

Gestión del cuidado en enfermería desde una reflexión epistemológica

Autora:

María Antonieta Silva Muñoz¹. Enfermera-Matrona. Magíster en Enfermería. Académica Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso. Estudiante de Doctorado en Enfermería Universidad Andrés Bello, Viña del Mar. E-Mail: antonieta.silva@uv.cl

Fecha de Recepción: 03.03.2020

Fecha Aceptación: 09.11.2020

DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.51.2020.2722>.

› Resumen

La Gestión del Cuidado se fundamenta en valores universales y conocimientos que emergen de otras ciencias y de la propia disciplina y ciencia de Enfermería, amparado en procesos estratégicos que buscan la calidad, continuidad, integralidad de la atención y bienestar de las personas. Objetivo. Mediante análisis epistemológico del concepto de Gestión del Cuidado de Enfermería, se pretende comprender su origen, como se articula con la disciplina y ciencia Enfermería, dificultades en su aplicación y desafíos pendientes dentro de la disciplina y profesión. El conflicto teórico-práctico sigue siendo para la Ciencia Enfermería una preocupación constante, escenario que se entrelaza con la Gestión del Cuidado. Existen grandes desafíos pendientes para que este constructo se reconozca y valore no sólo por Enfermería, sino también por otras disciplinas para articularse con otras profesiones sanitarias y evidenciar objetivamente los beneficios en la acción de cuidar; posicionamiento crucial que le permitiría estar inmersa en la política pública de salud e ingresar operativamente a los servicios públicos y privados; trabajo que debería emerger conjuntamente desde la actividad gremial, academia, investigación y acción legislativa.

› **Palabras claves:** Organización y Administración, Atención de Enfermería, Administración de los Servicios de Salud (DeCS- BIREME).

Management of nursing care from an epistemological reflection

› Abstract

Care Management is based on universal values and knowledge that emerge from other sciences and from the discipline and science of Nursing itself, supported by strategic processes that seek quality, continuity, integrality of care and welfare of people. Objective. Through epistemological analysis of the concept of Nursing Care Management, it is intended to understand its origin, how it is articulated with the discipline and science of Nursing, difficulties in its application and pending challenges within the discipline and profession. The theoretical-practical conflict continues to be a constant concern for Nursing Science, a scenario that is intertwined with Care Management. There are great pending challenges so that this construct is recognized and valued not only by Nursing, but also by other disciplines to articulate itself with other sanitary professions and to objectively evidence the benefits in the action of taking care; crucial positioning that would allow it to be immersed in the public policy of health and to enter operationally to the public and private services; work that should emerge jointly from the union activity, academy, investigation and legislative action.

› **Keywords:** Organization and Administration, Nursing care, Health Services Administration (DeCS- BIREME).

› Introducción

El cuidado humanizado debe convertirse hoy en un proceso profesional concreto, real, transformador, dinámico, continuo e integral, mediante la gestión del cuidado, constructo amparado en valores universales y conocimientos que emergen de la disciplina y ciencia de enfermería, además de otras ciencias, amparándose en procesos estratégicos que buscan la calidad, continuidad e integralidad de la atención y bienestar de las personas (1-4). Pero desde una mirada epistemológica ¿cómo emerge el concepto de Gestión del Cuidado?, ¿cómo se articula con enfermería desde el punto disciplinar y ciencia?, ¿qué dificultades se han presentado para su instauración a nivel institucional?, ¿qué avances y desafíos están pendientes para su amplio reconocimiento y aplicación?

Aristóteles, señala a la epistemología como la ciencia que tiene el objetivo de conocer los objetos en su naturaleza y en sus causas. Es producto de la interacción de las personas con el medio y mediante un proceso reflexivo del ser humano, que se organiza el saber válido hasta llegar a sistematizarlo (5). El estudio epistémico de enfermería debe centrarse entonces en su historia (6), en su crecimiento vertebral teórico, en su desarrollo científico y articulación profesional; recolectado con años de experiencia teórico y práctica (7,8). La enfermería es una disciplina joven, iniciada en los últimos 50 años, pero sus raíces nacen con la humanidad y puede considerarse un arte milenario dedicado siempre al cuidado del otro, que ha evolucionado desde su práctica empírica, hasta el desarrollo de teorías y filosofía propia (9,10).

