

mería, todas mujeres. Con respecto a los usuarios(as), se efectuaron seis entrevistas en profundidad a cuatro varones y a dos mujeres. El proceso terminó cuando las entrevistas con las personas ya no producían información nueva. Las entrevistas tuvieron una duración de dos horas. Los resultados se presentan según codificación abierta, axial y selectiva.

Al profundizar en el análisis se llegó al tercer paso, la teorización o codificación selectiva. En el proceso se utilizaron tres técnicas: la escritura de un memorando para identificar la historia, la escritura de un argumento de la historia de la situación y la escritura de un concepto o idea central que captó la esencia de los datos recopilados. Para refinar la teoría, se eliminaron los datos excedentes y se identifica-

ron los conceptos finales, que se validaron explorándolos desde diferentes ángulos mediante un esquema explicativo con uso de oraciones para unirlos entre sí. El proceso final consistió entonces en exponer el enunciado para explicar el tema en estudio como se presentará a continuación en resultados.

Resultados

La Codificación Abierta.

Proceso mediante el cual se hizo un examen minucioso de los datos recolectados para su conceptualización o para su agrupación en categorías desarrolladas según sus propiedades y dimensiones tal como se presenta en el siguiente cuadro.

Tabla 1. Categorías propiedades y dimensiones

CATEGORÍAS	PROPIEDADES	DIMENSIONES
Relaciones Competitivas	Trabajo Productivo Generación de Trabajo	Forma Organizacional Relaciones de Poder Liderazgo Trabajo en Equipo Ambiente Laboral Condiciones Laborales
Relaciones Tecnológicas	Relaciones Tecnológicas Medio Laboral Aumento del Rendimiento	Tecnología Uso de la Tecnología Capacitación
Enfermería Laboral	Conocimiento y Experiencia laboral Atención en Salud Área Laboral	Perfil Profesional Perfil Laboral Conocimiento Empírico Conocimiento Ético Conocimiento Personal Condiciones Estético Proceso de Trabajo Nivel de Atención Satisfacción Género Legislación

La Codificación Axial.

Al profundizar en el análisis se establecieron relaciones entre las categorías en la codificación axial. El proceso ratificó un ordenamiento conceptual que permitió construir la categoría central, Enfermería laboral, pues es la que más se repite en los datos, y es además con la que las otras categorías se relacionan directamente. Entonces, relaciones competitivas y relaciones tecnológicas, pasaron a ser subcategorías en función de sus propiedades y dimensiones.

Al depurar los datos se eliminaron, en la categoría central, todas las dimensiones a excepción de los conocimientos,

ético, empírico, personal y estético. Asimismo en las subcategorías relaciones competitivas se eliminaron las dimensiones productividad, competitividad, y se dejó el resto; ambientes y condiciones laborales se unieron. De relaciones tecnológicas solo se eliminó, uso de la tecnología.

La Codificación Selectiva.

Una vez hecho lo anterior, se integraron todos los datos a la categoría central en la codificación selectiva, para refinar y llegar a la teorización. Para lograrlo se fraccionó la información de acuerdo con el hacer, el saber y el ser de la Enfermería laboral.

Como en la codificación selectiva se integra y se refina la teoría que respaldará la práctica de la Enfermería laboral, se depuró aún más la información alrededor del concepto explicativo, Enfermería laboral, lo que permitió captar su esencia. A continuación se eliminaron los datos excedentes y se identificaron los conceptos finales, que se validaron volviendo a los relatos recogidos en las notas de campo para compararlos o relacionarlos. De este proceso se obtuvo un esquema teórico explicativo que integró conceptos unidos posteriormente a través de frases hasta llegar al proceso final de teorización (Strauss y Corbin, 2000).

Así ese proceso final llevó a la construcción de la frase: *Hacia la conceptualización de la Enfermería laboral: una necesidad de construir conocimiento que lleve a su autoafirmación en los nuevos espacios laborales*. Este enunciado se ajusta a los datos y representó la esencia de la investigación. A la vez, se interpretó y se relacionó con las subcategorías relaciones competitivas y relaciones tecnológicas.

Para darle consistencia al enunciado, buscar su coherencia y facilitar su análisis, se dividió en tres secciones: ser, saber y hacer de Enfermería Laboral. En el hacer, se analizaron las dimensiones del conocimiento, descritas por Carper, (1978) empírico y estético; en el saber, las dimensiones ética y personal; y a partir de ellas, el ser.

La influencia de las relaciones competitivas y tecnológicas en el saber de la enfermería laboral

Enfermería Laboral fundamenta su trabajo de acuerdo con un saber adquirido en la formación profesional, mayormente biológica y en la mayoría de los casos, en su experiencia laboral hospitalaria: *“En mi práctica profesional, he utilizado tanto el conocimiento de la universidad como mi experiencia hospitalaria. Doy cuidado de acuerdo a mi conocimiento”* (Enfermera Flor, 2003).

Los usuarios(as) opinan que Enfermería posee un conocimiento básico. Sin embargo es a la entidad a la que más acuden: *“Tienen una preparación básica, como de primeros auxilios, o sea, un conocimiento básico”* (Usuaría Iris, 2003).

El conocimiento ético descrito por Carper (1978) como los principios éticos y valores morales aplicados por Enfermería, es entendido por las enfermeras como la forma de ayudar a las personas: *“Soy una persona que ayuda a las personas. Si tengo que ir hasta el presidente de la República para conseguir lo que necesito para los pacientes, lo hago”* (Enfermera Ligia, 2003).

El conocimiento personal se identifica al establecer relaciones efectivas con las personas que atiende, pues analiza desde sí misma, Carper (1978) las situaciones laborales y personales, las adapta a la realidad de la persona y así realiza su intervención: *“Cuando atiendo a las personas, al indagarlos me doy cuenta si el malestar es físico o emocional”* (Enfermera Ana, 2003).

Análisis de la influencia de las relaciones competitivas y tecnológicas en el hacer de la enfermería laboral.

El hacer de Enfermería laboral se basa en llevar a cabo una práctica competitiva, orientada a cumplir estándares de producción; esta situación coloca al personal como objetos de trabajo y mano de obra, que las expropia de su conocimiento y supedita a un trabajo mecanizado, estandarizado con antelación, para ser evaluado a posteriori, según el número de actividades que realizan.

“El trabajo de nosotras consiste en sacar y sacar trabajo. Nos cuantifican el número de actividades que realizamos, y al llevarlo al papel ni siquiera lo toman como actividades nuestras, pues son parte del trabajo del médico” (Enfermera Flor, 2003).

Todas estas circunstancias hacen que se establezcan relaciones de poder verticalizadas y regidas por la jefatura médica que decide sus acciones: *“Aquí yo soy el jefe, la enfermera hace, si yo estoy de acuerdo, porque lo puedo establecer”* (Médico Juan, 2003).

Esta subordinación es representada por la forma organizacional y en ocasiones por ellas mismas, pues ejercen una posición de labor cumplida, haciendo bien las actividades, con el fin de asegurar su trabajo y relaciones interpersonales cordiales: *“El médico es el jefe. Así lo establece Recursos Humanos. La enfermera solo es parte del personal del consultorio, la que ejecuta actividades que le son dadas”* (Usuaría Iris, 2003).

La sumisión también se visualiza en la descripción que le dan al trabajo en equipo, como actividades precisas a realizar por cada persona: *“Trabajar en equipo es que cada persona haga lo que tiene que hacer, nunca decir no”* (Enfermera, Vicky, 2003).

Otro aspecto relacionado con lo anterior es el entorno laboral, diseñado y ubicado estratégicamente a la entrada de los “consultorios médicos”, de modo que sea Enfermería la que inicie el abordaje a las personas, situación que aceptan con agrado: *“Me gusta el sitio donde tengo el escritorio; así cuando llegan las personas, los veo venir y los atiende de inmediato”* (Enfermera María, 2003).

Este hecho influye en forma directa en sus condiciones laborales, pues es su mismo medio laboral el que en ocasiones las convierte en víctimas de su propio contexto laboral. A pesar de lo anterior poseen gran capacidad de asimilación y adaptación. Esta capacidad es reconocida y aprovechada por su jefatura y usuarios(as): *“La enfermera, como todo empleado, tiene sus funciones, y la más importante es curarme cuando me siento mal. De lo contrario puede ser sancionada”*. (Usuario Carlos, 2003).

Para asegurar su competitividad, aumentar rendimiento y calidad de su trabajo, la capacitación es obligatoria y debe evidenciarse en su trabajo: *“Los cursos de relaciones laborales son obligatorios. Luego debo aplicar lo aprendido”* (Enfermera, Aída, 2003). No obstante, consideran que esta capacitación no las enriquece lo suficiente para mejorar la atención. Por eso buscan capacitarse por sus medios y de acuerdo con lo que consideran que las ayudará a mejorar la atención.

Las enfermeras se enfrentan al reto de ejercer una práctica basada en un perfil laboral establecido desde su contratación y que deben adaptar a su perfil profesional. Por tanto la atención que brindan es puramente asistencial, de alivio al síntoma con el propósito de que la producción no se detenga.

“En muchas ocasiones, el jefe me llama y me dice: Ahí te mando a esta persona para que me lo inyecte para su dolor de espalda, se ponga pura vida y en unos minutos a continuar con su trabajo” (Enfermera Ana, 2003).

Bajo esta perspectiva se visualiza el paradigma de Enfermería de la categorización, como un modelo donde los fenómenos son considerados como clases o categorías aisladas, que buscan el factor causal para orientar el tratamiento, sin considerar los demás factores personales y ambientales (Kérouac, 1996). Sin embargo, al mismo tiempo, le permite desarrollarse con habilidad y seguridad en la atención de las personas: *“A esta altura de mi profesión y de acuerdo a mi experiencia, sé cómo atender a un paciente, en sus diferentes necesidades y de acuerdo a lo que me refiere”* (Enfermera Vicky, 2003).

Para ellas es importante actuar con prontitud para satisfacer las necesidades de salud del trabajador. Por ello, desean incrementar sus conocimientos, para así ampliar su rol de atención: *“Siento que si busco conocer más, podré atender mejor a los pacientes. Es por eso que me gusta leer y buscar información”* (Enfermera Ana, 2003).

Entonces, el conocimiento empírico que según Carper (1978) se obtiene de la experiencia laboral y de los conocimientos adquiridos en la formación profesional cobra para ellas una gran relevancia: *“Fueron dos cosas las que me han ayudado a salir adelante en este trabajo: la experiencia laboral y las bases que aprendí en la universidad”* (Enfermera Flor, 2003).

Para llevar a cabo su trabajo, utilizan el equipo básico que tradicionalmente ha utilizado, solo que ahora electrónico: *“Los esfignomómetros digitales me ayudan mucho, pues son muchas las personas a las que debo controlar la presión”* (Enfermera Vicky, 2003).

Lo anterior se relaciona con el conocimiento estético propuesto por Carper, (1978) que según él se obtiene por la repetición de procedimientos y que se evidencia en la creatividad y habilidad al realizar determinadas acciones con seguridad y destreza, de acuerdo con cada situación: *“El tomar signos vitales, hacer electrocardiogramas, administrar tratamiento, es algo que lo hago casi automáticamente; me lo sé de memoria”* (Enfermera René, 2003).

Influencia de las relaciones competitivas y tecnológicas en el ser de la enfermería laboral.

En este apartado se integran y analizan las dimensiones del saber y el hacer que las enfermeras han utilizado para el desarrollo de su conocimiento, entre ellos para comprender cómo influyen la competitividad y la tecnología en el ser de

la Enfermería Laboral. Este recurso las hace sentir profesionales es su perfil profesional, sin embargo, dado el desconocimiento de los entes empleadores del mismo, también las hace sentir invisibilizadas o como simples asistentes, con un perfil laboral impuesto externamente sin que se haya considerado su participación para definirlo.

El conocimiento ético está presente en la relación enfermera-usuario(a), pues es cordial, de confianza, solidaridad y respeto. Los derechos individuales se hacen manifiestos en su atención personalizada, precisa, oportuna y confidente. Las relaciones interpersonales fueron consideradas asertivas, de simpatía y de respeto.

Discusión

Las organizaciones burocráticas donde laboran las enfermeras les exigen ser competitivas y productivas, con un hacer basado en acciones preestablecidas mediadas por la total subordinación a la jefatura médica. Su trabajo es invisibilizado, pues todas sus labores se registran estadísticamente supeditadas a este profesional. Esta situación las ha llevado a considerar innecesario hacer notas de Enfermería.

Aunado a lo anterior, las enfermeras se enfrentan a la inexistencia de tecnología de avanzada para la atención de la salud laboral (incluso existe un total desconocimiento al respecto), lo que las lleva en ocasiones a solicitar lo que creen que les ayudará a agilizar su trabajo. Sin embargo, se enfrentan a la realidad cotidiana de una tecnología que modifica los procesos de trabajo y que genera cambios en los perfiles de salud, a los cuales debe enfrentarse con la misma tecnología. La poca capacitación que reciben está dirigida a mejorar la calidad de su trabajo, pero como esta es insuficiente deben buscar capacitarse por su propia cuenta en adiestramientos que consideran que las ayudará a enfrentar los desafíos.

Para dirigir su proceso de trabajo orientado por un saber cuyo origen se encuentra en las fuentes del conocimiento empírico, aplican juicios propios de la profesión y la experiencia laboral. Mediante el conocimiento estético procuran un saber propio y práctico.

