eje de obstáculos se centra en los aspectos profesionales y personales. Emergen, aquí, las deficiencias formativas en relación con los aspectos técnicos (procedimentales), pero también se contemplan las deficiencias en las habilidades sociales de gestión de las emociones.

‘Dificultades a nivel técnico como la necesidad de formación constante de nuevas técnicas y tratamientos, experiencia, implicación, autocontrol, manejo del estrés, abordaje y relación frecuente con la muerte, factor tiempo’ (G011).

‘El personal sanitario también se puede ver afectado anímicamente, ya que muy de vez en cuando se encuentran en situaciones difíciles. Además tienen que aprender a separar lo laboral de lo personal, ya que sino esto les puede impedir seguir realizando de manera óptima su trabajo’ (G17).

En este sentido, los estudiantes refieren concretamente la falta de formación técnica en la gestión emocional, la proyección en la situación de sufrimiento del otro y el miedo a no tener las competencias para dar respuestas a situaciones difíciles.

‘Un problema grave podría ser que creáramos un vínculo emocional con nuestro paciente, si éste por ejemplo lleva un período ingresado y lo vemos cada día, podemos llegar a crear un vínculo emocional que nos provoque el "no desconectar" al llegar a nuestro domicilio, y que de

esta manera los problemas del paciente se conviertan en nuestros problemas’ (G14).

Por último, aparece la percepción social negativa que la profesión enfermera tiene, como un obstáculo en el ejercicio de los cuidados.

‘Un obstáculo también podría ser el desprecio a nuestra profesión a causa de la percepción o ideologías que tienen algunas personas’ (G10).

En último lugar, aparece el concepto riesgo en el ejercicio de los cuidados vinculado a una cierta culpabilización del paciente.

‘También existe la posibilidad de contraer enfermedades a la hora de realizar esos cuidados dependiendo de la zona donde se encuentre y de los recursos que se ofrezcan o del estilo de vida del paciente, entre otros. Por lo que nos encontramos con dificultades y barreras en cuanto al tratamiento del paciente que pueda llegar a presentar una enfermedad infecciosa’ (G12).

La dimensión ética

La tercera categoría recoge las consideraciones de corte moral/ético, en las cuales observamos que el sentido del *deber* y del *bien* se incardinan claramente en la responsabilidad del profesional con los cuidados.

‘Cuando se habla de cuidar a alguien, se hace referencia, inevitablemente, al concepto de responsabilidad... Por tanto, cuando una persona atiende a otra, sea en el ámbito que sea, ha de tener presente que cualquier mínimo error puede causar una gran consecuencia en la persona cuidada’ (G17).

Señalamos lo que podría entenderse como un cierto paternalismo en relación con el paciente, a pesar de que se es consciente de su autonomía que como adulto le corresponde.

‘Y los enfermos, para poder llegar a un estado de bienestar, tienen la necesidad de respetar y dejarse ayudar por los especialistas, en este caso las enfermeras’ (G16).

La forma de practicar estos cuidados se enmarcan en una ética del deber en la cual el principio de beneficencia rige la práctica, y en el que el respeto y el altruismo son elementos significativos.

‘Para practicar el cuidado, primero hay que tener claro que se debe respetar y saber no juzgar. Cuando se nos presenta un paciente que necesita nuestra ayuda (porque él es incapaz de valerse por sí mismo) debemos respetar a esa persona, mostrarle confianza para poder realizar así, una buena praxis’ (G16).

La dimensión social

A pesar de la relevancia social de la enfermería, es la categoría con menos presencia. No obstante, los estudiantes que la señalan la perciben como importante y

necesaria para el conjunto de la sociedad. Se auto perciben como los profesionales que van a *capitalizar* la actividad del cuidado.

‘Cuidar, que esencialmente es el hecho de preservar, conservar, asistir y ayudar, tiene un papel muy importante en la sociedad ya que abarcan un apoyo emocional, psicológico. Los cuidados se llevan a cabo durante el largo de la vida, desde el momento del nacimiento hasta la muerte’ (G04).

Consideran, al mismo tiempo, que el cuidado directo con el paciente es el eslabón que une a las personas con el sistema de salud.

