

## LA PROFESIÓN ENFERMERA Y LOS DISPOSITIVOS DE PODER QUE SUBORDINAN SU PRÁCTICA DENTRO DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

**Rosana Inés Nowicki**

Licenciada en Enfermería. Especialista en Metodología de la Investigación Científica. Jefe de trabajos prácticos de la asignatura Taller de investigación en Enfermería y análisis estadístico de la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones, Argentina.

E-mail: roinenowi@gmail.com

### RESUMEN

**Introducción/objetivo:** este artículo busca describir las relaciones y los diferentes dispositivos de poder que actúan dentro de las organizaciones sanitarias, subordinando la práctica de los profesionales de enfermería.

**Métodología:** se realizó una revisión bibliográfica, consultando materiales que permitieron trazar un hilo conductor de ideas desde los orígenes de la profesión hacia el entramado de redes que opera para mantener y reproducir el modelo médico imperante dentro de las organizaciones sanitarias.

**Resultados/conclusión:** la práctica de la profesión enfermera mantiene una constante dinámica de producción y reproducción del modelo médico hegemónico que la envuelve bajo tecnologías de poder sutiles, eficaces y económicas, moldeando y corrigiendo su práctica hasta hacerse tan imperceptible que pasa inadvertido como poder y se convierte en una disciplina de trabajo que logra la sumisión del cuerpo por el control de sus ideas y sus prácticas.

**Palabras clave:** profesión enfermera; dispositivos de poder; organizaciones sanitarias.

### A profissão de enfermagem e os dispositivos de poder que subordinam sua prática nas organizações de saúde

#### RESUMO

**Introdução/objetivo:** neste artigo procura-se descrever as relações e os diferentes dispositivos de poder que atuam dentro das organizações de saúde, subordinando as práticas dos profissionais de enfermagem.

**Método:** com esse fim, foi realizada uma revisão bibliográfica consultando materiais que permitiram traçar uma linha de ideias desde as origens da profissão até o emaranhamento de redes que operam para manter e reproduzir o modelo médico imperante dentro das organizações sanitárias.

**Resultados/discussão:** a prática da profissão de enfermagem, mantém uma constante dinâmica de produção e reprodução do modelo médico hegemônico que a envolve baixo tecnologias de poder sutis, eficazes e econômicas e atua moldando e corrigindo sua prática até ficar tão imperceptível que passa inadvertido como poder e se converte em uma disciplina de trabalho que consegue a submissão do corpo pelo controle das suas ideias e suas práticas.

**Palavras-chave:** profissão de enfermagem; dispositivos de poder; organizações de saúde.

### Nursing profession and power structure determining nursing practice within healthcare organizations

#### ABSTRACT

**Introduction/purpose:** The existing relationships and various power structures within healthcare organizations that determine nursing professional practice are described.

**Methods:** A literature review was carried out, based on published materials allowing a consistent theme to be followed from nursing profession origin to the complex framework that seeks to maintain and replicate the prevailing medical model within healthcare structures.

**Results/conclusion:** Nursing profession practice keeps a consistent dynamics to produce and replicate the hegemonic medical model, which includes nursing profession under subtle, effective, and economical power technologies to model and modify nursing practice. This makes nursing profession to be unnoticed as a power and to become a working discipline resulting in a body submission through the control on ideas and practices.

**Key words:** nursing profession; power structures; healthcare organizations.

## INTRODUCCIÓN

Las organizaciones sanitarias son escenarios de acción donde entran en juego múltiples actores con funciones diferentes pero con un objetivo común. Desde posiciones jerárquicas se establecen relaciones de poder, tanto entre profesiones disímiles como entre y al interior de cada una de ellas. En la actualidad, el campo de la salud se perfila eminentemente multidisciplinario, ello obliga a pensarlo como producto de una compleja relación de fuerzas entre las disciplinas y las profesiones que en él intervienen. Sin embargo, dentro los profesionales habilitados para intervenir en el ámbito de las organizaciones sanitarias, se destaca particularmente la presencia de médicos, administradores y enfermeras (1,2).

Cabe señalar que los sistemas de atención a la salud, tanto públicos como privados, se organizan siguiendo un modelo jerárquico bajo la autoridad médica. Es esta profesión la que goza de mayor autonomía y poder dentro de la estructura organizacional, posicionándola en un lugar de privilegio respecto a las demás profesiones, entre ellas la enfermería. Este modelo supera los aspectos técnicos específicos de la profesión médica, ya que también comprende el dominio de los procedimientos y normas que regulan las diferentes actividades y la toma de las decisiones al más alto nivel gerencial (3,4).