Como los consultorios médicos poseen una política de prevención de riesgos, la atención tiene un fondo biomédico establecido por el líder médico; esta situación conduce a que la enfermería laboral establezca un ser que desde el punto de vista de género se basa en la subordinación laboral tanto a la gerencia de la empresa como a la jefatura médica, ocupada por un varón en la mayoría de los casos.

Lo anterior acentúa la dificultad para establecer el conocimiento personal de las enfermeras, pues no cuentan con elementos que les permitan poner en práctica su creatividad innovadora en la atención: las características propias de la empresa, generada por la competitividad y la tecnología, no se lo permiten lo que les produce estrés y las convierte en víctimas de su propia salud laboral.

Para que Enfermería laboral sea actualizada e innovadora y se coloque la nivel de los procesos de cambio económico,

se le debe proveer del conocimiento necesario, en particular con respecto a la nueva tecnología. Pero para lograrlo se requiere principalmente que surja desde la necesidad sentida, en su seno y desde el convencimiento y el empoderamiento de su papel protagónico dentro del equipo multidisciplinario. Un proyecto de esta naturaleza demanda capacitación, tanto por parte de la disciplina como de aquellos entes que la emplean como recurso, exigiendo competitividad y producción. Este compromiso debe ser tanto en el nivel personal como del Colegio de Enfermeras para promover el desarrollo profesional de sus agremiados(as) mediante la capacitación e investigación en el área. Además, se debe exhortar a un liderazgo positivo, donde medie la concertación y la negociación en varias direcciones: hacia sí mismas, hacia las personas que brindan atención y hacia los entes empleadores.

Finalmente, se debe concienciar a la enfermería laboral para la búsqueda de preparación académica en el área; en este sentido ya se dieron los primeros pasos con la creación de la maestría de Enfermería en Salud Laboral. La meta es alcanzar una enfermería actualizada con la competitividad y tecnología propia de cada empresa o institución en particular.

Así pues, a partir de la teorización de Enfermería laboral construida desde su análisis conceptual y su relación con la tecnología y la competitividad, las enfermeras

podrán aumentar la calidad de su trabajo mediante el uso

adecuado de la tecnología, y de acuerdo con la demanda de los procesos de trabajo que cada empresa o institución determinen.

Por tanto, Enfermería laboral debe proponer estrategias de promoción de la salud laboral y prevención de accidentes y enfermedades laborales de acuerdo con las políticas de cada empresa o institución en particular. Esto garantizará el crecimiento profesional de quienes laboran en el área y la satisfacción de los contratantes y usuarios de los servicios de salud relacionados con esta disciplina.

Bibliografía

- Carper, B.A.(1978). *Advances in Nursing Science*, 1(1): 13-23.
- Glaser, B., Strauss. A. (1967). *Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Andine.
- Glaser, B., Strauss. A. (1968). *Time for Dying*. Chicago: Andine.
- Kerouac, Suzanne y otros (1996). *El pensamiento enfermero*. España: Masson.
- Meleis, Afat (1985). *Theoretical Nursing: development and progress*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Strauss, A., Corbin, J. (1998). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.



A nuestra querida ex directora de la revista *Enfermería en Costa Rica*

Por este medio, desde el Comité Editorial de la revista *Enfermería en Costa Rica*, queremos brindar homenaje al trabajo desarrollado por la exdirectora de la revista *Enfermería en Costa Rica*, Lic. Aurelia Ruiz Sánchez.

Nuestra querida exdirectora, se incorporó al comité editorial de la revista en 1989, y trabajó durante veintidós años para plasmar en ella el desarrollo de la ciencia de la enfermería en Costa Rica.

De su trabajo destacamos, entre otros muchos aspectos, la ferviente defensa de la revista en momentos en los que incluso se cuestionaba su continuidad. De su personalidad, el compromiso y la apertura al dialogo intergeneracional.

Aprovechamos este espacio para darle la bienvenida al nuevo director de la revista, MSc. Allan Rodríguez Artavia. Le deseamos los mejores éxitos tanto en el desempeño de sus labores como en el desarrollo de la revista bajo su cargo.



Los patrones de conocimiento (No) Posibles.

Crítica foucaultiana a la clasificación de Barbara Carper.

Xabier Irigibel - Uriz*

RESUMEN

El trabajo desarrolla una crítica a los planteamientos epistemológicos de Barbara Carper (1975) ya que desvincula su estudio de las realidades sociales desde donde emergen los patrones del conocimiento. A lo largo de la discusión se plantea la necesidad de comprender la estructura del conocimiento en relación con las condiciones sociales, históricas, políticas, económicas y epistemológicas desde donde emergen las prácticas discursivas, no discursivas y sus materializaciones. Los postulados filosóficos de Michael Foucault facilitan la comprensión de la construcción del conocimiento en términos de enfrentamiento, combate y guerra. El artículo propone ubicar la discusión en el juego de las (No) Posibilidades de cada realidad concreta, remitiéndonos así a los contornos, límites y márgenes desde donde estaría emergiendo la estructura del conocimiento de enfermería.

Palabras Clave: Epistemología. Enfermería. Carper. Foucault. Patrones del Conocimiento.

ABSTRACT

(Non) Possible Patterns: A Foucaultian Approach To Barbara Carper's analysis.

This paper develops a critique of Carper's (1975) approach by separating their study from the social reality from which knowledge construction emerges. The discussion states the need to discuss the structure of knowledge from with respect to a range of conditions: social, political, historical, economical and epistemological, all relevant since it is from them that discursive practices, non discursive practices and their materializations emerge. Foucault's philosophical approach allows for an interpretation of the phenomena from the perspectives of clashes, combats and wars. From these perspectives the patterns of knowledge presented by Carper (1975) are some of the monuments that the regime of truth provides for the due understanding of the structure of knowledge in nursing.

Key Words: Epistemology. Nursing. Carper. Foucault. Patterns of Knowledge.

*MSc. Ciencia de enfermería.
Enfermería Abriendo Puertas. Costa Rica.
Dirección para Correspondencia:
rescoldos.cr@gmail.com
Recibido: 12/02/2011.
Aceptado: 24/ 05/ 2011.
Enfermería en Costa Rica 2011; 32 (1):
30 - 36.

Introducción

Los patrones del conocimiento identificados y descritos por Barbara Carper (1975) constituyen uno de los monumentos principales de la unidad discursiva del régimen de verdad que se presenta como referente teórico para explicar la construcción del conocimiento en enfermería. La identificación y descripción de los patrones empírico, estético, personal y ético, ha generado innumerables aplicaciones (Althoff, Borestein, Ribeiro, Villalobos & Lunardi 1996, Lorraine 2005, Meza 2005) y una prolífica discusión (Munhall 1993, White 1995, Wainwright 2000).

La preocupación de Barbara Carper en torno a la enseñanza y el aprendizaje le llevó a desarrollar una clasificación del horizonte de expectativas que cada tipo de conocimiento provee a la disciplina. Como resultado de la investigación, identificó los patrones del conocimiento: "That body of representative concepts and methods used to analyze and order ways of knowing in a field of inquiry" (1975, 9).

Los resultados de su investigación se dieron a conocer mediante un artículo publicado en la revista *Advanced Nursing Science* (1978). Sin embargo, para comprender cómo es que Carper llegó a identificar los patrones del conocimiento, es necesario remitirse a su Tesis de Doctorado en Educación del Teachers College de la Universidad de Columbia (1975) donde se detalla, con más claridad, el proceso que desarrolló para la conceptualización de los patrones.

En su estudio, procura identificar el cuerpo representativo de conceptos y métodos mediante un análisis sistemático de la literatura, libros de texto y revistas, publicada en los diez años anteriores a la realización de la investigación. El análisis se fundamenta en los planteamientos conceptuales de Phenix y Schwab que le permitieron identificar la estructura del conocimiento desde dos perspectivas: la conceptual y la sintáctica.

La estructura conceptual o fundamental es definida por Carper como "the body of imposed conceptions" (1975, 47) que concretan el tema de estudio, el control de las investigaciones, el esquema de categorías con el que los significados son simbolizados y las ideas fundamentales de la disciplina.

La estructura conceptual supone el origen y la guía principal de investigación; la determinación de lo que debe considerarse relevante, así como su interpretación.

"The substantive structure of a field of inquiry is composed them of the concepts or 'representative ideas' which are deliberate constructions of the mind and serve as a guiding principles of inquiry" (1975, 47).

El control de dicha guía acontece en función de los principios de confiabilidad y validez, cuyo criterio evoca a dos importantes características del conocimiento: el carácter revisionista, enriquecido por una continua evaluación y modificación de la estructura conceptual; y el carácter plural, donde concurren diferentes utilidades de estructuras conceptuales. En consecuencia, el conocimiento adquiere una dimensión de permanencia provisional camino hacia la

verdad. Frente a este movimiento, evocando al peso del contexto en la construcción del conocimiento y justificando esta perspectiva local, Carper señala que "these bodies of knowledge must be understood in the light of the restricted circumstances in which they are valid" (1975, 50).

Por su parte, la estructura sintáctica nos remite a los procedimientos o métodos que determinan el camino de investigación, su evaluación y validez. Se refiere al camino que traza el o la investigadora para transformar la información bruta en conclusiones.

A partir de la identificación de las estructuras sintáctica y conceptual en la muestra analizada, Carper (1975) identifica los patrones, que como estructuras más representativas, configuran el horizonte de expectativas del conocimiento con mayor valoración social. Patrones que representan los caminos de aproximación a los problemas y cuestionamientos, y que proveen a la disciplina de una perspectiva y entendimiento particular; fundamento racional del ejercicio profesional de la enfermería.

Los resultados que presenta Carper, más allá de los ya tantas veces señalados patrones del conocimiento, insisten en que:

"The subject matter cannot be taught or learned without referent to the context of the structure... that determine the kind of knowledge gained and limit its meaning, scope and validity" (1975, p.2).

Paradójicamente y a pesar de destacar en los resultados la importancia del contexto de la estructura, Carper (1975) identifica los patrones del conocimiento independientemente del contexto de la estructura. La única referencia a dicho contexto se remite a la descripción que desarrolla, en el segundo capítulo de su tesis, de las principales tradiciones investigativas.

El presente artículo constituye un esfuerzo teórico por discutir, los planteamientos de Barbara Carper (1975) en torno a la estructura del conocimiento de enfermería, desde las lógicas foucaultianas de combate, enfrentamiento y guerra. Una discusión teórica desde donde se cuestiona el hipotético carácter liberador con el que parecieran presentarse las principales categorías epistemológicas con las que se procura comprender la construcción del conocimiento en enfermería.

Para ello, se parte de una referencia al contexto socio histórico desde donde se desarrollan los procesos de construcción del conocimiento. Una breve referencia a alguno de los principales lugares epistemológicos desde los cuales se pueda comprender la emergencia de unos determinados patrones, los descritos por Carper, y el silencio de otros, los intuidos por el autor.

Desarrollo

El Abordaje Foucaultiano.

Michel Foucault (1926 -1984), filósofo francés postestructuralista, ofrece un excelente marco filosófico para com-

prender la sociedad a través del análisis de los sistemas de exclusión. Sus postulados nos invitan a analizar el tejido de la existencia como resultado de una multiplicidad de redes complejas y de heterogéneas relaciones de poder:

“Fuerzas inmanentes y propias del dominio en que se ejercen, y que son constitutivas de su organización; el juego que por medio de luchas y enfrentamientos incesantes las transforma, las refuerza, las invierte; los apoyos que dichas relaciones de fuerza encuentran las unas en las otras, de modo que formen cadena o sistema, o, al contrario, los corrimientos, las contradicciones que aíslan a unas de otras; las estrategias, por último, que las tornan efectivas” (Foucault, 1998, 112).

La comprensión de esta red se desarrolla por medio del juego de dos conceptos fundamentales: poder y saber. El poder en Foucault no es visto como una instancia que pueda ser poseída por un grupo, no es ni una estructura política ni el privilegio de una clase dominante. El poder es una fuerza creativa que transita y permea todas las relaciones que acontecen en el marco de la heterogeneidad de las redes. No posee un sentido peyorativo, sino que se considera como una pulsión, una fuerza productiva que atraviesa todo el cuerpo social.

El saber está estrechamente unido al poder. En primera instancia porque el poder que permea la red configurando la realidad, constituye el cuerpo de saberes posibles. Y en segunda instancia, porque estos mismos saberes constituyen una pulsión, un poder que atraviesa la misma red que los hace posibles. Ambos se implican directamente el uno al otro, pues no hay saber que no constituya relaciones de poder, ni poder que no constituya un campo de saber.

La existencia es pues el resultado de la multiplicidad de redes complejas y de heterogéneas relaciones donde transita y emerge un poder, que más que reprimir, produce sin censar; en el sentido de que cada retícula, cada encuentro y cada relación provoca una pulsión que contribuye a construir el movimiento que configura la realidad.

Sin llegar a ser imposiciones de sujetos o estructuras trascendentales, las relaciones de poder son intencionales y objetivas: *“están atravesadas de parte a parte por un cálculo”* (Foucault, 1998, 115-116); un objetivo que pretende gobernar la emergencia del no – lugar donde se desarrolla el enfrentamiento productivo de cada acontecimiento.

La red constituye el campo de saber y la política general de la verdad. Un régimen que gobierna el no – lugar desde donde se impone el dominio de la verdad, definiendo:

“Los tipos de discursos que acoge y hace funcionar como verdaderos; los mecanismos y las instancias que permiten distinguir los enunciados verdaderos de los falsos, la manera de sancionar a unos y a otros; las técnicas y los procedimientos que son valorados en orden a la obtención de la verdad, el estatuto de quienes se encargan de decir qué es lo que funciona como verdadero” (Foucault, 1999a, 53).