En un comienzo el cuidado fue concebido como vocación de servicio, ciñéndose a un conocimiento empírico alcanzado a través de la praxis, posteriormente el fundamento teórico reunido en los conceptos centrales metaparadigmáticos y epis-

témicos desarrollados por enfermería entregan el sustento disciplinar en su aspecto abstracto a través de los modelos conceptuales y grandes teorías y un sustento más cercano a la práctica, a través de las teorías de rango medio y microteorías (1,10-12), pero no sin reconocer que el conflicto teórico-práctico continúa siendo una preocupación para esta ciencia principiante (11,13).

El objeto del conocimiento de enfermería ha sido históricamente delimitado por los cuidados prodigados a las personas y familias, centrado en las necesidades individuales y colectivas cambiantes tanto físicas como psicológicas en el contexto social y cultural de los problemas de salud y enfermedad (14). Los cuidados humanos son un fenómeno universal y de gran variabilidad entre las diferentes culturas, lo que determina que el cuidado que se otorgue también lo sea (10).

El concepto de cuidar forma parte fundamental del cuidado humanizado de enfermería, el que debe permanecer no sólo como una concepción abstracta de ayuda entre la enfermera y usuario, debiendo convertirse entonces en un proceso profesional concreto, real, transformador, dinámico, continuo e integral, mediante la gestión del cuidado (4).

El objetivo de esta reflexión es realizar un análisis epistemológico del concepto de “Gestión del Cuidado de Enfermería”, que aporte a comprender su origen, como se articula con la disciplina y ciencia de enfermería, dificultades en su aplicación y desafíos pendientes dentro de la disciplina y profesión.

› Análisis conceptual

La gestión es un concepto proveniente de la rama gerencial y acuñado por enfermería en los años sesenta bajo el término administración, que alude

al proceso de planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos de una organización para cumplir los objetivos con eficacia y eficiencia, que más tarde en los años ochenta pasó a denominarse gestión. Este nuevo concepto amplía e integra el proceso de la toma de decisiones del cuidado profesional dentro de un contexto económico, financiero y político que se requiere operacionalizar (15). El cuidado centrado en la persona y familia, que interactúa con un entorno permanentemente dinámico permite ligar y complementar la ciencia y el arte de enfermería en perfecta consonancia para organizar y coordinar los recursos necesarios, además de evaluar la calidad de los cuidados que se proveen (16). No obstante, para este propósito puede resultar importante dialogar y trabajar en estrecha colaboración con otras disciplinas de la salud (17).

Madeleine Leininger advierte, si algo está claro en enfermería es su estrecha dependencia con los cuidados (18). Por su parte, Martin Heidegger señala desde un punto de vista óntico, “el ser es el hombre” que requiere ser asumido y estudiado en su aceptación más general y comprensiva, para evitar ante todo el riesgo de subestimar lo esencial de éste y de caer en la “imparcialidad” de la indagación y ser estudiado desde lo cotidiano (19). Entonces, “Cuidar es más que un acto; es una actitud” (20). La profesión de enfermería debe contribuir a evidenciar y consolidar la discusión filosófica y científica, para que germine así la estrecha relación entre el cuidado profesional, “concebido como una profunda expresión de humanismo, y la dignidad e individualidad de las personas que cuidamos” (21,22). Sin embargo, los comienzos de la enfermería institucionalizada, la liga a lo religioso, circunscrito a un régimen hegemónico bajo la figura masculina del modelo medicalizado, ha desarrollado una disciplina domesticada y sometida (23). Un sistema patriarcal que persiste hasta

hoy, que pareciera imponer a las enfermeras a una “condición alienada, sumisa, abnegada y secundaria socialmente”(24).

En este contexto, el escenario de la profesión de enfermería históricamente ha estado marcado por la sumisión y la obediencia patriarcal y con una incuestionable superioridad jerárquica médica, registrado explícitamente en los manuales y artículos de enfermería de fines del siglo XIX y principios del siglo XX, donde la enfermera era considerada sólo un medio por el cual el médico conseguía que sus instrucciones se cumplieran. Estudios sociológicos relacionan esta conducta en términos de estereotipos de género, donde se contraponen la protección y la pasividad del rol femenino versus la decisión y competencia del rol masculino de la época. La diferencia de clase social también jugó un rol importante, puesto que la mayoría de las enfermeras provenían de clases sociales humildes, mientras que la mayoría de los médicos provenían de clases sociales y económicas acomodadas (25), respondiendo así a la moral de los aristócratas, que alude a que la pertenencia de los integrantes de una organización a determinadas clases sociales influye en el comportamiento individual, colectivo y organizacional (23).