‘Por lo tanto se debe evitar conflictos para que el personal de enfermería pueda trabajar adecuadamente, hablando con los familiares y el paciente y buscar una solución entre el centro sanitario y el deseo de los pacientes’ (G15).

La tecnificación de los cuidados permite generar una distancia con el paciente en detrimento de la dimensión social del cuidado afectivo, que es la que se considera más difícil.

‘Los cuidados de un/a enfermera/o son más técnicos ya que detrás de ellos hay todo un proceso de aprendizaje de conceptos y técnicas concretas, de tal manera que esta asistencia sea más personalizada ya que hay un estudio de como cubrir las necesidades del paciente [...] El apoyo moral que debemos dar es una de las partes más difíciles de nuestro trabajo’ (G17).

Pero a pesar del destacado papel que se reconocen, siguen manifestando ocupar una posición secundaria detrás del colectivo médico en el desarrollo de los cuidados.

‘El enfermero o enfermera, actualmente ayudan a los médicos especialistas a cuidar los enfermos y heridos, proporcionando a su vez apoyo emocional a los pacientes’ (G13).

‘Los enfermeros forman parte del equipo sanitario, acompañando al médico y constituyéndose su mano derecha’ (G01).

Discusión y Conclusiones

El análisis de los resultados pone de manifiesto que la crisis de los cuidados afecta directamente a la concepción de la profesión enfermera como responsable directo de los cuidados de salud de los individuos, familias y comunidades. Las nuevas formas neoliberales de

“administración de los cuidados” afectan notoriamente a este campo profesional.

Entre las conclusiones más significativas cabe destacar, en primer lugar, la responsabilidad que se otorgan a sí mismos como colectivo profesional respecto a los cuidados. En la línea de otras investigaciones previas (Selberg, 2013), vemos como se “empuja” a los profesionales a que ellos mismos suplan las carencias que origina el debilitamiento creciente de los servicios públicos. De esta suerte, los estudiantes creen que su responsabilidad también es la de contrarrestar las insuficiencias actuales del sistema de salud. Esta cuestión se constituye como elemento fundamental en la relación sistema-paciente.

Esta percepción de los estudiantes coincide con la opinión del colectivo de profesionales en activo pues Enfermería es consciente de la complejidad del desafío que representa liderar los cuidados en el contexto actual (Ques, Montoro, & González, 2010), que se complica con una situación de partida de enorme escasez de enfermeras, colectivo que menos aumentó sus efectivos, por lo que la relación enfermera/médico viene reduciéndose desde 1985, al contrario que en Europa (Morales, Morilla, & Martín 2007), y siendo España uno de los países con menor inversión en Salud según la OMS (World Health Statistics, 2011).

Sitúan lo que podría leerse como una sobre-responsabilización de la enfermera en la cobertura de carencias de orden estructural, que garantice el buen desarrollo de sus funciones, pero en un plano secundario, detrás del colectivo médico.

En segundo lugar aparece, fruto de esta responsabilización, la definición de cuidados como una relación especial, altamente compleja en la que se integran diferentes acciones, centrada en el paciente, para las cuales la enfermera necesita el conocimiento de lo nombran como técnicas en habilidades sociales, gestión emocional.

La conceptualización de técnicas para resolver las cuestiones relacionales de cuidado ponen de manifiesto la desnaturalización del sentido humanitario del cuidado por la tecnologización y la tecnificación como forma de distanciamiento y cosificación del otro (Arredondo, & Siles, 2009). Estas posiciones preocupan particularmente al colectivo docente (Rodríguez, 2003). La dimensión y el alcance social de la enfermería como profesión que provee de cuidados queda velado por una cierta focalización en el cuidado del paciente y el discurso de atención en la persona que lo acompaña.

De la idea de responsabilización surge un tercer elemento significativo que es la culpabilización del paciente al interferir u obstaculizar las tareas de cuidado de las enfermeras (el entorno familiar también es señalado como obstáculo) (Ocaña et al., 1999; Del Mónaco, 2013). La referencia al paciente como obstáculo toma un cariz más paternalista –la enfermera es quien sabe lo que se debe hacer– que culpabilizador. Este sería uno de los aspectos a reflexionar en marco de la trayectoria formativa de los estudiantes.