Una red donde los sistemas reticulares hegemónicos ha-

cen efectivo su dominio por medio de tecnologías de poder, cuyo conjunto y micromecánica, configura las verdades y los efectos de poder de las verdades que pasan a formar parte de la red. Prácticas sociales que determinan el ámbito de lo posible (lo obligatorio) y el silencio de lo prohibido; en este caso, la estructura del conocimiento de enfermería (lo obligatorio), frente a otras estructuras no posibles (lo prohibido).

Desde el silencio de lo prohibido; la enfermería posible y el régimen de poder constituyen, acogen y hacen funcionar una serie de discursos como verdaderos. Pensamientos, lógicas y saberes que, asumiendo que *“el saber y la verdad no pueden pertenecer a la guerra y no pueden ser sino del orden y la paz”*, (Foucault, 2002a, 162) pudieran estar articulándose con la dirección del gobierno del no lugar de la red de poder y del régimen de verdad que los acoge y presenta como fundamentos racionales.

El camino genealógico que propone Foucault, como estrategia de insurrección de los saberes sometidos frente a la institucionalización del discurso científico y la continuidad a la que remite la historia formal, invita al rescate de las luchas, los combates y los enfrentamientos desde donde podría comprenderse la estructura del conocimiento de enfermería.

Rupturas y continuidades desde donde cuestionar y combatir la instancia teórica unitaria que domina el silencio de las guerras. Fuerzas, juegos, formas de lucha; tensiones y pulsiones que permean la red de la enfermería posible y su régimen de verdad como espacio e instante desde donde emergen los patrones del conocimiento de la enfermería.

Fragmentos Genealógicos de la Enfermería.

La micromecánica del poder presentada por Foucault como estrategia para *“comprender los sistemas implícitos que determinan, sin que seamos conscientes de ello, nuestras conductas más habituales”*, (Foucault, 1999a, 38) remite a una discusión de la estructura del conocimiento donde, necesariamente, confluyen el desarrollo identitario de enfermería; la construcción del conocimiento; el ejercicio profesional y sus manifestaciones; desde un marco social, político, económico y epistemológico particular. Una red de relaciones de poder y saber donde acontecen los enfrentamientos y los juegos de poder que en cada instante posibilitan la (no) emergencia de la existencia.

El estudio de la enfermería, en cualquiera de las dimensiones señaladas recientemente, nos remite a una comprensión del desarrollo de la disciplina en clave de sometimiento. En términos foucaultianos, en clave de docilidad y utilidad.

Los orígenes de la enfermería institucionalizada están ligados a estamentos religiosos, dentro de un sistema patriarcal, que por medio de las figuras masculinas encarnadas en los médicos curas y militares, creó una disciplina de enfermería domesticada. (Siles, 2005). Una enfermería construida, cargada de connotaciones que el sistema patriarcal, todavía hoy hegemónico, procura impregnar a las enfermeras – mujeres: alienada y sumisa, dogmática, heterónoma, abnegadas y no reconocidas socialmente.

Desde este contorno de rasgos identitarios, no es de extrañar que Meza (2005) afirme que existen dificultades para distinguir entre el ejercicio profesional autónomo y el ejercicio definido por las instituciones de salud. En la misma línea, el estudio de Solano (1994) refiere que la formación de enfermeros(as) en las Escuelas de Enfermería, siempre ha respondido a las necesidades del sistema. Meleis, (1991) añade que incluso el desarrollo intelectual de la enfermería se ha caracterizado por ser subordinado, asumiendo que dicho desarrollo aconteció o acontece en función de las necesidades de los médicos y hospitales.

Para López, (2005) el sistema burocrático no solo determina los cambios que pudieran acontecer en la enfermería, sino que ejerce una feroz resistencia a aquellos cambios que aparentemente, no le benefician. En la misma línea, Aparecida y Miranda (2000) mencionan que la enfermería trata de desarrollarse dentro de un sistema alienante que promueve un hacer sumiso, no reflexivo, obediente y heterónomo, promoviendo así el anquilosamiento de la disciplina en un hacer técnico, patocéntrico y medicalizador en detrimento de un hacer más educativo y transformador. Un hacer que vendría a responder al emergente paradigma de la transformación (Kerouac y otros. 1997), que sin embargo, a la luz de lo descrito, se topa con un sistema rígido, (Meza 2006) rutinario (Molina 2005) y normativo que se resiste al cambio creativo que puedan promover los profesionales de enfermería (Nietzsche & Leopardi 2000).

Autoras como Vega (2002) y Aparecida y Miranda (2000) afirman que la enfermería está centrada en el paradigma de la categorización (Kerouac y otros, 1997) y otras muchas señalan que la enfermería se basa en el modelo biomédico positivista (Villa 2005, Salas 2003). Pensamientos cuyo fundamento exclusivamente biológico, asistencial, patocéntrico e intramuros, facilita la medicalización de la vida a través de abordajes que excluyen perspectivas que pudieran situarse en ámbitos políticos, sociales, económicos o históricos.

Una racionalidad medicalizadora y un ejercicio profesional heterónomo, gobernado por las fuerzas constituidas en función de las lógicas de: a) la racionalidad instrumental utilitaria; centrada en la neutralidad, el deseo de controlar el medio, la objetividad y la (des)politicización de la ciencia; b) la corriente fenomenológica caracterizada por una apertura a las experiencias pero limitadas al contexto de los límites culturales, excluyendo la dimensión socio políticas o económicas de dicho contexto cultural; (Browne, 2004) o por ejemplo, la ideología liberal, cuyo legado supone la supuesta igualdad entre personas y el consecuente rechazo de las desigualdades sociales, una focalización del ejercicio profesional en el individuo frente al colectivo y un individualismo donde se promueve el *"sálvese quien pueda"* (Browne, 2001).

Frente a la idiosincrasia y a las particularidades locales de cada enfermería posible, los esfuerzos de comprensión de la disciplina parecieran ubicarnos frente a la universalidad de un desarrollo en clave de docilidad y utilidad. Estudios como los de Holmes y Gastaldo, (2002) Irigibel-Uriz, (2008) Perron, Fluet y Holmes (2005) o Lunardi, (2004) coinciden en anali-

zar y comprender, desde países tan distantes como Canadá, Brasil o Costa Rica, los diferentes contornos del desarrollo de la enfermería señalados recientemente, desde un marco que, a partir de los aportes teóricos de Michael Foucault, podrían identificarse como policíacos.

El ejercicio de la enfermería policíaca se refiere a aquel que se constituye en función de los parámetros de gobernabilidad que los grupos que dominan la emergencia de la existencia, consiguen instituir para reproducir las relaciones de fuerza que más les interesa. Un juego de fuerzas, dominios, leyes, instituciones e imaginarios sociales que, a través del ejercicio policíaco de agentes como los profesionales de enfermería, consiguen gobernar la conducta de los ciudadanos instaurando la pseudo paz social que facilita el fortalecimiento de las fuerzas dominantes; paradójicamente, en el mismo instante en que consiguen generar una sensación de bienestar y felicidad en las personas gobernadas.

Perron, Fluet y Holmes (2005) refieren que la enfermería, como profesión que da forma y soporte a los sistemas sanitarios, desarrolla un papel fundamental en las formas de gobierno de los seres humanos a través de estrategias de poder centradas en los rasgos biológicos del ser humano, homogenizando y ordenando la sociedad. Por su parte, Holmes y Gastaldo (2002) refieren que la enfermería sostiene al mismo sistema que la oprime y que articula su trabajo con la racionalidad del Estado, normalizando a los ciudadanos a través de la conducción de las personas hacia *"el buen paciente"* y el *"ciudadano saludable"*.

Siempre en la misma línea, Lunardi, Peter y Gastaldo, refieren que: *"las enfermeras participan de formas de gobierno porque gobernar la conducta de sus pacientes es una de las tareas intrínsecas del trabajo de enfermería"* (2006, 269). Gobierno de las formas de vivir, pensar y encarar la salud y la enfermedad que de la mano de la policía enfermera, hace efectiva la gobernabilidad. En términos foucaultianos, difi-cultando *"enormemente a los locos, que son encerrados, y a los enfermos, que son hospitalizados, que lleven a cabo su propia revolución"* (1971, 28).

Hegemonía policíaca, gobierno de los procesos de construcción de la salud y racionalidad medicalizadora que emergen en el mismo instante en el que dejan de emerger otras formas de desarrollar la enfermería, cuyos efectos podrían no articularse con la reproducción del orden social que pretenden establecer las fuerzas que gobiernan la emergencia de la existencia.

La Crítica a los Planteamientos de Barbara Carper.

Frente al análisis de Carper (1975) quien identifica el horizonte de expectativas del conocimiento que guía la práctica, independientemente de las pulsiones del ejercicio profesional, de sus efectos y su contexto; el dispositivo foucaultiano, como estrategia que permite analizar la estructura del conocimiento en relación con las fuerzas que subyacen al saber y al poder que construye y de la que a su vez es producto, permitiría cuestionar el método de Carper (1975) en la medida en que ubica la estructura del conocimiento como una

fuerza trascendental desde donde se articula la racionalidad que subyace al ejercicio profesional.

Frente a esta perspectiva reduccionista, Foucault sitúa la reflexión en torno a la estructura del conocimiento en un marco de análisis constituido por la red que se teje entre la heterogeneidad de los discursos, las leyes, instituciones, afirmaciones científicas, las prácticas, los efectos del ejercicio profesional, las enseñanzas filosóficas y en resumen, entre lo que se dice y no se dice. Deleuze, define el dispositivo como

“Una especie de ovillo o madeja, un conjunto multilíneal. Está compuesto de líneas de diferente naturaleza y esas líneas del dispositivo no abarcan ni rodean sistemas cada uno de los cuales serían homogéneos por su cuenta... sino que siguen direcciones diferentes, forman procesos siempre en desequilibrio y esas líneas tanto se acercan unas de otras como se alejan unas de otras” (Citado en Moro, 2003, 38).

Un camino en el que la estructura del conocimiento surgiría como efecto de una red constituida por:

- Prácticas discursivas, campo de acumulación de afirmaciones, habla y pensamiento basado en un conocimiento.

- Prácticas no discursivas, actuaciones sobre la base de un conocimiento.

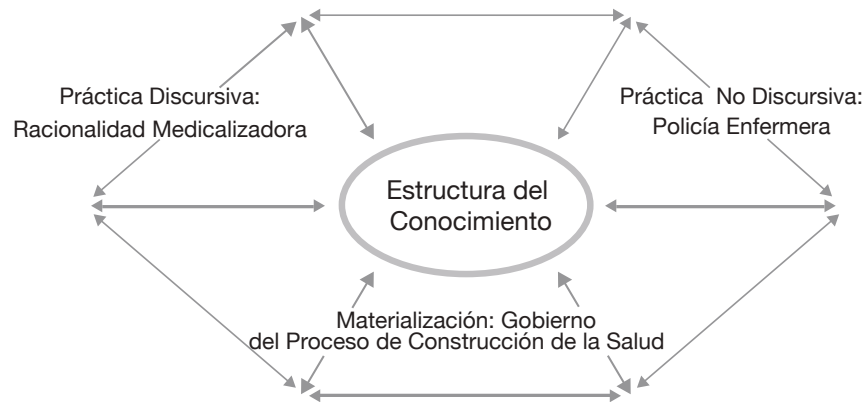
- Materializaciones o manifestaciones de las prácticas discursivas realizadas por medio de prácticas no discursivas.

Un conjunto de fuerzas y potencias desde donde los patrones del conocimiento emergerían como efecto de las relaciones del marco triangular, que en un determinado tiempo y espacio, posibilita una estructura del conocimiento en función de las prácticas y los efectos de dichas prácticas, que le constituirían tanto como las constituiría.

Prácticas de enfermería que nacen a partir de la misma red donde confluyen y emergen tanto la estructura del conocimiento, como las prácticas y los efectos de las prácticas. Todos ellos constituyendo y siendo constituidos. Todos ellos moviéndose y emergiendo desde el no – lugar donde acontecen los enfrentamientos; fuerzas creativas a partir de las cuales presenta la existencia, incluso la de los patrones (Foucault, 2002b y Jäger, 2001).

Dispositivo que en función del régimen de verdad descrito recientemente en la aproximación genealógica, podría caracterizarse de la siguiente manera:

Figura nº 1: Dispositivo desde donde emergería la estructura del conocimiento en enfermería.



Sin entrar en las discusiones en torno a la correcta definición de los patrones, como la que plantea Wainwright (2000) donde cuestiona la conceptualización del patrón estético como el arte de enfermería, los resultados que presenta Carper (1975) nos remiten, efectivamente, a la estructura del conocimiento que ha predominado en enfermería y que ha sido identificada por otros estudios como el desarrollado por Meza. (2005) Ambas investigaciones, nos describen la hegemonía de ciertos patrones y el silencio de otros. En el estudio de Meza (2005) y a pesar de considerarse como categoría de análisis, se evidencia una ausencia de patrones socio políticos e históricos. En el caso de Carper y seguramente por no ubicar su análisis en el patrón socio político, los datos y su análisis no detallan huella crítica alguna.

Como espejo de su propio patrón, cuando Carper se aproxima al contexto de la estructura del conocimiento y describe las diferentes tradiciones investigativas, omite el legado de la Teoría Crítica, tradición investigativa cuya lógica evoca, necesariamente, al mismo patrón socio político al que Carper pareciera no darle la palabra.