Lo señalado se observa en lo escrito por Florence Nightingale en sus notas en 1860, una enfermera debería ser “devota y obediente” (26). Es posible, que la diferencia de capacitación académica entre las enfermeras y médicos también impacte sobre este equilibrio, puesto que se entrega socialmente mayor valoración a los conocimientos científicos biologicistas en que se sustenta la profesión médica (25). Margaret Newman y Alaf Meleif dos importantes teoristas de enfermería, coinciden que durante las primeras décadas del siglo pasado el conocimiento de enfermería se basó en el del médico, aun teniendo educación universi-

taria autónoma (10). No obstante, esta condición de desventaja y sumisión hacia otros profesionales se mantiene en la actualidad en enfermería, restándole poder dentro del equipo de salud, afectando además la imagen de liderazgo que el docente pretende proyectar en la práctica clínica a sus estudiantes y validando la posición de dominación (27). Estudios realizados con enfermeras, estas manifiestan que su condición de subordinación se debe a que “ellos saben más”. Esta brecha prevalente ha generado múltiples problemas de comunicación entre estos dos profesionales, lo que podría traducirse riesgosamente en omitir la priorización de las necesidades y seguridad del usuario como primer núcleo de la atención humanizada (25, 28).

Madeleine Leinenger reconoce que las enfermeras han asumido una posición demasiado etnocéntrica, además de estar excesivamente próxima a los intereses de la medicina y que la práctica profesional, impresiona que no ha sido tan integral como lo dice el discurso, puesto que la mayoría de los usuarios perciben la atención enfatizada en aspectos biológicos (29). Por su parte, Jean Watson en la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado de las personas, se hace necesario el rescate en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación, por parte de los profesionales enfermeros (30).

El cuidado personalizado es el engranaje esencial de la humanización del cuidado y es la gestión del cuidado quien dirige y asegura que este cuidado se proporcione en consonancia, de esta manera, se trata de un “proceso heurístico” que administra el recurso humano y su entorno para conservar y propiciar la salud de las personas, donde el profesional “planea, organiza, conduce, motiva y controla la provisión de cuidados”(4). De esta manera,

emerge la “Gestión del Cuidado en Enfermería”, orientada primordialmente a satisfacer las necesidades de las personas en forma segura, reorientando las estrategias y acciones de mejoramiento continuo, apoyadas en la investigación, la evaluación, la discusión y el consenso entre los profesionales del equipo enfermería, de otras disciplinas y las autoridades institucionales de salud (16). La gestión fue acuñada por enfermería en la década de los sesenta, utilizando el término latino de “administración”, refiriéndose al proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el uso de los recursos (31). Más tarde durante los años ochenta, pasaría a utilizarse el término “gestión”, como un concepto más amplio y que reúne aspectos económicos, políticos y financieros en la toma de decisiones (32).

En Chile, a través de la Ley N° 19536 (33), se introduce un inciso al artículo 113 del Código Sanitario que rige las funciones de enfermería, definiendo el rol social de la enfermera y asignándole tres grandes funciones: la gestión del cuidado, la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de recursos humanos y materiales de asistencia para el usuario (34,35). Esta función fue también definida por la Comisión de Legislación en Enfermería en la Norma N°19 como: “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución” (36), pero circunscrita a la atención cerrada, así mismo, expresa que la Gestión del Cuidado es un componente básico para el desarrollo de la Gestión Clínica (35,36), provocando una situación interpretativa confusa en la determinación del alcance para otras disciplinas de la salud, además de un cuestionamiento de la estructura organizacional, surgiendo la eventuali-

dad de ser ejercida por otro profesional (37).

Es así como el Colegio Médico de Chile ha reconocido la importancia de la creación e implementación de las unidades de Gestión del Cuidado a nivel hospitalario, pero discutiendo la idoneidad de las enfermeras para gestionar estas unidades, insistiendo que éstas deben quedar bajo la dependencia de la Subdirección Médica del establecimiento y mostrando una evidente preocupación por las modificaciones en la tradicional estructura jerárquica que se producirían al hacer estas unidades independientes a su supervisión (38,39).