Si bien, aparece la precarización de las condiciones de trabajo como elemento que incide negativamente en las condiciones que posibilitan el cuidado, este queda inscrito en cuestiones de orden coyuntural (y no estructural). Las percepciones se decantan, principalmente, a responsabilizar al paciente de las dificultades de los profesionales para ejercer las tareas de cuidado.

Vinculado a esta culpabilización del paciente de las dificultades del cuidado, podemos concluir, en quinto lugar, la inexistencia de respuestas entre los estudiantes que sitúen factores como la retirada del Estado social –y el consiguiente debilitamiento de los servicios públicos– o el Nuevo Management como responsables (más allá de la falta de recursos materiales).

Señalábamos en el marco teórico que la crisis de los cuidados está inserta en una crisis más amplia. Una crisis, decíamos, de valores en la que los estudiantes ponen el acento en la responsabilidad del sujeto respecto a su propia situación, eclipsando de este modo, los análisis que subrayan las causas estructurales que inciden en la actual crisis de los cuidados.

De forma general, podemos concluir que la crisis de los cuidados nos remite a una dificultad para cuidarse, cuidar y ser cuidado, especialmente para los sectores más débiles del cuerpo social. Ante el aumento de la demanda de cuidados y la importancia que le otorgan a éstos los resultados del exploratorio, es cuando menos paradójico la invisibilización de su papel social al inicio de los estudios. Es en este sentido que podría señalarse la impronta de un creciente individualismo que, hoy, menoscaba el compromiso histórico de esta profesión sanitaria. No encontramos entre los estudiantes posiciones que señalen de forma relevante el compromiso social ni la responsabilidad colectiva en la defensa del derecho al cuidado, que si aparece en los profesionales en activo (Hadad, & Valdés, 2010; Repullo, 2011).

Como conclusión provisoria, este trabajo exploratorio nos conduce a replantarnos el plan de estudios del Grado de Enfermería para reforzar aquellos elementos curriculares que permitan a los estudiantes no solo generar un

pensamiento crítico y un compromiso social como futuros profesionales de la enfermería, sino también dotarlos de herramientas conceptuales y éticas para afrontar mejor los retos de la praxis en este momento histórico. Esta investigación supone un modesto, pero primer paso en esa dirección.

Como plantea Edith Litwin & Litwin (1997), las prácticas de la enseñanza constituyen una totalidad, en la cual se integran las miradas personales de los docentes. Estas prácticas cobran significación y relevancia en el contexto socio-histórico en el que son llevadas a cabo. Surge a partir de aquí, la necesidad de plantear la necesidad de formación que dé respuesta a este vacío que aparece en los estudiantes al inicio de los estudios de grado.

La consideración de los cuidados como derecho de ciudadanía vehicula la idea de que la responsabilidad social de los cuidados es colectiva y no individual (Tronto, 2005), por lo que la concienciación colectiva profesional es importante en la formación de enfermeras. En definitiva, “requiere que el cuidado sea considerado una condición humana, parte de nuestros valores públicos y parte de nuestra forma de comprender qué es y hace la ciudadanía” (Tronto, 2005, p.250).

Referencias

- Ansoleaga, E. (2015). Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Revista Médica de Chile*, 143(1), 47-55. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872015000100006>
- Ansoleaga, E., Vézina, M., & Montaña, R. (2014). Síntomas depresivos y distrés laboral en trabajadores chilenos: condiciones diferenciales para hombres y mujeres. *Cad Saúde Pública*, 30(1), 107-118. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00176912>
- Arredondo-González, C. P., & Siles-González, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index de Enfermería*, 18(1), 32-36. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962009000100007>
- Bakker, A.B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Ballén, M. N. R. (2005). Los cuidados de enfermería en la adversidad. *Presencia*, 1(1).
- Barzelay, M. (2001). *The new public management: Improving research and policy dialogue*. California: Univ of California Press.