Desde un marco diferente al de la Teoría Crítica, pero compartiendo el objetivo de la transformación y emancipación, en una caso de estructuras trascendentes y en el otro de redes de relaciones de poder; el dispositivo foucaultiano nos remite a una lectura diferente de los patrones del conocimiento de la enfermería:

Como espejo de su propio patrón, cuando Carper se aproxima al contexto de la estructura del conocimiento y describe las diferentes tradiciones investigativas, omite el legado de la Teoría Crítica, tradición investigativa cuya lógica evoca, necesariamente, al mismo patrón socio político al que Carper pareciera no darle la palabra.

Desde un marco diferente al de la Teoría Crítica, pero compartiendo el objetivo de la transformación y emancipación, en una caso de estructuras trascendentes y en el otro de redes de relaciones de poder; el dispositivo foucaultiano nos remite a una lectura diferente de los patrones del conocimiento de la enfermería:

Como horizonte de expectativas del conocimiento, los patrones con mayor representatividad y valoración social evocarían, necesariamente, a aquellos que el régimen de verdad "...acoge y hace funcionar como verdaderos" (Foucault, 1971b, 53). En este caso o para esta lectura, aquellas estructuras del conocimiento que al emerger en un espacio y tiempo determinado responden tan solo, al ámbito de la enfermería posible; cuya posibilidad, radica en la construcción ontológica descrita en la aproximación genealógica y cuyas

características remiten a la racionalidad medicalizadora, la policía enfermera y el gobierno del proceso de construcción de la salud.

Desde esta enfermería posible y desde la lógica foucaultiana de los enfrentamientos que acontecen en la red y en su régimen de verdad, la emergencia de determinados patrones, independientemente de su etiqueta, evocaría necesariamente a otros no patrones, aquellos que no consiguen emerger de cada realidad concreta.

Como refiere Carper en sus resultados, "each of the fundamental patterns of knowing represents one way of approaching the problems and questions in the discipline" (1975, 2). En su caso, un patrón empírico y personal cuya aproximación a los problemas no transita por un camino "socio político", por lo que, aparentemente, pudiera articularse con el gobierno del no – lugar desde donde la enfermería perpetúa el silencio de su sometimiento, reproduciendo la red de la enfermería policíaca: la enfermería posible.

Un régimen de verdad desde donde los patrones presentados por Carper (1975) emergen como referentes teóricos, seguramente no tanto por su estructura del conocimiento, sino por su no estructura del conocimiento. No posibilidades para el abanico de posibilidades del contexto social, político, económico, histórico y epistemológico de la enfermería. Patrones que, a pesar de no haber podido emerger, también pudieran clasificarse en patrones estéticos, empíricos, éticos, personales, socio políticos, entre otros, pero que ineludiblemente, remiten a un conocimiento No Posible; situando la discusión no tanto en la identificación de las grandes familias de estructuras del conocimiento, como en el contenido de dichas familias. A saber, Conocimiento (No) Posible.

Reflexiones Finales

La estructura del conocimiento, incluso la No Posible, esta sujeta a cambios. Como afirma Carper (1975), dichos cambios requieren de una modificación en la estructura conceptual y en los métodos de investigación. Cuando esta investigadora proclama, constantemente, que dicha estructura depende de su contexto, pareciera ubicarnos en la lógica foucaultiana donde la emergencia de nuevas estructuras de conocimiento requerirían, necesariamente, una transformación de las relaciones de poder, de las prácticas no discursivas y su materializaciones. Un cambio de escenario y de su régimen de verdad que nos libraría de "...las transformaciones que valen como fundación y renovación de las fundaciones" (Foucault, 2002b, 7) y cuyos contornos nos volverían a situar en un nuevo y diferente marco de estructuras del conocimiento (No) Posibles.

Mientras acontecen dichos cambios, desde las posibilidades que consiguen emerger de la heterogeneidad de los discursos, leyes, instituciones, prácticas y de los efectos del ejercicio profesional, las enseñanzas filosóficas y en resumen desde la enfermería posible que ya conocemos y que tenemos capacidad de nombrar; ser capaces de reconocer la existencia de (No) Posibles Patrones del conocimiento de

enfermería puede constituir un espacio de discusión a partir del cual repensar los márgenes y las posibilidades de esta y otras enfermerías.

Referencias

- Apthoff, C.R., Borestein, M.S., Ribeiro, N.R.R., Villalobos, N. & Lunardi, V.L. (1996). Conhecendo o conhecimento das dissertacoes de mestrado em enfermagem da UFSC. *Texto Contexto Enfermagem*, v.5, n. esp, p. 215 – 237.
- Aparecida, E. & Miranda, M.M. (2000). A cultur institucional como determinante da prática educacional do enfermeiro. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, 9 (3), 115-132.
- Browne, A.J. (2001). The influence of liberal political ideology on nursing science. *Nursing Inquiry*. 8(2): 118 – 129.
- Browne, A.J. (2004). Response to critique of “The influence of liberal political ideology on nursing science”. *Nursing Inquiry*. 11(2): 122 – 123.
- Carper, B. (1975). *Fundamental patterns of knowing in nursing*. Tesis de Doctorado Educat. D. Teachers College. Columbia University. New York.
- Carper, B. (1978). *Fundamental patterns of knowing in nursing*. *Advances in Nursing Practice*, 1, 13-23
- Foucault, M. (1998). *La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI
- Foucault, M. (1999). *Conversación con Michel Foucault*. En: *Estrategias de poder*. Barcelona: Paidós – Colección Obras Esenciales, Vol II.
- Foucault, M. (2002a). *Defender la sociedad*. México: Fondo de la Cultura Económica.
- Foucault, M. (2002b). *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Gastaldo D. *Relaciones de poder en enfermería y salud mental: críticas y retos para el futuro*. XX Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Alicante, 10 – 12 de abril del 2003. En www.dip-alicante.es/enfermeria/20coaesm/Denise.doc [Consultado el 3 de abril del 2008].
- Holmes, D. & Gastaldo, D. (2002). Nursing as jeans of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*. 38(6), 557 – 565.
- Irigibel – Uriz, X. *Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora*. *Index Enferm*: 2008; 17 (4).
- Jäger, S. (2001). *Discurso y conocimiento: aspectos teóricos y metodológicos de la crítica del discurso y del análisis de dispositivos*. Páginas 61 – 100. En *Análisis Crítico del Discurso*. Wodak, R. y Meyer, M. compiladores.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- López, B. (2005). *Impacto de los procesos burocráticos de las instituciones de salud en la práctica de enfermería. Análisis del caso del hospital Dr. Tony Facio Castro de la provincia de Limón. Tesis Maestría Ciencias de Enfermería*. Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- Lorraine, B. (2005). *Nursing patterns of knowing in assessment of newborn sepsis*. [Tesis. Doctor of Philosophy]. United States: University of Arizona.
- Lunardi, V.L. (2004). *Historia da enfermagem. Rupturas e continuidades*. Florianópolis: Pelotas.
- Lunardi, V. Peter, E. y Gastaldo, D. (2006). ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enferm Clin*. 16 (5): 268 – 274. España.
- Meleis, A.I. (1991). *Theoretical Nursing. Development and progress*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Meza, M. (2005). *La construcción del conocimiento en enfermería: pasado, presente y futuro*. San José: Universidad de Costa Rica. Tesis final de graduación de la Maestría en Ciencias de Enfermería.
- Meza, M. (2006). *Construcción del conocimiento en Enfermería: Enfermeros y enfermeras tienen la palabra*. *Enfermería en Costa Rica*. Vol 27 (1); 10-6. San José - Costa Rica.
- Molina, X. (2005). *Reflexiones sobre el ejercicio de enfermería. Tesis de Maestría en Ciencias de Enfermería*. Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- Moro, O. (2003). ¿Qué es un dispositivo?. *Empiria. Rev. Metodol Cienc Soc*. 6: 29 – 46.
- Munhall, P.L. (1993). *Unknowing: Toward another pattern of knowing in nursing*. *Nursing Outlook*. 41: 125 – 128.
- Nietzsche, E.A. y Leopardi, M.T. (2000). *Tecnologia emancipatória: uma perspectiva de transformação da práxis de Enfermagem*. *Revista Texto Contexto Enferm*. 9 (1): 25–41.
- Perron, A. Fluet, C. & Holmes, D. (2005). Agents of care and agents of the state: bio-power and nursing practice. *Journal of advances Nursing*. 50 (5), 536 – 544.
- Salas, M.J. (2003). *El estatus científico de la enfermería: paradigma, método y naturaleza de su objeto de estudio*. *Cultura de los Cuidados Digital*. 14. Disponible en: www.index-.com/cultura/14_revista/14_articulo_71-78.php Consultado el 1 de octubre del 2006.
- Siles, J. (2005). *La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista* *Index de Enfermería (edición digital)*. 50. Disponible en www.index-f.com/index-enfermeria/50revista/5196.php Consultado el 24 de septiembre del 2006.
- Solano, O.M. (1994). *Políticas Nacionales de Salud y su relación con la Educación Superior en Enfermería en Costa Rica, periodo 1970 – 1988*. Costa Rica: Tesis Msc. Programa de Estudios de Postgrado en Educación. Universidad de Costa Rica.
- Vega, N.A. (2002). *La práctica de enfermería en un nuevo paradigma*. *REVENF*. 1 (1): 1-21.
- Villa, J.M., Garvía, M., García, S., Rojo, R.M., Merchán, M.N. & Galindo, A. (2005). *La idea de ciencia en el pensamiento enfermero contemporáneo*. *Temperamentum*, 1. Disponible en www.index-f.com/temperamentum/1revista/a0109.php Consultado el 25 de septiembre del 2006.
- Wainwright, P. (2000). *Towards an aesthetics of nursing*. *Journal of Advanced Nursing*. 32 (3), 750 – 756.
- White, J. (1995). *Patterns of knowing: Review, critique and update*. Aspen Publishers.



Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas.

Allan Rodríguez - Artavia*

RESUMEN

A lo largo de su desarrollo, el siguiente ensayo, pretende definir a través de cuáles prácticas, el cuidado se ha transformado en la esencia de la profesión denominada Enfermería. Se muestra en él la aplicación de la humanización como corriente, a la vez que esta se valora como un elemento trascendental para el propio cuidado. Se discute también cómo el quehacer tradicional de la Enfermería ha sido desplazado por la creciente utilización de las tecnologías actuales, y distorsionado al mismo tiempo por el recargo de funciones, entre otras circunstancias. Para el análisis de esta realidad se propone el pensamiento filosófico de Emmanuel Levinas, en tanto fundamento epistemológico que permite establecer aplicaciones para reconsiderar la atención humanizada. Se concluye el planteamiento sobre la necesidad de llevar a cabo una reflexión acerca de la práctica actual de la Enfermería, en la cual se incorpore y retome la mirada desde “el otro” como el centro del cuidado.

Palabras Clave: Enfermería, Cuidado, Humanización, Emmanuel Levinas.

ABSTRACT

Nursing in the face of dehumanization: a need to be considered from the philosophy of Emmanuel Levinas

This essay attempts to define which practices have transformed into the essence of what we call today the Nursing profession. It discusses the application of humanization as a movement and its transcendental role for proper nursing. It also discusses how the traditional practice of the profession has been replaced by the growing use of current technologies and distorted at the same time by the overload of duties, among other circumstances. The philosophical thinking of Emmanuel Levinas is proposed as a means to analyze this reality. It concludes by stating the need to carry out a reflection about the current practice of the Nursing profession and the need to reincorporate the concept of “the other” at the very centre of the nursing.

Key Words: Nursing, Humanization, Care, Emmanuel Levinas.

*MSc. Enfermería ginecología, obstétrica y perinatal.

Hospital San Vicente de Paul. Heredia - Costa Rica.

Dirección para Correspondencia:
allanrodriguez.a@gmail.com

Recibido: 13/5/2011.

Aceptado: 8/7/2011.

Enfermería en Costa Rica 2011; 32 (1):
37- 42.

“Una mano cálida, una mirada de confianza, una actitud de respeto y consideración son muestras de interés por el ser humano... una experiencia de vida menos traumática para narrar”

Ruby Elizabeth

Introducción

Desde tiempos inmemorables, las acciones que procuran la preservación de la vida han sido inherentes a la condición humana. Todos los aspectos que componen los actos relacionados con el cuidado tienen su origen en esa necesidad de supervivencia.

Dado que la temática del presente artículo se centra en el cuidado, es necesario realizar primero una evaluación del concepto en la cual se consideren los avances y sus diversos aspectos a través del tiempo. Mediante este abordaje se pretende lograr una mejor comprensión de la forma en que el cuidado ha evolucionado y del modo en que se ha adecuado a los diferentes ámbitos sociales y contextuales, en la búsqueda de una definición adaptada al momento y lugar específico en el que se esté analizando el concepto.

Con algunas variantes derivadas del contexto, en general al cuidado, se le ha considerado como aquella condición humana mediante la cual las acciones realizadas permiten a las personas lograr un bienestar en su vida, una recuperación en un proceso de enfermedad, o un acompañamiento en el paso hacia un buen morir (Zea, 2003, p. 156).

Si bien a lo largo de la historia de la humanidad, el cuidado ha estado presente como una condición inherente al ser humano, independientemente del género, su práctica ha marcado una diferenciación sustancial según quién lo lleve a cabo y según las formas que históricamente ha adoptado. Desde tiempos pasados, y en lo que a la mujer respecta, los cuidados han estado relacionados en mayor instancia con la familia, los alimentos, el vestido y las necesidades de afecto. Con respecto a los hombres, las acciones de cuidado han estado relacionadas con los actos que requerían fuerza física y con la consecución de alimentos a través de labores de caza y pesca. Además, el hombre estuvo encargado de la defensa del territorio y la salvaguarda de los recursos comunes (Vásquez, Gonzales, Ramos, Vargas, 2006, p. 77).