El presente artículo pretende poner en relieve las relaciones de poder que se articulan dentro de las organizaciones sanitarias y subordinan a la enfermería. En particular, interesa reconocer los diferentes dispositivos disciplinares que se aplican con el objetivo de asegurar los intereses de las organizaciones sanitarias. Para ello, en primer lugar, se presenta el entramado de redes que opera para mantener y reproducir el modelo médico imperante y, en segundo lugar, se realizará una breve referencia sobre la evolución de la enfermería buscando reconocer acontecimientos que marcaron el devenir de la profesión.

## METODOLOGÍA

Se trata de una revisión bibliográfica narrativa, que se encuadra en el marco teórico de la tesis de la maestría en Metodología de la Investigación Científica, cuya área temática se orienta hacia el análisis de los dispositivos de poder que regulan la praxis de enfermería en el contexto de las organizaciones sanitarias, enmarcadas en la filosofía de Michel Foucault.

Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica durante el primer semestre de 2014, utilizando materiales en soporte impreso y digital; estos últimos producto de búsquedas en diferentes sitios web y bibliotecas virtuales como: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc); Biblioteca Virtual de Salud (BVS), utilizando los descriptores: profesión enfermera; dispositivos de poder; organizaciones sanitarias. Los registros consultados oscilaron entre 50 artículos científicos y 15 libros de textos, tras la combinación de las diferentes palabras clave. Cabe destacar que algunas de las referencias utilizadas provienen de ediciones de más de siete años, esto es debido a que las mismas contienen un valor histórico para la disciplina, aportando la descripción del estado del arte de la misma en diferentes momentos del devenir de la enfermería.

Se seleccionaron aquellos documentos que permitieran discutir sobre el estado del arte del accionar histórico de la Enfermería, regida por un ejercicio marcado por la subordinación al poder médico hegemónico y donde la autonomía profesional se encuentra condicionada por diferentes dispositivos de poder que subyacen en las organizaciones de salud.

## DESARROLLO

### Organizaciones sanitarias: el ejercicio del poder y la práctica de enfermería

Las organizaciones sanitarias son microestructuras sociales donde coexisten diferentes roles, status y pautas de relación estructuradas mediante diversos mecanismos; la comunicación, la cooperación, el respeto mutuo y la toma de decisiones se convierten en la base que guía el camino hacia el objetivo común de toda la organización (5). Estos sistemas sanitarios son unidades complejas de múltiples dimensiones sustentados en una red de relaciones e interacciones cuya finalidad es preservar, respetar y reconocer las particularidades e individualidades de cada paciente. Para ello, los recursos humanos y materiales se disponen conforme a ciertas normas, reglas, valores generales, roles y modelos de la práctica que cada miembro del equipo de salud debe aceptar y actuar en consecuencia (1,6).

Las políticas institucionales definen tanto los objetivos y la estructura administrativa como la regulación de las actividades, consecuentemente se establecen las normas y los reglamentos así como los mecanismos de control. En este marco emergen los modelos de gestión y se configuran los dispositivos de poder que van a servir para establecer las líneas de enlace, dependencia, responsabilidad, coordinación y los mecanismos de control organizacional que regulan el desempeño de sus integrantes. Sin embargo, un uso arbitrario de los mismos, puede acarrear efectos negativos sobre el clima de trabajo, ya que permite imponer la voluntad propia por encima del conjunto, aun contra toda resistencia. Más allá de la complejidad del modelo que resulte, el poder se presenta como un referente valioso para desentrañar y entender las dinámicas y configuraciones de la vida organizacional, sobre las cuales se dirimen la reorientación de los objetivos y los cambios en las estrategias (7).

Díaz (8) se refiere al poder como algo múltiple, un juego de fuerzas que actúa sometiendo a los cuerpos y convirtiéndolos en una fuerza productiva, útil. Dentro de las organizaciones, el poder se presenta como la habilidad para movilizar recursos humanos y materiales en orden a una meta. No solamente supone dominio, control y opresión, sino, además, eficiencia y capacidad. Este sometimiento de los cuerpos es calculado, organizado, sutil; compuesto de elementos, herramientas y procedimientos que las instituciones ponen en juego, como una estrategia de dominación por medio de técnicas, tácticas, disposiciones, maniobras, funcionamientos que conforman una red de relaciones que atraviesa el cuerpo social e individual, estableciendo una trama de relaciones entre los sujetos (9).