- Bawden, D., & Robinson, L. (2008). The Dark Side of Information: Overload, Anxiety, and other Paradoxes and Pathologies. *Journal of Information Science*, 35(2), 180-191. <https://doi.org/10.1177/0165551508095781>
- Blanch, J. M. (2011). *Condiciones de Trabajo y Riesgos Psicosociales bajo la Nueva Gestión. Formación continuada a distancia*. FOCAD. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España.
- Blanch, J. M. (2012). *Trabajar y bienestar*. Barcelona. UOC
- Blanch, J. M. (2014). Calidad de vida laboral en hospitales y universidades mercantilizados. *Papeles del Psicólogo*, 35(1), 40-47.
- Blanch, J. M., & Stecher, A. (2009). La empresarización de servicios públicos y sus efectos colaterales. Implicaciones psicosociales de la colonización de universidades y hospitales por la cultura del nuevo capitalismo. Avance de resultados de una investigación iberoamericana. En T. Wittke y P. Melogno (comps.), *Psicología y organización del Trabajo: Producción de subjetividad en la organización del trabajo* (p. 191-209). Montevideo: Psicolibros.
- Colliere, F. (1996). Teoría de los cuidados. *Index de Enfermería*, 18, 9-14.
- Collière, M. F. (1997). Cuidar... asegurar el mantenimiento y continuidad de la vida. *Index de Enfermería*, (18), 9-14.
- Collière, M. F. (2005). El arte de cuidar la vida. *Revista Rol de Enfermería*, 28(4), 266-268.
- Del Río, S. (2004). *La crisis de los cuidados: Precariedad a flor de piel. Documento de trabajo*. Madrid: CGT-Comisión Confederada de la Precariedad.
- Daly, M., & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The British Journal of Sociology*, 51(2), 281-298.
- Daza, R., Torres, A., & Prieto, G. (2005). Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. *Index de Enfermería*, 14(48-49), 18-22. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962005000100004>
- Del Mónaco, R. (2013). Dolor crónico, tratamientos y cuidado: el compromiso del paciente con migraña. *VII Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata: Argentina en el escenario latinoamericano actual: debates desde las ciencias sociales*.
- Domínguez-Alcón, C. (2001). *Construyendo el equilibrio: Mujeres, trabajo y calidad de vida*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- Domínguez-Alcón, C., Forest, M., & Sénac-Slawinski, R. (2013). *Qué políticas para qué igualdad: debates sobre el género en las políticas públicas en Europa*. València: Tirant Humanidades.
- Duxbury, L., Lyons, S., & Higgins, C. (2008). Too much to do, and not enough time: An examination of role overload. In D. Lero, K. Korabik, & D. Whitehead (Eds.) *Handbook of work-family integration: Research, theory, and best practices* (p. 125-140). San Diego: Elsevier.
- Esquirol, J. M. (2006). *El respeto o la mirada atenta*. Barcelona: Gedisa.
- Ezquerro, S. (2010). La crisis de los cuidados: Orígenes, falsas soluciones y posibles oportunidades. *Viento Sur*, 108, 37-43.
- Fairris, D. (2004). Towards a theory of work intensity. *Eastern Economic Journal*, 30(4), 587-601.
- Folbre, N. (2006). Measuring care: Gender, empowerment, and the care economy. *Journal of Human Development*, 7(2), 183-199. <https://doi.org/10.1080/14649880600768512>
- Gallie, D. (2005). Work pressure in Europe 1996-2001: Trends and determinants. *British Journal Of Industrial Relations*, 43(3), 351-375. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8543.2005.00360.x>
- Germán, C., Hueso, F., & Huércanos, I. (2011). El cuidado en peligro en la sociedad global. *Enfermería Global*, 10(23), 221-232.
- González, P. (2015). *Tensiones éticas del trabajo de enfermería en el nuevo orden sanitario. Un estudio iberoamericano* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Bellaterra, Barcelona.
- Graham, H. (1983). Caring: a labour of love. In J. Finch & D. Groves (eds.). *A labour of love: Women, work and caring*, (p.13-30). London: Routledge & Kegan Paul.
- Greenberg, D. (2001). *Science, money, and politics: Political triumph and ethical erosion*. Chicago: University of Chicago Press.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (eds.), *Handbook of qualitative research* (p. 105-117). London: Sage.
- Habermas, J. (1988). *La lógica de las ciencias sociales*. Madrid: Ténos.
- Hadad, J. L., & Valdés, E. (2010). La protección social en salud como enfrentamiento a una crisis económica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(3), 235-248. <https://doi.org/10.1590/s0864-34662010000300008>
- Hall, C. M. (1973). Who controls the nursing profession? Role of the professional association. *The Nigerian Nurse*, 5(3), 30.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health policy*, 71(1), 83-96.