Esta situación, con la evolución de los tiempos, fue sufriendo una serie de cambios. En la Edad Media, por ejemplo, se encomendó a la mujer la tarea de cuidar y se le miró como la dueña absoluta de la facultad de cuidar. En algunos momentos hasta se la consideró incluso descendiente directa de las fuerzas del mal, de las cuales obtenía su poder. Todo ello provocó una acechanza por considerarla fuente de ese mismo mal.

Para ese entonces, el cuidado se basaba fundamentalmente en acciones independientes, relacionadas con la conservación de la vida; era visto bajo una óptica disociadora entre cuerpo y espíritu y bajo la influencia de algunas concepciones religiosas como la agustina, según la cual el cuerpo debía conocer del dolor y el sufrimiento para redimir-

se (Vásquez, y cols, 2006, p. 77).

Fue por acciones como las que ligaban el cuidado brindado por las mujeres con actos malignos, que en algunos momentos la mujer fue considerada por la iglesia como “bruja”; esto la convirtió, como ya mencionamos, en blanco de persecución. Ante ello surgieron formas de redención para el ejercicio social de lo femenino como la conservación de la virginidad o la dedicación de la vida a los pobres. Es así como surgen los diaconatos (Vásquez, y cols, 2006, p. 78).

Pero este arte de cuidar no quedó allí solamente, también se consideraba el cuidado materno como un valor innato dentro de la familia, en la mujer siempre fue considerada como el ente principal dador de este bien. Sin embargo, no fue sino hasta en el siglo XIX, cuando, tras la desacralización del poder político, ocurrida por acusa del cisma de la iglesia y del estado, que surge la figura de la “Enfermera”, la cual sustituye las labores de la mujer consagrada, pero heredando, en dicho traslape, muchos de los valores morales y religiosos, que imperaban en las anteriores dadoras del cuidado.

Desde su inicio práctico y filosófico, la “Enfermería” ha tomado la práctica del cuidado como la piedra angular de su disciplina, convirtiéndolo en objeto de estudio para teóricos y practicantes, y concibiendo el concepto como el rol fundamental de la disciplina (Zea, 2003, p. 156). Todo esto sin dejar de lado la labor de educación e investigación lo cual ha permitido que se construyan y se desarrollen en el día a día los fundamentos de la profesión.

Cuidar, como objeto de estudio, ha adquirido a lo largo de los años una estructura conceptual que alcanza cada vez mayor valor significativo en el entorno social. Pero lo relevante del cuidado como arte y disciplina es la institucionalización dentro de la enfermería como su esencia; es decir, el cuidado se ha instaurado en ella como un norte, como un eje central de la atención (Zea, 2003, p. 157).

“El cuidado es la esencia de la Enfermería”, que está constituido por las acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando a la persona a encontrar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor, existencia y ayudando a otros a adquirir el autocontrol, autoconocimiento y autocuración” (Poblete, Valenzuela, 2007, p. 500).

Santo Tomas escribió: *“La esencia se dice de aquello por lo cual y en lo cual la cosa tiene su ser: Essentia dicitur quod per eam et in ea res habet esse”* y *la Enfermería tiene entonces su ser en el cuidar, en posibilitar determinantes que encaminen sus esfuerzos al mejoramiento del bienestar en salud de los ciudadanos* (Zea, 2003, p. 158).

Comprender esta esencia como algo intrínseco a la profesión permite llevar también a mirarla desde el campo de lo sensible, a la dignificación no sólo de sí misma como disciplina sino al objeto fin de su desarrollo: el usuario(a), la familia y la comunidad (Zea, 2003, p. 158).

Como lo cita Castrillón (1997), tomado por Zea (2003) al

referirse a Dorothea Orem: *“La Enfermería es un servicio de ayuda que se presta cuando las personas no son capaces de cuidarse, por sí mismas, para mantener la vida, la salud y el bienestar”*. He aquí una razón fundamental de que la esencia de la Enfermería gire en relación al cuidado.

Sin embargo, aunar al cuidado la sensibilidad (el humanismo), es la forma más eficaz de encontrar las potencialidades del otro, pues como lo dice Restrepo (1994), *“es en el plano de lo sensible en donde habitan nuestras más radicales diferencias”*. Es, a partir de esta concepción donde la Enfermería, a través de la relación directa en la atención brindada, ofrece, bajo el concepto del cuidado, la diferencia en relación con otras ciencias, pues establece ese intercambio integral con las necesidades del otro, comprendiéndolas y estableciendo las acciones para ayudarle.

La Enfermería bajo esta esencia y desde una concepción humanista en su accionar logra como lo mencionan Simpson (1992) al citar a Peplau, *“cooperar en los procesos humanos que posibilitan la salud de los individuos, (...) logrando además convertirse en un instrumento educativo, o en una fuerza que ayuda a madurar, y que a la vez permite promover el avance de la personalidad hacia la consecución de una vida personal y comunidad creativa, constructiva y productiva”* (p.8). Por tanto, las relaciones interpersonales que se establezcan con los agentes con necesidad de cuidado por parte del profesional en enfermería deben de establecer relaciones de confianza. En esta interrelación cada enfermera(o) pueda reconocer que cada usuario(a) es una persona en su propio derecho. Al utilizar la palabra “cuidado”, se establece que el profesional en esta área debe ser capaz de conocer cómo se sienten sus “pacientes” en relación con la enfermedad que sufren y cómo se enfrentan a ella.

En la práctica de Enfermería se hace necesario procurar el espacio a los usuarios(as) para que expresen lo que sienten sobre sí mismos y acerca del hecho de ser cuidados y de la forma en que lo son (Simpson, 1992, p.36). Es bajo esta dinámica que la esencia de la profesión desde su profundidad y complejidad lleva implícita la humanización. Esta debe manifestarse en las relaciones dadas en la atención para el logro de los objetivos planteados en pro del bienestar perseguido.

Al establecer el cuidado como la esencia de la Enfermería, se debe comprender, como lo mencionan Rojas y Leiva (2009) al citar la teoría de Imogene King, que las personas a las que se debe el hacer de la profesión son individuos, es decir, seres sociales, seres conscientes, seres racionales, seres perceptivos, seres que ejercen control, seres intencionales, seres orientados a la acción y seres orientados al tiempo. De aquí que la Enfermería se concibe como un proceso interpersonal de acción, reacción y transacción, en donde el profesional influye en el proceso de interacción del usuario(a). Cuanto más relacionado se encuentre el(la) enfermero(a) en dicho proceso mejores han de ser los resultados que se busquen.

Por otra parte, si se visualizan otros constructos teóricos

para la disciplina de enfermería, como los propuestos por Callista Roy en su teoría, es posible visualizar la enfermería, en relación con el cuidado, como “el sistema teórico de conocimientos que ordena el proceso de análisis y acción relacionado con las personas enfermas o que pueden estarlo” (Marriner y Raile, 1999, p.249). Con ello es posible establecer que, para la concreción del fin perseguido, los profesionales deben centrar su accionar sobre una base científica de conocimientos aplicada a las personas desde actos humanizados que le permitan alcanzar el bienestar.

Así mismo, Madeleine Leininger, mencionado por Marriner y Raile (1999), cita la definición del concepto de Enfermería, como *“aquella disciplina o profesión humanística y científica de cuidados transculturales, cuyo fin primordial es atender a los seres humanos en todo el mundo”* (p.447). Aquí se establece nuevamente que la profesión necesita de esa humanidad para poder enfocar sus acciones y que los “cuidados” constituyen la esencia de la profesión y un elemento central, dominante y distinto de esta disciplina (Marriner y Raile, 1999, p.448).

Por su parte, una de las primeras enfermeras como lo fue Florence Nightingale, establece, en relación con el cuidado que este debe, en el contexto de la disciplina de la Enfermería, propiciar que las enfermeras se comporten como mediadoras morales en su relación profesional con los “pacientes”. Apuntó así el principio de confidencialidad y propugnó la extensión de los cuidados a los pobres para mejorar su estado de salud y situación social. Además, abogó para que los cuidados dados fueran establecidos desde la concisión y por una toma clara de decisiones en cada caso clínico, evitando así la indecisión y los cambios de opinión que consideraba perjudiciales para el “paciente” que eventualmente pudiera tomar las decisiones por sí solo. (Marriner y Raile, 1999, p.74).

Sin embargo, a pesar de que todos estos abordajes definen la esencia de la profesión de la Enfermería firmemente ligada al cuidado y establecen este concepto como la filosofía y fundamento de la disciplina, también ponen de manifiesto las dificultades que la misma debe enfrentar. Guarín y Castrillón (2009), en sus conclusiones brindadas tras una investigación determina que:

“No es fácil humanizar la asistencia sanitaria, pues no basta con la voluntad de prestar un servicio de calidad, sino que es necesario un replanteamiento conceptual y de la organización de las condiciones que lo haga posible, porque la enfermera se enfrenta con un gran desafío, el de ejercer su actividad en un entorno marcado por numerosas exigencias y diversos obstáculos para un enfoque de gestión dirigido a ofrecer cuidados científicamente válidos, culturalmente competentes, con calidez y seguridad, a personas que viven diversas experiencias”. (p. 12)

La gran cantidad de tareas que se encomiendan a diario a este tipo de profesional, le convierten en una especie de máquina que se le programa para producir trabajo en masa, olvidando el sentido humanístico de la atención; por la di-

versidad de labores encomendadas, el fin de la atención se enfoca en sacar cantidad, olvidando en muchas ocasiones la calidad de la tarea.

Es muy común por tales causas que se llame a los(as) usuarios(as) de la atención por el número de la cama en la que se encuentran, o en el peor de los casos, por el nombre de la patología que estén presentando, y que les obliga a encontrarse en un centro de atención sanitaria. Esta situación atenta contra la naturaleza integral de la persona desde su complejidad e integralidad y la deshumaniza a partir de esa concepción biologista que la determina a partir de una parte de su cuerpo que no se encuentra bien. Aunque con respecto al cuidado este tipo de práctica se enmarca dentro de la esencia de la Enfermería, aquel realmente no logra el mismo efecto ya que la deshumanización en la atención perjudica el desarrollo adecuado y la evolución más acertada hacia el bienestar del individuo.

Por otra parte, ante la creciente utilización de las tecnologías en todas las áreas de la salud, y dado que la Enfermería forma parte de este gran grupo, esta profesión no escapa a la influencia de la ciencia, y por tanto a la utilización de una serie de instrumentos tecnológicos puestos al servicio de la disciplina. Es común en la práctica diaria de los(las) profesionales en esta área, la utilización constante de monitores cardíacos, esfigmomanómetros digitales, termómetros laser, oximetrías de pulso, y una serie de aparatos eléctricos, que si bien han aligerado la atención, también han provocado un fenómeno muy común en los(las) usuarios(as) del fenómeno denominado "hambre de piel". En la prisa por colocar un instrumento, y bajo la cotidianidad y rutina de las acciones realizadas a diario, muchos de los profesionales en Enfermería han olvidado la importancia del contacto piel a piel; la importancia de sacar un momento para sentarse al lado del usuario(a) y hablar de sus miedos, sus dudas, sus inquietudes, o simplemente el hecho de saludarles con una sonrisa al llegar al salón en donde ellos(as) se encuentran.

Si bien con el paso de los años la disciplina ha ido adquiriendo un cuerpo de conocimiento más amplio, éste fenómeno descrito de alguna manera también ha influido en la deshumanización de la atención brindada. Como lo explica Vargas Tolosa (2007), en muchas de las instancias ocurre:

"Una despersonalización (entendiendo esta como una falta de sensibilidad de los profesionales hacia la persona que cuidan), visualizando al paciente como sujeto de conocimiento, estableciendo que la experiencia vivida en relación a él, se convierta en objeto, descontextualizándola y vaciándola de subjetividad y sentido"

Es posible entonces determinar que muchos autores coinciden en que se da una pérdida de la concepción de humanidad y persona y se restringe la visión del individuo a un ente meramente biológico sobre el cual se aplican una serie de prácticas que lo convierten en objeto de exploración y que atentan contra su condición de ser humano sensible y pensante.

Además, la visualización de la carrera de la Enfermería

como un elemento para la adquisición de recursos materiales y económicos ha impedido que en muchas ocasiones el cuidado se establezca desde una concepción de humanidad y, por el contrario, sea visto como una obligación del trabajo o como forma de adquirir dinero. Este factor también ha contribuido a desvirtuar la esencia del cuidado enfocado en relaciones humanas y lo ha convertido en un espacio donde se da una atención forzada y despersonalizada.

Es importante insistir en que la fusión de muchas de las anteriores circunstancias desembocan en una pérdida constante de la humanización en el cuidado y que esto repercute directamente en la funcionabilidad del profesional, quien va perdiendo y distorsionando con ello el carisma y la esencia principal de la profesión de Enfermería, es decir, la recuperación del bienestar de los individuos a través de los actos llevados a cabo para el cuidado de los demás.

Esto desvela la necesidad de hacer un alto en el camino y replantear cuál es en la actualidad el verdadero propósito de la disciplina, y cómo debe ser alcanzado en una etapa en la que la instauración de la Enfermería se convertido en la esencia de la profesión y en cuya implementación se han ido perdiendo las verdaderas relaciones humanas. Dicha situación sin duda, requiere llevar a cabo un análisis reflexivo de lo que se está haciendo; es perentorio determinar si los profesionales que la ejercen deben adoptar una nueva manera de ver la disciplina o bien establecer un nuevo paradigma que enmarque las acciones en el campo.