No se puede desconocer los logros obtenidos hasta ahora en ámbitos legales, políticos y aspectos operativos de la gestión del cuidado, sin embargo, si bien se define en forma general la labor autónoma de enfermería en la gestión del cuidado y sin la tuición de cualquier otra profesión, no se clarifican cuáles son sus alineaciones específicas, ni a qué áreas se aplica, lo que dificulta la valoración precisa del cumplimiento profesional para este propósito. Probablemente estas sean las razones por las cuales este propósito no está interiormente desarrollado en los hospitales y a los profesionales enfermeros les ha resultado complejo hacer la distinción conceptual y práctica entre atención de enfermería, gestión en general, gestión clínica y gestión del cuidado (40). Hasta la fecha, la gestión del cuidado no cuenta con estándares de calidad medibles, que permitan visibilizar y evaluar científicamente y con evidencia este accionar (41), no obstante, es un desafío pendiente que requiere de un esfuerzo colaborativo (2).

En América Latina y en Chile en particular, la gestión sanitaria forma parte de un cuerpo de estrategias de políticas públicas de salud, sin hacer distinción entre lo público y privado, y es parte central de las reformas del sector sanitario en respuesta a los cambios epidemiológicos, sociales,

políticos y económicos, constatándose reales problemas de inequidad y centralización (32) y donde la administración de los hospitales públicos no ha estado exenta de las desigualdades sociales (14), dividiéndose en dos períodos: uno de valores modernos donde prima como único objetivo la provisión de cuidados en salud a la población, demandando un muy elevado presupuesto sanitario, con falta de coordinación entre niveles de atención y recursos humanos desaprovechados, y otro de valores posmodernos, donde es analizado bajo el contexto de la calidad total y avalado por grandes reformas de salud, donde prevalece el modelo de la eficacia, efectividad y eficiencia en los servicios, primando para ello la política de autogestión en Red. En este modelo sin embargo, aspectos de formación y planificación del recurso humano en salud continúan pendientes, puesto que aunque se intente mejorar la calidad de los cuidados, impera un modelo economicista que debe permanentemente reducir costos de procedimientos y tecnología cada vez más caros(42). En este sentido, un estudio de la Universidad Católica de Chile de fines del 2011 encargado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), analizó la operación financiera de 16 de los principales hospitales, concluyendo que los costos sanitarios, son en promedio, un 84% más altos que el financiamiento que reciben los recintos por los mismos ítem (43).

A nivel latinoamericano, en busca de un consenso sobre la gestión del cuidado, emerge en el año 2008, la Red Internacional de Gestión del Cuidado de Enfermería (RIGCE) presente hoy en 12 países como: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Panamá, Perú, Uruguay México y España. Dentro de los lineamientos estratégicos declarados en el año 2017, se describe analizar la conceptualización y desarrollo de la gestión del cuidado tanto en el ejercicio profesional como académico. En las aspiraciones de esta organiza-

ción se encuentra la generación de conocimiento colaborativo, que permita mejorar la calidad de la atención de salud y fortalecer principalmente la gestión del cuidado, la que es señalada como un área de dominio de enfermería (3).

La gestión del cuidado de las enfermeras en Chile y América Latina especialmente de instituciones públicas que intenta promover un cuidado humanizado, se enfrenta diariamente a la falta de empoderamiento y sobrecarga asistencial con tres aristas relevantes a atender: la primera corresponde a las evidentes necesidades de personas que mantienen prevalentes desigualdades sociales (14), la segunda, el modelo hegemónico médico que rivaliza con las demás profesiones en salud por mantener su superioridad jerárquica y retener en sus profesionales los cargos directivos de las unidades clínicas (26,42) y en tercer lugar, los requerimientos institucionales de hospitales adeudados e impregnados de un modelo biomédico y curativo, que se les exige calidad y seguridad del usuario, pero promoviendo a diario para subsistir una economía a escala (44), sumiéndose en los paradigmas dominantes del positivismo lógico y neopositivismo, en respuesta al prevalente interés por la predicción y control (45).

De acuerdo a la Teoría de Parsons, las instituciones hospitalarias son subsistemas sociales que tienden a ser imperturbables en sus normas y logran en las personas que ingresan a ellos, un control social, de tal forma que rápidamente deben adaptarse, para convertirse en actores de esta estructura organizacional y funcional, que edifica una estructura organizativa e instala procedimientos y rutinas, favorece u obstaculiza procesos de cambios, genera mecanismos y modos de regulación de conflictos en un aparato jurídico normativo (46,47). El rol de enfermería en las instituciones de salud, especialmente hospitalarias, obedece como

lo señala Watson a una conducta institucionalizada (48) y que empobrece y anula las acciones cuidadoras que emergen de un modelo diferente del biomédico, reduciendo el actuar cotidiano del cuidado al accionar procedimental, agregando limitación de su autonomía profesional en el ejercicio de su quehacer diario (46).