- <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.01.011>
- Izquierdo M.J. (2004). Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. En *Congreso Internacional Sare 2003: "Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado"* (p. 119-154). Vitoria: Emakunde, Instituto Vasco de la Mujer.
- Kelly, L. Y., & Joel, L. A. (1999). *Dimensions of professional nursing* (8th ed). New York: McGraw-Hill.
- Krueger, R. A. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.
- La Parra D. (2001). Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gaceta Sanitaria*, 15, 498-505. [https://doi.org/10.1016/s0213-9111\(01\)71612-3](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(01)71612-3)
- Leininger, M., Marriner, A., & Raile, M. (2003). *Cultura de los cuidados: teoría de la diversidad y de la universalidad. Modelos y teoría de enfermería*. Madrid: Editorial Elsevier.
- Lewis, J. (2009). *Work-family balance, gender and policy*. Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Litwin, E., & Litwin, E. (1997). *Las configuraciones didácticas: una nueva agenda para la enseñanza superior*. Barcelona: Paidós.
- Macías, A. B., Soto, R. C., & Corral, M. G. A. (2007). Síndrome de Burnout: Un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango. *Investigación Educativa Duranguense*, (6), 64-73.
- Morales, A. J., Morilla, J. C., & Martín, F. J. (2007). Recursos humanos en los Servicios de Salud: ¿decisiones políticas o política de decisiones? *Index de Enfermería*, 16(56), 9-11.
- Navarro, V. (1993). *Dangerous to your health: Capitalism in health care*. New York: Monthly Review Press.
- Orozco, A. P. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, 5, 7-37.
- Ques, A., Montoro, C., & González, M. (2010). Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 339-345.
- Reich, W. (1995). The world bioethics: The struggle over its earliest meanings. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5, 19-34. <https://doi.org/10.1353/ken.0.0143>
- Repullo, J. R. (2011). Garantizar la calidad del Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: Sólo si nos comprometemos todos. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(1), 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2011.01.001>
- Salanova, M., Salanova, W., Schaufeli, W., Salanova, S., & Llorens, S. (2009). *El engagement en el trabajo: Cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid: Alianza.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B., & Pérez, M. (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Selberg, R. (2013). Nursing in times of neoliberal change: An ethnographic study of nurses' experiences of Work Intensification. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 3(2), 9-35.
- Soler, M., Vasallo, J., Yarnoz, A., Muntané, R., Orrio, C., Crespo, M., ..., & Bes, C. (2006). Espacio Europeo de Educación Superior: Situación actual. Marco legislativo. *Enfermería Global*, 5(1).
- Spicer, A. (2006). Beyond the convergence-divergence debate: The role of spatial scales in transforming organizational logic. *Organization Studies*, 27(10), 1467-1483. <https://doi.org/10.1177/0170840606067515>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Bogotá, Colombia: Universidad de Antioquía.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Tronto, J. (1987). Beyond gender difference to a theory of care. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 12 (4), 644-663. <https://doi.org/10.1086/494360>
- Tronto, J. (2005). Care as the work of citizens: A modest proposal. En Friendman (ed.), *Women and citizenship* (p. 130-145). New York: Oxford University Press.
- Troncoso, M., & Suazo, S. (2007). Cuidado humanizado: Un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*, 20(4), 499-503. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002007000400019>
- Waitzkin, H. (2003). Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: A summary and critique. *The Lancet*, 361(9356), 523-526.
- World Health Organization (WHO). (2011). *Health Situation Analysis in the African Region: Atlas of Health Statistics, 2011*. World Health Organization (WHO).
- Zabalegui, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(3), 16-20.