Si bien para el establecimiento y práctica de pensamientos dirigidos hacia los demás, existen diversas corrientes de pensamiento, para Enfermería, en especial considerando que su esencia se centra en el cuidado, la filosofía focalizada en el Otro, desde la concepción de Emmanuel Levinas, ofrece una interesante oportunidad para incorporar al cuidado brindado, el más profundo sentido de humanismo. El análisis de dicha filosofía permite establecer una reflexión profunda de cómo ver al sujeto de atención como un ser del que se necesita para encontrar en el yo la propia realización.

No es indiferente para Levinas el concepto del cuidado hacia los demás; en su pensamiento refleja un alto y profundo sentido de éste como pilar fundamental de la disciplina. Al estudiar los supuestos filosóficos que el mencionado autor plantea, es posible encontrar en su pensamiento un paradigma para que el(la) profesional de Enfermería accione sin olvidar la razón más importante para que el cuidado que brinde pueda lograr su objetivo: el trato humanizado.

En su trabajo Totalidad e Infinito, ensayo sobre la exterioridad, se pone de manifiesto una visión muy humana en relación con el otro, literariamente expresa: *"La verdadera vida está ausente. Pero estamos en el mundo. La metafísica surge y se mantiene en una excusa. Está dirigida hacia la otra parte y el otro modo y lo otro"* (Levinas, 1999, p.57). Esto demuestra, dentro de su filosofía, que la vida personal no es vida, en la medida que solo se viva por el uno, que sin "el otro" "la verdadera vida está ausente", que es necesario tener relaciones con los demás, con las personas del entorno, para encontrar el verdadero sentido de vivir.

Según Levinas, es necesario para el ser humano comprender que necesita de los demás, que su vida está en interdependencia con los otros, que la razón de la existencia es establecer los actos para buscar la felicidad de los que se tiene alrededor, ya que esa es la forma de encontrar la felicidad personal.

Para este filósofo:

“El deseo es deseo de lo absolutamente Otro. Fuera del hambre que se satisface, o de la sed que se calma o de los sentidos que se aplacan. La Metafísica desea lo Otro más allá de las satisfacciones, sin que sea posible esbozar alguna caricia conocida, ni inventar alguna nueva caricia. Deseo sin satisfacción que precisamente, espera el alejamiento, la alteridad y la exterioridad del lo Otro”. (Levinas, 1999, p.58)

Aspectos que al llevarlos al ámbito de los profesionales de Enfermería, darían como resultado que la profesión debe centrar la atención en los(as) usuarios(as), que ellos(as) son el porqué de la labor realizada, que el cuidado que se les brinda es la razón por la cual se existe, que sin los demás no tiene sentido la existencia de dicho ser Enfermero(a).

Continúa además el autor mencionando: *“Morir por lo invisible: he aquí la metafísica”*, (Levinas, 1999, p.59). Con esta afirmación se corrobora nuevamente que la verdadera razón de ser es la relación por el Otro, por los demás, por el que se tiene en frente. Al aplicar tal concepción a la Enfermería, se pone de manifiesto que de nada valdría la profesión si no se contase con los que requieren del cuidado. Y como antes de cuidado, la razón del ser radica en realizar este de la mejor forma, en establecer con humanismo las acciones que se realizan, en morir por el otro y lograr como lo indica Levinas *“he aquí la metafísica”*. Mi razón de ser...

Afirma el filósofo, *“El Yo ante el Otro es infinitamente responsable”* (Levinas, 1974, p 62). En lo que respecta a la Enfermería, cada una de las acciones que el profesional interponga tanto para bien como para mal son de su incumbencia; el cuidado como la esencia de su actuar, es de su rotunda responsabilidad. Allí reside la importancia de aplicarlo de la mejor manera, y de establecer relaciones desde la humanidad.

Ha de entenderse, bajo esta corriente de pensamiento que la razón principal del vivir radica en las relaciones que se tengan con los demás, en el poder buscar en el Otro la razón de la existencia, que la vida personal tiene su recompensa en la medida que se pueda convivir con otros, llevando relaciones humanas de sentimientos puros, de cuidado verdadero.

Si esta filosofía fuera de aplicación para el área de la Enfermería, en donde cada uno(a) de sus números profesionales aplicasen al menos una atención humana al efectuar el cuidado; la esencia de la profesión no se estaría falseando e interponiendo una visión mecanicista aplicada al ser humano.

Por tanto, es necesario retomar y cuestionar ¿qué es lo que la profesión de Enfermería persigue?, ¿cuál es su ser, su quehacer, y su esencia?, y ante todo valorar si dichos elementos en la actualidad dan soporte a la finalidad para el

cual la disciplina nació. Se debe valorar si al perder el cuidado no se pierde también la profesión, se debe de pensar si al perder el humanismo, no se actúa como robots sofisticados programados tan solo para realizar acciones sobre los demás.

La filosofía interpuesta por Levinas muestra un norte para el humanismo, una estrategia en la cual el cuidado encuentra su mayor valor. Por ende, es consecuente considerar que esta corriente se puede aplicar como un agregado ontológico de la Enfermería, como una estrategia a implementar; y retomarla tanto en la formación como en la práctica diaria, para que así se continúe estableciendo las diferencias que como profesión se han marcado durante años en el campo de la atención de la salud.

Conclusiones

Es importante que la práctica que cada profesional realice sea llevada a la reflexión para que cada uno(a) se pueda preguntar si es que la rutina de los tiempos actuales ha hecho que se olvide la humanidad, o si es que verdaderamente el hecho de ser profesional en Enfermería llena la razón de ser como persona. O si es que estamos trabajando en esta profesión por una finalidad solo de recursos. Todas estas y otras preguntas podrían en algún momento obligar a poner *“las barbas en remojo”* sobre la práctica actual; ella pueden hacer que al menos se tenga consciencia de lo que está sucediendo.

El considerar el pensamiento levinasiano dentro del campo de la Enfermería conduce a replantear cuál es el fin de la profesión y cómo debe de ser su esencia. Se recuerda también que el cuidado sin humanización no es cuidado y que se debe de tener precaución en la forma como se está trabajando.

Actuar llevando al olvido que el sujeto de los cuidados es igual a mi persona en cuanto a dignidad y humanidad es olvidar que yo mismo soy humano. Y si este olvido viene por parte del profesional de Enfermería, ¿qué tipo de cuidado está brindando?

Lo que puede hacer la verdadera diferencia se marcará en trabajar de manera que lo que realice y cómo lo realice fuese como si lo hiciese para mí mismo.

Reflexionar en la esencia de la Enfermería y no incluir en ella la humanización, es como tirar al viento todos los esfuerzos, por ello, practicar los supuestos que Levinas desarrolla, obliga a recordar que si por algo se está aquí, es por los demás y para los demás.

Bibliografía

Biografías y Vidas. (2010) Emmanuel Levinas. Consultado vía web, [online], el día 15/01/11 desde: <http://www.biografiasyvidas.com/biografia/l/levinas.htm>

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE). (2001) Metafísica. Consultado vía web, [online], el día 15/01/11 desde: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=metafisica

Enciclopedia Libre en Español. (2010). Ontología. Consultado vía

web, [online], el día 15/01/11 desde: <http://enciclopedia.us.es/index.php/Ontolog%C3%ADa>

Enciclopedia Libre. (2010) Mecanicismo. Consultado vía web, [online], el día 15/01/11 desde: <http://enciclopedia.us.es/index.php/mecanic%C3%ADa>

Guarín Berrio, Gladys; Castrillón Agudelo, María Consuelo. (2009) The world of the nurse: "Here we never rest". Care context. Revista Investigación y Educación en Enfermería. [online]. July/Dec, vol.27, no.2, p.226-234. ISSN 0120-5307. Consultado el día 11/01/11 desde: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0120-53072009000200008&script=sci_arttext&tlng=es

Levinas Emmanuel. (1999) Totalidad e Infinito. Ensayo sobre la exterioridad. Ediciones Sígueme. Salamanca.

Levinas Emmanuel. (1974) Humanismo del Otro Hombre. Siglo Veintiuno Editores S.A. México.

Marriner Tomey, Ann; Raile Alligood, Martha. (1999) Modelos y Teorías en Enfermería. 4° Ed. Editorial Harcourt Brace. Madrid.

Poblete Troncoso, Margarita; Valenzuela Suazo, Sandra. (2007) Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paulina de Enfermería. [online]. Vol.20, n.4, pp. 499-503. ISSN 0103-2100. Consultado el día 11/01/11 desde: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000400019&script=sci_arttext&tlng=em

Restrepo, Luis Carlos. (1994) El derecho a la ternura. Editorial

Arango. Bogotá.

Rojas Valenciano, Ligia; Leiva Díaz, Viriam. (2009) Modelo conceptual de Imogene King y Dorothea Orem. Editorial Universidad de Costa Rica. San José.

Simpson, Howard. (1992) Modelo de Peplau. Aplicación Práctica. Editorial Masson-Salvat enfermería. Barcelona.

Vargas Tolosa, Ruby Elizabeth. (2007) Cuidado Humanizado al paciente críticamente enfermo: Enfermería pieza clave de la atención. Revista Ciencia y Cuidado, Universidad Francisco de Paula Santander, Vol. 4, n°4, p. 21-27. ISSN 17949831. Consultado el día 14/01/11 desde: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534029>

Vásquez Munive, Mirith; Gonzales Noguera, Tatiana; Ramos De la Cruz, Ediltrudes; Vargas Guerrero, Graciela. (2006) Evolución del cuidado desde la práctica ancestral, hasta ser la esencia del profesional de Enfermería. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Magdalena. 1 Semestre, Volumen 3 n°1. Consultado el día 11/01/11 desde: <http://arimaca.unimagdalena.edu.co/editorial/revistas/index.php/duazary/article/view/152/163>

Zea Bustamante, Luis Emilio. (2003) Cuidar de otros: Condición Humana y esencia de una profesión. Revista Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquía. [online]. Vol.21, no.2, p.154-158. ISSN 0120-5307. Consultado el día 11/01/11 desde: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewPDFInterstitial/3003/2731>

El Comité Editorial de la revista Enfermería en Costa Rica

Informa que para optimizar la distribución de la revista, estamos actualizando la base de datos de aquellas enfermeras y enfermeros que quieren recibir la revista.

Si desea recibir la revista en su hogar o centro de trabajo, debe realizar la solicitud enviando un correo electrónico a la siguiente dirección: **revistacientifica@enfermeria.cr** o bien llamando a las oficinas del Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica.





► **La institucionalización de la medicina y la reconfiguración de significados** en la Costa Rica de mediados del siglo XIX.

Xabier Irigibel - Uriz*

RESUMEN

La segunda mitad del Siglo XIX representa uno de los momentos fundacionales del Estado Nacional Costarricense. La construcción de la urbe y el proyecto nacional, son nutridos por la irrupción de una serie de saberes y prácticas que, a partir de entonces, determinarán significativamente la configuración de las prácticas relacionadas con la vivencia y significación de la salud y la atención sanitaria. El artículo desarrolla un rescate histórico de los principales fragmentos genealógicos que permiten comprender las luchas, enfrentamientos y racionalidades desde donde se inicia la institucionalización de la ciencia médica y la atención sanitaria. La perspectiva genealógica, alimentada constantemente por fuentes primarias es enriquecida con los aportes de teóricos como Castro-Gómez, Stuart Hall, Herbet Marcuse o el propio Michael Foucault. Las reflexiones finales remiten a la necesidad de evidenciar el carácter ideológico de las actuales concepciones en torno a la salud y la atención sanitaria.

Palabras Clave: Enfermería. Medicina. Historia. Saberes. Significados.

ABSTRACT

The Institutionalization of Medicine and the Reconfiguration of Significations in mid-19th century Costa Rica

The second half of the 19th century represents one of the foundational moments of the Costa Rican National State. The building of the urban areas and the national plan are nurtured by a series of practices and areas of knowledge that from there one will significantly determine the configuration of the practices related to the living and signification of health and sanitary care. The article performs a historic account of the main genealogical fragments conducive to the understanding of the struggles, clashes and rationalities that serve as groundwork for the medical science and sanitary attention. The genealogic perspective, constantly supported by first hand sources, is enriched by the theoretical contributions of such thinkers as Castro-Gómez, Stuart Hall, Herbet Marcuse or even Michael Foucault. The final reflections point out the need to shed light in the ideological character of the current conceptions around.

Keywords: Nursing. Medicine. History. Knowledge. Means.

* MSc. Ciencia de enfermería.
 Enfermería Abriendo Puertas. Costa Rica.
 Dirección para Correspondencia:
 rescoldos.cr@gmail.com
 Recibido: 20/5/2011
 Aceptado: 10/7/2011.
 Enfermería en Costa Rica 2011; 32 (1): 43 - 47.

“El momento de la formación histórica es decisivo para cualquier campo semántico. Estas zonas semánticas se configuran en periodos históricos concretos” (Hall, 1998, p. 58).

Introducción

El 25 de junio de 1866, mediante una carta manuscrita, Alfonso Carit y su hijo, confesarían al Excelentísimo Presidente de la República de Costa Rica, con todo respeto, que *“... no podemos exhibir títulos que nos acrediten profesores de medicina o de farmacia”* (Policía 4660, 1866, p. 1).

Esta confesión, supuso uno de los principales argumentos para que el Protomédico de la República, el señor Lic. Dr. Bruno Carranza, penara a dichos súbditos franceses del vecindario josefino, con una multa de 50 pesos por violentar el artículo 269 de la ley del Protomedicato, ley que perseguía a cualquiera que *“sin aprobación legal conforme a los reglamentos respectivos ejercieran las medicina, cirugía, farmacia, arte de partos o de su grado”* (Policía 4660, 1866, p.3).