En este contexto es importante analizar el concepto “término medio” utilizado por Martin Heidegger, el cual podría emplearse para resolver este conflicto de comprensión, ya que lo describe como el análisis estructural del ser que no aísla una de las tareas en desmedro de otras, teniendo presente que lo distintivo del hombre entre las cosas es el hecho de estar referido a sus posibilidades, es decir, su potencialidad permanente de este ser en el mundo en forma dinámica y nos convoca como profesionales a consensuar que la objetividad es imprecisa e inadecuada para esta concepción humana. “Las cosas son ante todo instrumentos y siempre se es instrumento para algo”, en esta perspectiva, Heidegger señala que el mundo no es la suma de las cosas, sino que es la condición para que aparezcan las cosas individuales, teniendo presente que no hay mundo si no hay “Dasein”, en otras palabras, el hombre o el ser de Heidegger no es sólo o principalmente un estar en medio de una totalidad de instrumentos, sino que es un estar familiarizado con una totalidad de significados, donde lo que importa no es solo el efectivo fin, sino el valor y significado que involucra para cada ser (19). Con ello, se hace presente que la gestión del cuidado debe afanarse en el cuidado de las personas como fundamento ontológico y epistémico de la profesión, donde la instrumentalización, lo procedimental, la tecnología y la gestión misma, son sólo el medio para cuidar al hombre dentro de su cotidianidad, considerando que se trata de un ser demandante, inconstante, particular, pleno de significados diferentes, en un

entorno cambiante y que nos demanda estudiar y conocer permanentemente a través del enfoque integrador de paradigmas de la filosofía que faciliten un pensamiento crítico, lógico y reflexivo, impidiendo la automatización y promoviendo un actuar carente de prejuicios e intereses de poder y dialéctica materialista (9).

Por su parte, corrientes de la Escuela de Frankfurt, como la Teoría Crítica que nace con los filósofos Horkheimer y Adorno, cuestionan la modernidad en términos que alimentan un alineamiento en las personas que no es visibilizado. Del mismo modo, el paradigma emancipatorio que surge con Habermas fundamentado en las ciencias sociales y filosóficas, centra sus estudios en la racionalidad moderna, el interés del conocimiento, la teoría de la acción comunicativa y el proceso de emancipación, cuyo interés es la liberación propia de la reflexión de las disciplinas críticas, señalando que el conocimiento tiene un carácter liberador y ético, más que dominador y técnico. La investigación se ha utilizado para legitimar la enfermería como profesión, y esta ha hecho un esfuerzo significativo durante los siglos XX y XXI por desarrollar el cuerpo de conocimientos necesario para la atención de salud de las personas (49,50). El interés del paradigma emancipatorio es reconocer la realidad psicológica, cognitiva, moral, política y social de todos quienes participan en la investigación, para centrarse en el entendimiento de la colectividad y provocar así un cambio sistémico y transformador desde la teoría a la práctica en el interior de las estructuras sanitarias, creando relaciones colaborativas y no competitivas, desarrollando estrategias de negociación del poder, creando ambientes participativos y fomentando especialmente el pensamiento crítico (45).

A su vez, en el contexto académico de la formación de enfermeras en Chile, la gestión del cuidado se

ha visto incorporada a nivel curricular como una necesidad desde el punto de vista disciplinario e impulsada por la creciente complejidad del ejercicio de la actividad sanitaria, que busca responder a usuarios con mayores tasas de enfermedades crónicas y poseedores de patologías cada vez más complejas en que la discapacidad está muy presente y donde la crisis del envejecimiento demográfico, el aumento de la esperanza de vida, la incorporación de nuevas tecnologías, repercute en la complejidad del cuidado a realizar y por ende compromete a un uso eficiente de recursos (37,50).

Del mismo modo, resulta relevante en la gestión del cuidado la importancia que se le atribuye al logro de ciertas competencias en la formación de los profesionales enfermeros en su integridad, desde la selección de las personas interesadas en el estudio de la enfermería, la incorporación de éstas competencias a los objetivos educativos de la institución formadora, su constante y continuo reforzamiento en pregrado, así como su desarrollo durante la formación de postgrado (51). Así también, se reconoce que en la formación de enfermeras gestoras la preparación para el liderazgo es un elemento crítico (50,52).