En dicha carta manuscrita, Alfonso Carit y su hijo solicitaban la intervención del Presidente de la República para que no se cumpliera el orden de cerrar su botica. *“El establecimiento de socorro de la humanidad”* (Policía 4660, 1866, p. 1) que regentaban, era el primero de la ciudad de San José y en sus treinta y tres años de existencia, nunca había requerido exhibir título alguno. Hasta entonces, había sido:

“... no solo tolerada sino expresamente permitida por el Supremo Gobierno por despacho en favor del primero de nosotros, y reconocido por la policía posteriormente puesto que se ha señalado su turno de servicio por las noches por aquella autoridad. Ha satisfecho además puntualmente el impuesto asignado por la ley, en favor del fondo de la Junta de Caridad” (Policía 4660, 1866, p. 1).

El carácter histórico de la botica, el pago puntual de impuestos y el cumplimiento de los turnos de servicio por las noches, sin embargo, no era suficiente para el señor Lic. Dr. Bruno Carranza. Como Protomédico y a pesar de recibir una carta del Presidente de la República de Costa Rica pidiendo la indulgencia hacía los referidos súbditos franceses, no dudó en enviar sendas cartas al Jefe de la Policía y al Ministro de Gobernación solicitando el efectivo cumplimiento de lo dispuesto en la ley del Protomedicato (Policía 4663).

En su defensa, la familia Carit acusaba al señor Lic. Dr. Bruno Carranza de querer *“establecer un fatal monopolio”* (Policía 4660, 1866, p. 1) y el jefe de la policía pareciera asumir esa misma posición justificando, frente al Ministro de Gobernación, el incumplimiento de la disposición del Protomédico:

“Supongo que uno de los motivos que este habrá tenido para acusar al Protomédico es el de que el señor Carranza no puede con imparcialidad mandar se cierre ninguna Botica, dejando la suya abierta pues con mucha razón se creería que al obrar de este modo, trataba de establecer un monopolio” (Policía 4663, 1866, s/n).

El señor Lic. Dr. Bruno Carranza, justificaba su firme decisión por considerar que la Botica Carit no solo no contaba

con los títulos necesarios para dispensar medicamentos, sino que además, en ella se fomentaba *“el charlatanismo de los curanderos, vendiendo mantecas, ungüentos, vinos medicinales y otra porción de sustancias bajo nombres absurdos y caprichosos... como manteca de león, de elefante...”* (Policía 4660, 1866, p.3).

Los esfuerzos del Protomedicato por cerrar y multar la Botica Carit, e incluso las persecuciones que realizaron en la misma década a las parteras, curanderos y empíricos permite ilustrar la reconfiguración de significados y representaciones sociales mediante la imposición de cierto tipo de prácticas discursivas y saberes.

La irrupción en Costa Rica, a mediados del siglo XIX, del médico y los medicamentos, en sustitución de los curanderos y los ungüentos o la irrupción de la farmacia, en lugar de la botica expresa una parte significativa de la configuración del estado nacional moderno. Un juego donde se entrelazan el poder y el saber.

En este sentido y a través del rescate de una serie de fragmentos genealógicos, se propone desarrollar una reflexión en torno a la emergencia de la ciencia médica. Una reflexión desde donde procurar la comprensión del inicio de la reconfiguración del horizonte de expectativas para lo concerniente a la vivencia de la salud y la atención sanitaria.

Genealogía: el camino para rescatar las relaciones de poder y saber

La obra de Michael Foucault transitó por una serie de caminos, en ocasiones, demasiado confusos y oscuros. En una primera etapa, practicó el método arqueológico, centrado en el estudio de la regularidad de las formaciones discursivas para más tarde desplazar el peso metodológico del foco discursivo, a las prácticas discursivas.

La genealogía, como método de estudio, ubica al investigador en la indagación de las condiciones, los límites y los contornos de las formaciones discursivas institucionalizadas. En oposición al método histórico tradicional centrado en la búsqueda de continuidades que remiten a una supuesta unidad discursiva histórica, la genealogía desarrolla sus esfuerzos en la búsqueda de discontinuidades, en la búsqueda de la singularidad de los sucesos fuera de toda finalidad monótona.

Distanciándose de los métodos estructuralistas, la genealogía evita la búsqueda de esencias profundas trascendentes. El *¿Qué?*, *¿Quién?* o *¿Para qué?* pierden importancia en la genealogía frente al *¿Cómo?* de la existencia. El foco descriptivo, desde esta perspectiva, se centra en la superficie de los acontecimientos, espacio e instante desde donde se puede aprehender los mecanismos del poder, esto es, su micromecánica. Desde la inquietud del *¿Cómo?*, destaca el rescate de los juegos de fuerza de la heterogénea red de relaciones de poder y saber desde donde emerge la existencia:

“En lugar de orígenes, sentidos ocultos o intencionalidades explícitas, Foucault genealogista encuentra relaciones

de fuerza operando sobre sí mismas fuera de los acontecimientos particulares, en los movimientos históricos y en la historia misma” (Dreyfus y Rabinow, 2001, p.138).

La historia del presente al que evoca la genealogía, como estrategia de insurrección de los saberes sometidos frente a la institucionalización del discurso científico y la continuidad a la que remite la historia formal, invita al rescate de las luchas, los combates y los enfrentamientos desde donde emerge la construcción de las “disciplinas médicas” en Costa Rica. Rupturas y continuidades desde donde cuestionar y combatir la instancia teórica unitaria que domina el silencio de las guerras y desde donde el dominio biomédico se presenta como un fenómeno de “desarrollo natural”.

Una supuesta paz civil frente a la que el rescate de las fuerzas, juegos, tensiones y pulsiones facilitaría:

“Desenmascarar nuestros rituales y hacerlos aparecer como lo que son: realidades meramente arbitrarias ligadas a nuestro modo de vida burgués... poner ‘en juego’, exhibir, transformar y dar la vuelta a los sistemas que apaciblemente nos ordenan” (Foucault, 1999, p.39).

Una red de relaciones de poder y un régimen de verdad que, como espacios de enfrentamientos, se reinterpreta a la luz de los planteamientos de autores como Herbet Marcuse, Stuart Hall o el propio Michael Foucault.

Fuentes de Información.

Se obtuvo información concerniente al Protomedicato, la Junta de Caridad y a los diferentes relatos en torno a las ciencias médicas de todos los periódicos nacionales digitalizados por la Biblioteca Nacional comprendidos entre 1865 y 1880. Periódicos generalmente semanales, como “El Comercio de Costa Rica”, la “Gaceta Oficial”, “El Costarricense” y “El Ferrocarril”.

Se analizaron los libros de actas I y II de la secretaria de la Junta de Caridad. Libros que incluían las actas del periodo comprendido entre enero de 1869 y diciembre de 1881.

Además, se desarrolló una revisión sistemática de los documentos del Archivo Nacional comprendidos en el periodo de 1860 a 1880 a los que se accedió a partir de las siguientes palabras clave: Protomedicato, Junta de Caridad, Hermanas de la Caridad, Curanderos, Partería, Empíricos y Hospital. Esta búsqueda se amplió en una segunda etapa a aquellos apellidos de personajes relevantes para este estudio como lo son el de Carit (boticario perseguido), Carranza (Protomédico) o Pinto (Presidente de la Junta de Caridad).

Tales fuentes primarias, fueron contextualizadas a partir de la información obtenida en otras fuentes secundarias como las que constituyen los estudios de Elizondo (1990), Cabezas (1990) y González (1995).

Resultados y Discusión

La época previa a la institucionalización de la atención médica se caracteriza, sin duda alguna, por el inicio de la exportación del café, coyuntura desde la cual se proyecta la construcción nacional. En el periodo de 1845 – 1860, se

acentúan las grandes desigualdades sociales generadas a partir de una economía cimentada en la exportación cafetalera a Chile e Inglaterra. Esta forma de economía, agudiza la crisis social con la explosión demográfica (González, 1995).

En materia de salud, el país no permanece ajeno a las grandes epidemias que acechan a la mayoría de las ciudades emergentes. Destaca en Costa Rica, por ejemplo, la mortalidad generada por el cólera entre 1856 – 1857 que llega a matar a una quinceava parte de la población costarricense (González, 1995).

El proyecto económico de producción capitalista, sin embargo, requería del sano labriego costarricense, requería de una fuerza laboral productiva. El naciente estado empieza a configurar los mecanismos para hacer efectivas las subjetividades que faciliten los procesos de:

“Culturizar a ese tipo de mano de obra, para que sea capaz y esté dispuesta, moral y políticamente, a estar subordinada a la disciplina, la lógica, la cultura y las compulsiones del modo de producción económico del desarrollo capitalista” (Hall, 1998, p.38).

Enmarcada en este proyecto, puede ubicarse la creación, en setiembre de 1845, de la Junta de Caridad, y tras ella, otras instituciones vinculadas a la sanidad cuyo crecimiento y evolución, contribuirán notablemente al desarrollo de la institucionalización sanitaria.

En 1852, Juan Rafael Mora establece, mediante decreto, el Hospital San Juan de Dios, entre otras razones, por la amenaza de guerra de la Campaña Nacional y porque se requería restablecer *“la mano de obra afectada por enfermedades”* (citado en González, 1995, p.35).

Como proyecto, este decreto venía precedido por viejas motivaciones que se vinculaban a la necesidad de fortalecer no solo la fuerza laboral, sino la misma disciplina médica. En palabras de José María Castro Madriz, presidente de la Cámara de Representantes en 1845, el Hospital San Juan de Dios o como se le denominaba entonces el Hospital General del Estado, respondería a:

“La necesidad de poner un hospital para estudiar las enfermedades del país en un teatro que ofrezca muchos ejemplos a su vez; la de preparar a los jóvenes para lo sucesivo donde verificar el estudio de la medicina... donde hacer los reconocimientos de los cadáveres... y en una palabra, la imperiosa necesidad de abrir a la ciencia médica, apenas naciente en nuestro suelo, un campo de elevación y progreso...” (Citado en González, 1995, p.28).

Esta vinculación entre progreso y la participación de disciplinas, generalmente de carácter científico, se evidencia, del mismo modo, en las constantes solicitudes de parte de la Junta de Caridad para hacer llegar al país Hermanas de la Caridad. Estas hermanas, procedentes de Guatemala y cuya casa matriz eran las Obras Paulistas afincadas en París, se caracterizaban por brindar los cuidados de la disciplina que hoy conocemos como la enfermería.

Hasta la llegada al país, en 1873, de las cuatro primeras

Hermanas de la Caridad, (Secretaría Junta de Caridad, 1873) la atención hospitalaria era desarrollada por señoras que carecían de conocimientos científicos. El presidente de la Junta de Caridad, en el informe de memoria de 1871, resalta la necesidad de la llegada de las Hermanas de la Caridad para que el Hospital San Juan de Dios deje de percibirse como un centro al que tan solo llegan *“moribundos o la gente más degradada de sociedad”* (La Gaceta Oficial, 22 de Enero de 1872, p.3). Esta circunstancia abre la posibilidad de empezar una resignificación de la disciplina médica y del hospital, no ya como un centro de reclusión para pobres y moribundos, sino como un espacio de curación y protección social.

En esta misma línea, desde la Junta de Caridad, integrada por el sector económico dominante (González, 1995), constantemente solicitaban al Supremo Gobierno mayores esfuerzos para la llegada de las Hermanas:

“Suplica a Usted muy encarecidamente no desista de tan laudable propósito que será indudablemente el que colme con tantos esfuerzos que se han hecho para dar vida a una institución de suyo tan útil y necesaria en todo país que como el nuestro, corre tras la civilización y el progreso...” (Beneficencia 317).

Un progreso técnico y una elevación que permitiese articular la razón tecnológica productiva de la mano de unos profesionales, los de las “ciencias médicas”, cuya racionalidad hiciera posible materializar las subjetividades y las realidades socio sanitarias que facilitasen el desempeño de la fuerza laboral.

“La racionalidad tecnológica revela su carácter político a medida que se convierte en el gran vehículo de una dominación más acabada, creando un universo verdaderamente totalitario en el que sociedad y naturaleza, espíritu y cuerpo, se mantienen en un estado de permanente movilización para la defensa de este universo” (Marcuse, 1993 , p. 48).

Esta manifiesta voluntad de “progreso nacional”, fortalecida por una emergente ciencia médica, chocaba, sin embargo, con *“la falta de suficientes médicos titulados y la desconfianza del pueblo hacia ellos [que] motivaba que en casi la totalidad de caseríos y ciudades los curanderos compitieran con los pocos médicos calificados”* (Arias, 2003, p.262).

La curandería, penada desde 1850, sufrió en sus carnes la persecución, sobre todo, a partir del decreto XXXVI, del 28 de octubre de 1857 donde se crea el Protomedicato y la Sociedad Médica con el Dr. Nazario Toledo como Protomédico y Bruno Carranza como Vocal 1º (Arias, 2003). Los archivos del Juzgado del Crimen de San José acumulan información y listas en torno al charlatanismo y el comercio ilícito de “medicamentos” por personas como Ramona Barboza, Vicente Alpizar o Baltazara Mora, entre otros (Juzgado del Crimen de San José 3272, 1877).

El Protomedicato, considerado como Cuerpo Inspector de salubridad pública y Policía Médica, se definía a sí mismo como:

“...la salvaguardia de la salud del pueblo, el dique en que

se estrella la mala fe del empirismo, el apoyo de los encargados de la justicia para sus fallos; y en fin, el barómetro que señala los grados de cultura y adelanto” (Beneficencia 268, 1871).

Marcuse nos recuerda cómo *“El progreso técnico, extendido hasta ser todo un sistema de dominación y coordinación, crea formas de vida”* (1993, p.22). El Protomedicato comprometido, mediante su papel punitivo con la emergencia de aquellas formas de vida que requerían el sistema productivo, pareciera constituirse en una institución, en una estructura ideológica que contribuyó, en este sentido, a la reconfiguración de las representaciones y las formas de vida.

Es en tal contexto en el que hay que ubicar las palabras del Protomédico al Ministro de Gobernación, cuando luego de recordarle la importancia de que la Policía haga efectivas las multas impuestas por el Protomedicato, se despide *“deseoso de llenar los deseos del Gobierno y de contribuir por mi parte a llevar adelante el programa de progreso y mejora del país”* (Policía 4663, 1866).

Para Hall, las articulaciones entre los grupos sociales, las costumbres sociales y las formaciones ideológicas pueden *“crear, como resultado, aquellas rupturas históricas o cambios que ya no encontramos inscritos o garantizados por las propias estructuras y leyes del modo capitalista de producción”* (1998, p.34).

Edwin González (1990) se hace eco de las resistencias y negociaciones a las que se hacía referencia anteriormente en relación con los juegos de credibilidad, que como construcción cultural, debían enfrentar la corporación médica en sus orígenes. Este autor, afirma que *“a menudo, la población optaba por el empirismo, el embustero, el curandero, antes de recurrir a la asistencia médica y en general a los adelantos”* (en González, 1995, p.4).

Este requerimiento de resignificación cultural que emerge de la lucha entre saberes científicos y “populares”, sin embargo, no puede ser comprendido sino a la luz de las relaciones de poder ejercidas por las instituciones sanitarias que nacen al amparo de la ciencia médica.

“Mientras que [en] el paradigma humanista la cultura es vista como anclada en la subjetividad de los actores, en su ‘experiencia vivida’... en el paradigma estructuralista la cultura es un producto anclado en ‘aparatos’ institucionales y que posee, por tanto, una materialidad específica” (Castro-Gómez, 2002, p.4).

Aparatos institucionales que de la mano del Protomedicato, la Junta de Caridad y el Hospital San Juan de Dios, entre otros, vendrían a determinar, mediante su incidencia, la lucha por el control de los significados relacionados con la salud y la asistencia sanitaria. Unas significados y unas ideologías que *“suministran a los hombres un horizonte simbólico para comprender el mundo y una regla de conducta moral para guiar sus prácticas”* (Castro – Gómez, 2002 , p. 9), en este caso, en materia de salud y atención sanitaria.

Reflexiones Finales

“Es bastante inmediato desarrollar una cierta conciencia de que nuestras interpretaciones son solo ‘miradas’, o perspectivas parciales o específicas, y que en tanto tales están marcadas por el lugar de enunciación” (Mato, 2002, p.35).

Este lugar de enunciación que tan recurrentemente aparece en los textos de Foucault, evocando, sin duda a las condiciones de posibilidad de los regímenes de verdad (Foucault, 2005), constituye también las condiciones de la articulación ideológica a la que se refiere Hall (1998). Desde una perspectiva u otra, los autores con los que hemos tratado de enriquecer el rescate genealógico, parecieran remitirnos al mundo de las convenciones desde donde se significa y representa *la realidad*.

Un mundo que aun existiendo más allá de las ideas y verdades de los sujetos, es configurado con estas y a través de estas. Un círculo de posibilidades cuya comprensión no puede reducirse a una serie de estructuras hegemónicas dominantes; y que requiere, necesariamente, un horizonte que permita la articulación entre las construcciones ideológicas, las estructuras productivas y la textura de la cotidianidad cultural.

En este sentido, el presente trabajo ha procurado recordar que, lo concerniente a las formas de significación y vivencia de la salud y la atención sanitaria en la Costa Rica actual, no podría comprenderse sino a la luz del horizonte de sentido al que nos remiten las luchas, enfrentamientos y silencios que se han descrito en forma de fragmentos genealógicos.

Rupturas y continuidades cuyo rescate ha pretendido desnaturalizar las representaciones y los discursos referentes a la vivencia y significación de la salud. No porque se anhele el retorno de los ungüentos, los curanderos y las boticas, sino porque se propone la construcción de la autodeterminación consciente de la salud.

Bibliografía

Arias, R.F. (2003). Del Protomedicato al colegio de Médicos y Cirujanos. 145 años de historia. San José: Editorial Porvenir.

Beneficiencia 268. (1871). Comunicaciones del Protomedicato al Señor Ministro de Beneficiencia. Carta del 2 de enero de 1871. San José: Fondo Archivo Nacional.

Beneficiencia 317. (1888) Carta de la presidenta del Hospicio de Huérfanos al Ministro de Culto y Beneficiencia. San José: Fondo Archivo Nacional.

Castro-Gómez, S. (2000). Althusser, los estudios culturales y el concepto de ideología. Revista Iberoamericana. Vol. LXVI, Núm. 193, Octubre-Diciembre 2000, 737-751

Dreyfus, H. y Rabinow, P. (2001). Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica. Buenos Aires: Nueva Visión.

Foucault, M. (1999). Conversación con Michel Foucault. En: Estrategias de poder. Obras esenciales. Vol II. Barcelona: Paidós.

Foucault, M. (1993). El orden del discurso. Barcelona: Fabula Tusquets Editores.

Juzgado del Crimen de San José 3272. (1877). Del ejercicio ilegal de la medicina. 7 de mayo de 1877. San José: Fondo Archivo Nacional.

Hall, Stuart (1998). Significado, representation e ideología: Althusser y los debates posestructuralistas. In: Curran, James; Morley, David; Walkerdine, Valerie (eds.) Estudios culturales y comunicación. Barcelona: Paidós, 1998. p. 27-61.

La Gaceta Oficial. (1872). San José, Enero 22 de 1872, Año 12, semestre 1, numero 3.

Marcuse, H. (1993). El hombre unidimensional. Ensayo sobre la ideología de la sociedad industrial avanzada. Barcelona: Planeta Agostini.

Mato, Daniel. (2002). Estudios y otras prácticas intelectuales latinoamericanas en cultura y poder. Estudios y Otras Prácticas Intelectuales Latinoamericanas en Cultura y Poder. Caracas: CLACSO / CEAP / FACES / UCV. 41-45.

Policía 4660. (1866). Alfonso Carit é hijo solicitan se revoque el orden del Protomedicato por la que se demanda cerrar su botica. San José: Fondo Archivo Nacional.

Policía 4663. (1866). Carta del Protomedicato (B. Carranza) al Sr. Ministro de Gobernación. San José: Fondo Archivo Nacional.

Secretaría de la Junta de Caridad. Actas II. Enero 1869 a diciembre de 1872. 20 de febrero de 1970. San José: Archivo Junta Protección Social.

Secretaría de la Junta de Caridad. Actas III. Enero 1873 a diciembre de 1881. 26 de enero de 1873. San José: Archivo Junta Protección Social.

Jose María Figueroa, ilustraciones para pensar la enfermería

A partir de esta edición y con el objetivo de ofrecer una revista más sugerente, incorporamos una ilustración por cada artículo publicado, del talentoso artista nacional Jo María Figueroa. A continuación, reproducimos un extracto de su biografía:

“El artista polémico, irreverente, inquieto, provocador, talentoso, multifacético y, -a pesar de todo-, misterioso, José María Figueroa (1820-1900), plasmó en su arte a la Costa Rica de principios del siglo XIX.

Hijo del comerciante Portugués Antonio Figueroa Álvarez, quien llegó a Costa Rica en 1806, y de la dama cartaginesa Ramona Oreamuno Jiménez, José María Figueroa nació en Alajuela en 1820, pero vivió la mayor parte de su vida en Cartago. Desde joven su personalidad inquieta lo metió en apuros con los vecinos y con la justicia. Muy joven fue acusado formalmente ante los tribunales y a lo largo de su vida se vio envuelto en diversos procesos judiciales. De hecho, la fuente más a mano de que disponen los investigadores interesados de su figura, además de su correspondencia, son los expedientes de las querellas en que se vio envuelto.

Víctima de la maledicencia de una sociedad con la que le resultaba difícil entenderse, Figueroa fue desterrado e incluso condenado a muerte. Sin embargo, pese a que en varias ocasiones su cabeza tuvo precio, nuestro personaje logró llegar a viejo y morir serenamente en su cama.

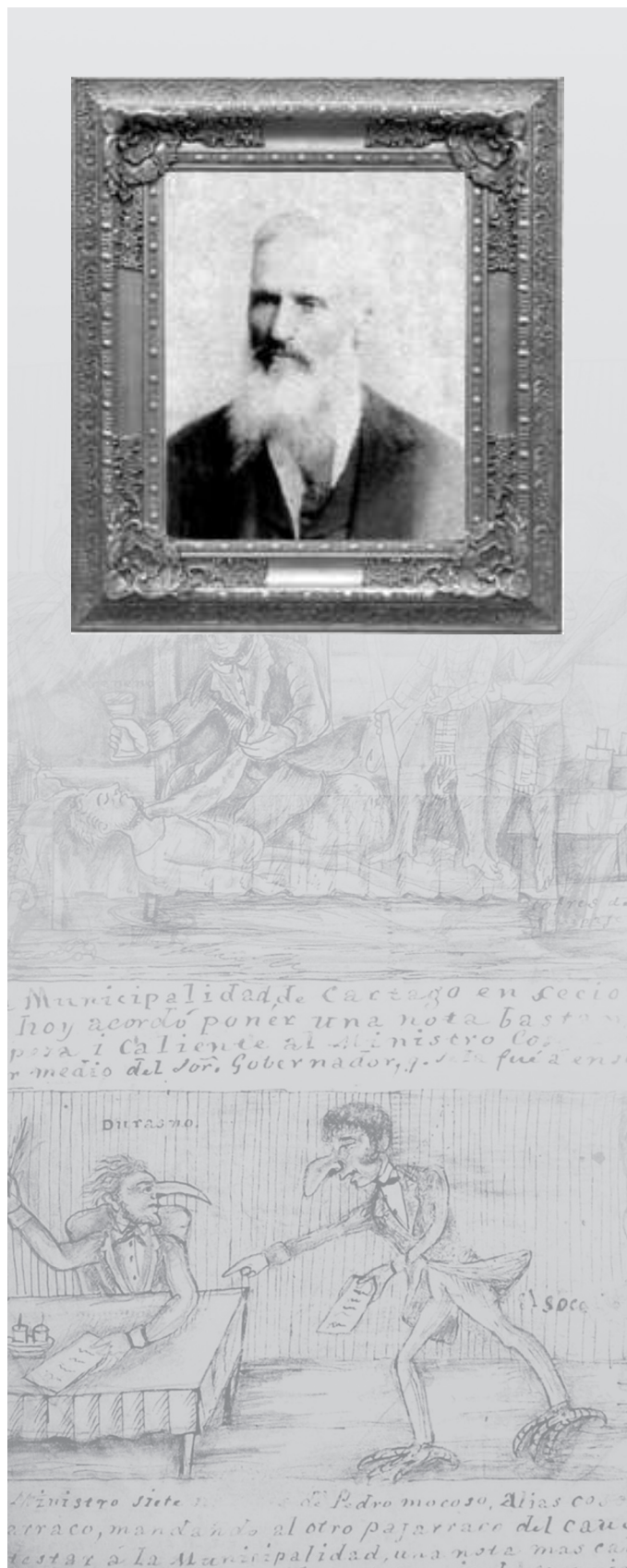
En una época en que para llegar a muchas regiones de nuestro país no había ni siquiera caminos abiertos, Figueroa recorrió de sur a norte y del Caribe al Pacífico las montañas vírgenes y las remotidades más inalcanzables.

Su gran obra, el Álbum de Figueroa, es una colección de documentos de gran formato que incluye mapas, planos, genealogías, apuntes de heráldic, y numismática, crónicas de épocas coloniales, recortes y anexos diversos, así como todo tipo de anotaciones propias y ajenas.

Durante la presidencia de Rafael Yglesias Castro y por su dirección, Figueroa se desempeñó como explorador, expedicionario, aventurero, etnógrafo, geógrafo, cartógrafo, cronista, genealogista y dibujante; tenía una muy estrecha relación con el señor Yglesias. Con su aguda mirada y el interés personal por el registro, ilustró y documentó varios tópicos de la historia patria y del territorio costarricense, así como de su propio contexto vivencial.

Por más de ciento diez años se creyó que el legado de Figueroa se limitaba al Álbum de su correspondencia, por lo que la aparición de otros cuadernos en 2007 representa un descubrimiento histórico de gran importancia para el país. El Álbum estuvo en custodia del Archivo Nacional, luego pasó a la Biblioteca Nacional, y desde 1995 se conserva de nuevo en el Archivo Nacional. Fue restaurado, parte en España y parte en Costa Rica, y en el año 2009 la UNESCO lo declaró Patrimonio de la Humanidad.”

(Extracto de la biografía de Figueroa accesible en www.josemariafigueroa.org)



"El Comité Editorial de la Revista Enfermería en Costa Rica informa que para la creación del museo virtual que formará parte de la nueva página web de la revista, estamos solicitando a la comunidad nacional el envío de imágenes históricas del ámbito de la enfermería y los cuidados en salud. Para colaborar con esta iniciativa, pueden comunicarse con el comité mediante su correo electrónico o llamando directamente al Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica"