› Consideraciones finales

Enfermería tiene la necesidad de concebir el cuidado para equilibrar la conjunción del ser para hacer y el hacer para ser, lo primero se refiere a generar el ámbito teórico para sustentar una praxis reflexiva y holística, basada en la satisfacción de las necesidades de los usuarios y en segundo lugar generar nuevos conocimientos para gestar la evidencia científica de su propia disciplina que sustente no sólo una mayor identidad y reconocimiento profesional, sino para provocar mayor conciencia en los propios profesionales enfermeros, sobre el papel que la profesión debe refle-

jar como gestor de un cuidado que la población demanda y exige en una sociedad cada vez más teñida por demandas sociales y emancipatorias, todos elementos precursores en la redefinición de salud y cuidado con un enfoque biosicosocial, donde los principios de autonomía, respeto a la dignidad, cultura y forma de organización equitativa, incluyente y justa, sean parte esencial de la práctica cotidiana de la profesión en el interior de las instituciones de salud (3,49,51).

El camino de los profesionales enfermeros para hacerse cargo en plenitud de la gestión del cuidado es complejo, no obstante, una formación del profesional de enfermería que explicita la “Gestión del Cuidado” como eje articular del perfil de egreso, sumado a la necesaria producción de conocimiento desde la investigación propia de su quehacer, pueden sentar las bases para obtener discernimiento propio, otorgando así un cuidado preciso, juicioso y ético, que le otorgue a la enfermería una avance disciplinar y profesional autónomo (45,53).

La responsabilidad social de la gestión del cuidado implica una renovada modalidad de atención en enfermería, haciendo necesario que múltiples elementos confluyan en el estudio de las necesidades humanas, como lo es la docencia, la investigación y la permanente evaluación de la efectividad y eficiencia de la atención, sin olvidar el presupuesto económico siempre presente detrás de toda política pública de salud. Sólo cuando estos elementos se trabajen paralelamente, la legislación y el ordenamiento jurídico se podrán realizar los cambios sustanciales correspondientes (54). La evidencia científica de la implementación de la gestión del cuidado es aún escasa y no entrega evidencias suficientes para determinar su impacto, se espera que las acreditaciones hospitalarias puedan aportar experiencias suficientes

para una evaluación objetiva (41,53). Así mismo, la apropiada articulación, discusión, diálogo y coordinación de la gestión del cuidado con otras profesiones sanitarias (26), puede ser el elemento clave para otorgar mayor fuerza y riqueza al cuidado humanizado, objetivo principal que nos debe convocar como disciplina y ciencia (1).

➤ Referencias Bibliográficas

1. Espinoza A, Enríquez C, Leiva M, Catañeda L. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en Enfermería. *Cienc enferm* [Internet]. 2015 [acceso 21 feb 2021]; XXI (2): 39–49. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n2/art_05.pdf
2. Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad En Enfermería: Su Gestión, Implementación Y Medición. *Rev méd Clín Las Condes*. 2018; 29(3): 278–87.
3. Ferreira A, Galdames L. Red internacional de gestión del cuidado de enfermería: alcances y desafíos en el marco de la cobertura universal de salud. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 2017 [acceso 21 feb 2021]; 32(3): 190–8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v33n1/enf20117.pdf>
4. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Mayor F. *El pensamiento enfermero*. Elsevier Masson, Barcelona, España; 167 p.
5. Tamayo M. *El Proceso de la Investigación Científica*. 4ta. ed. Mexico DF: Editores LN; 2003. 19 p.
6. Bunge M. *Epistemología*. 3ra ed. Siglo Buenos Aires (Argentina): XXI Editores; 2002. 252 p.
7. Siles J. *Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina*. *Enferm Clínica*. 1997; 7(4): 188–94.

8. Siles J. Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. *Av enferm.* 2010; 28: 120–9.
9. Diaz MG. Filosofía de la Ciencia del Cuidado. Analogía del mito de la caverna de Platón con la profesión de enfermería. *RICS [Internet]*. 2013 [acceso 21 feb 2021]; 2(3): 21–35. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5045738>
10. Gallardo A. Evolución del conocimiento en enfermería. *Medwave [Internet]*. 2011 [acceso 21 feb 2021]; 11(4). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5001>
11. Ariza C. Desarrollo epistemológico de enfermería. *Enferm Univ.* 2011; 8(2):18–24.
12. Seguel-Palma FA, Valenzuela-Suazo S, Sanhueza-Alvarado O. Corriente epistemológica positivista y su influencia en la generación del conocimiento en enfermería. *Aquichan.* 2012. 12 (2): 160-8.
13. Durán M. Teoría de enfermería ¿un camino de herradura? *Aquichan.* 2007; 7(2): 161-73.
14. Arriagada I. La crisis del cuidado en Chile. *Rev Ciencias Soc.* 2010; 27: 58–67.
15. Ceballos-Vásquez P, Jara-Rojas A, Stiepo-vich-Beroni J, Aguilera-Rojas P, Vilchez-Barboza V. La gestión del cuidado : una función social y legal de la enfermería chilena. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica [Internet]*. 2015 [acceso 21 feb 2021]; (29). Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n29/1409-4568-enfermeria-29-00108.pdf>
16. Zarate RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm.* 2004; 13 (44-45): 42–6.
17. Adam E, Somalo ME. Hacia donde va la enfermería. Madrid (España); Interamericana editores. 1982. 118 p.
18. Leininger M. Care. The essence of nursing and health. Wayne Sate University Press, editor. Detroit; 1988. 1–237 p.
19. Vattimo G. Introducción a Heidegger. 4ta Reimpresión. Barcelona (España); Editorial Gedisa SA 2009. 192p.
20. Barbosa L, Azevedo S. Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Index Enferm.* 2006; 15(54): 20–4.
21. Salcedo RA, Huerta S, Bustamante S. Enfermería: la némesis de la ciencia y filosofía del cuidado. *Enf Neurol [Internet]*. 2013 [acceso 21 feb 2021]; 12(2): 98–101. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene132h.pdf>
22. Hernando A. La gestión del cuidado. *Rev Enferm CyL [Internet]*. 2015 [acceso 21 feb 2021]; 7(2): 61-5. Disponible en: <file:///C:/Users/angel/Downloads/162-479-1-PB.pdf>
23. Siles J. La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Index Enferm.* 2005; 14(50): 7-9.
24. Irigibel-Uriz X. Los patrones de conocimiento (No) Posibles. Crítica foucaultiana a la clasificación de Barbara Carper. *Enfermería Costa Rica.* 2011; 32(1) :30–6.
25. Vitolo F. Relación Médico-Enfermera. Esencial para la seguridad de los pacientes. Biblioteca Virtual Noble [Internet]. 2012 (jun) [acceso 21 feb 2021]; (1): 1–11. Disponible en: http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/74.pdf
26. Nightingale F. Notes on Nursing: What it is, and what it is not. New York (United States): Apple-

ton and Company editor; 1860. 144 p.

27. Rojas LP. El fenómeno del poder en enfermería en la academia y el área asistencial desde la perspectiva del docente. *Horiz Sanit* [Internet]. 2018 [acceso 21 feb 2021]; 18(1): 17–26. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v18n1/2007-7459-hs-18-01-17.pdf>
28. Reynaldos K, Pavez A. La importancia de la coordinación en la Gestión del Cuidado. *Acc Cietna* [Internet]. 2014 [acceso 21 feb 2021]; 1(1) :59–65. Disponible en: <http://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/165/581>
29. Ibarra X, Siles J. Competencia Cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de Enfermería. *Index Enferm*. 2006; 15 (55): 44–8.
30. Watson J. Theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/caritas process as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto context - enferm*. 2007; 16(1): 129–35.
31. Chiavenato I. *Administración: Teoría, Proceso y Práctica*. 3ra ed. España; McGraw-Hill Interamericana. 2001. 415p.
32. González G. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. *Rev Panam Salud Pública*. 2001; 9(6): 406–11.
33. Decreto con fuerza de Ley N° 19.536. Concede bonificación para enfermeras y matronas que se desempeñan en condiciones que indica (Diario oficial de la República de Chile, número 19.536, de 16- 12- 1997).
34. Decreto fuerza de ley 725. Código Sanitario. (Diario oficial de la República de Chile, número 725, de 31-01-1968, última modificación 06-11-2000 Ley 21.278).
35. Campos C, Vargas X, Milos P. Los servicios profesionales de la enfermera(o) en la legislación chilena. *Rev Méd Clín Condes*. 2018; 29(3) :270–7
36. Subsecretaria de Redes Asistenciales, Departamento de Asesoría Jurídica. Aprueba norma general administrativa N° 19, “Gestión del cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada”. [Internet] 2007. [acceso 21 de febrero 2021]. Disponible en: <https://www.google.cl/?ion=1&espv=2#q=norma19>
37. Milos P, Bórquez B, Larraín AI. La “Gestión del cuidado” en la legislación chilena: Interpretación y alcance. *Cienc enferm* [Internet]. 2010 [acceso 21 feb 2021]; 16(1): 17–29. Disponible en: : https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n1/art_03.pdf
38. Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile. Norma General Administrativa No 19 sobre “Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada”, aprobada por Resolución Exenta No 1.227 [Internet]. 2009 [acceso 21 feb 2021]; Disponible en: <http://files.regionalsantiago.cl/enfermeria.pdf>
39. Colegio Médico de Chile A.G. Carta a Ministro de Salud J. Mañalich [Internet]. Santiago de Chile; 2013 [acceso 21 feb 2021]; Disponible en: <http://www.colegiomedico.cl/Default.aspx?tabid=760&selectmoduleid=2494&ArticleID=1537>
40. Valdebenito J, Barquero A, Carreño E. Gestión del cuidado: Valoración y conocimiento de enfermeros(as) de un hospital de la Región Metropolitana, Chile. *Cienc Enferm* [Internet]. 2015 [acceso 21 feb 2021]; XXI(1): 127–42. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n1/art_12.pdf
41. Torres MC, Alarcón J, Berthet A, Cantero V, Llanquípichún D, Sáez D, et al. Modelo de certificación de calidad para la gestión del cuidado en hospitales chilenos. *Rev Enf Ref*. 2016; IV(9): 65–74.

42. Méndez C, Torres M. Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2010 [acceso 21 feb 2021]; 44(2): 366-71. Disponible en: www.scielo.br/rsp
43. Leiva L, Sandoval G. Deuda hospitalaria llega a \$ 200 mil millones y Salud dicta medidas de control de gastos. *La Tercera* [Internet]. 2016 29 abr [acceso 21 feb 2021]; Noticias Nacionales: Disponible en: <https://www.latercera.com/noticia/deuda-hospitalaria-llega-a-200-mil-millones-y-salud-dicta-medidas-de-control-de-gastos/>
44. Castillo C. Crisis en Salud: deuda hospitalaria supera por primera vez los \$200 mil millones. *Emol Nacional* [Internet]. 2015 14 Ago [acceso 21 feb 2021]; Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2015/08/14/745077/Deuda-hospitalaria-supera-por-primera-vez-los-200-mil-millones.html>
45. Ramírez NA, Quintana MO, Sanhueza O, Valenzuela S. El paradigma emancipatorio y su influencia sobre el desarrollo del conocimiento en Enfermería. *Enfrm Glob* [Internet]. 2013 [acceso 21 de feb 2021]; 12(30): 410-21. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/revision4.pdf>
46. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(4): 499-503.
47. Talcott P. *Apuntes sobre la Teoría de la Acción*. Buenos Aires (Argentina): Amorrortu; 1970. 253p.
48. Watson J. *Jean Watson and the Theory of Human Caring*. En: Smith MC, Parker ME. *Nursing theories and nursing practice*. 5ta ed. 2015. p. 321-40.
49. Lagos-Garrido M., Paravic-Klijn.T. Generación, difusión y transferencia del conocimiento de Enfermería a la Práctica del Cuidado. *Cienc Enferm* [Internet]. 2015 [acceso 21 de feb 2021]; XXI(2): 127-34. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n2/art_12.pdf
50. Soto P, Reynaldos K, Martínez D, Jerez O. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Rev Aquichán*. 2014; 14(1):79-99.
51. Agramonte A, Farres R. Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 2010 [acceso 21 de feb 2021]; 26(2): 14-26. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n2/enf03210.pdf>
52. Guerrero-Núñez S, Cid-Henríquez P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan*. 2015; 15(1): 129-40.
53. Mosqueda A, Stieповich J. Implementación de subdirecciones de gestión del cuidado en hospitales autogestionados, avances y desafíos para enfermería. *Enferm Glob* [Internet]. 2012 [acceso 21 de feb 2021]; 28: 355-67. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/revision3.pdf>
54. Milos P, Larrain A. La Gestión del Cuidado en Chile: de la función a la estructura. *Cienc Enferm* [Internet]. 2013 [acceso 21 de feb 2021]; XIX(2):7-10. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n2/art_01.pdf