Por su parte, Castro (10) plantea que el objetivo de la disciplina es aumentar la fuerza económica del cuerpo reduciendo su fuerza política y generando la individualidad disciplinaria producto de la vigilancia jerárquica y la sanción normalizadora. La primera engloba una serie de técnicas ligadas a la distribución de espacio y de las relaciones de poder. A lo que agrega: "Se trata de hacer posible un poder del 'ver sin ser visto' que asegure su funcionamiento múltiple, automático y anónimo". La segunda se refiere a las conductas del individuo en relación a un conjunto comparativo, lo que posibilita diferenciarlos, medir capacidades, imponer una medida, trazar la frontera entre lo normal y anormal.

En el campo de la salud, la profesión médica tiene el dominio del sistema sanitario, ya que este se rige por el modelo curativo, centrado en la atención hospitalaria. El cuerpo médico es el núcleo duro de las organizaciones en sus distintas jerarquías y especialidades; ocupa los puestos de gerencia y dirección que refuerzan la preeminencia del modelo hegemónico y hace que las decisiones tanto

institucionales como prestacionales estén supeditadas a sus designios, relegando a los demás profesionales de salud a un plano secundario. Sin embargo, bajo este modelo que se reproduce con aparente democracia e igualdad de derechos para todos, se oculta un entramado de redes bien diseñadas para reproducirlo y así influir sobre la enseñanza, la situación laboral y la autonomía de las profesiones. Mediante acciones supresoras y la aplicación de ciertos dispositivos, conduce a los profesionales dependientes hacia la conformidad para con los valores y creencias de aquellos que detentan el poder en los sistemas de salud (4, 11).

### El devenir histórico de la enfermería en el contexto sanitario

Una aproximación al proceso histórico de la enfermería habilita a plantear los puntos claves de su historia de manera muy general en dos ciclos: el primero o pre-profesional, que comprende a las culturas antiguas y se extiende hasta finales del siglo XIX; y el segundo ciclo o profesional, que se inicia entre los siglos XIX y XX con la llamada “revolución intelectual de la enfermería” y continúa hasta la actualidad. Sin embargo, estos dos ciclos no deben considerarse como compartimientos estancos, ya que dentro de cada uno de ellos se desarrollaron sucesos sumamente relevantes que marcaron el destino de la enfermería como profesión, dotándola de características que contribuyeron a la construcción del camino hacia la profesionalización, pero que también la hicieron sumergirse “en el profesionalismo médico dominante con unas condiciones tradicionales de acatamiento, tecnicismo y burocracia” (12, 13).

De esta manera, y siguiendo a García Martín-Caro y Martínez Martín (14), los comienzos de la enfermería estuvieron atravesados por una fuerte connotación de género y clase social. Los practicantes de los cuidados eran considerados jurídicamente menores, sin capacidad de desarrollo intelectual. Esta condición, sumada a la escasa importancia social que se le daba al trabajo de enfermería, hizo que la profesión sea un “arte” aprendido en condiciones sociales de desventaja restando importancia a sus funciones.

Durante la era del cristianismo, la institucionalización de los cuidados se logró mediante la creación de los primeros hospitales y monasterios dirigidos por monjes y administradores, contando con la colaboración de médicos expertos. El personal de enfermería era el encargado del cuidado directo al enfermo, práctica que se realizaba bajo la vigilancia y control estrictos del médico. En un primer momento, cuando las instituciones eran dirigidas en su mayoría por monjes y administradores, los cuidados de enfermería eran más valorados y tenían una mayor autonomía en cuanto a la responsabilidad y el cuidado, pero a partir de la segunda mitad del XVIII se medicaliza la asistencia; es el médico el que toma la responsabilidad del hospital. Se revisan y reformulan todos los reglamentos, haciéndose más moderados y regulando las profesiones sanitarias; quedando, la actividad de enfermería, supeditada plenamente a la medicina, como mero ayudante y sin cualificación alguna. Como ejemplo, en 1269 aparece el libro *De officiis ordinis praedicatorum*, donde se define: competencia del enfermero, jerarquías, puesto de trabajo, grado de dependencia e independencia frente a la institución y al médico, organización de la enfermería (12, 15).

Sin embargo, a principios del siglo XIX mediante los aportes de la enfermera Florence Nightingale, la disciplina enfermera comienza a transitar un camino diferente, ya que desde una concepción práctica e instrumental se dirige a una teoría formal que contribuiría a la delimitación de un campo científico particular dentro de las ciencias médicas. Los aportes de Nightingale, creadora del primer modelo conceptual de enfermería y desarrolladora de planes de formación para enfermeras dentro y fuera de los hospitales, proporcionaron un conjunto de pautas claras de práctica e investigación en el campo de la enfermería produciendo un cambio en su concepción en la época (12, 13, 16, 17).

Pese a ello, no se adoptaron íntegramente las directrices que había pregonado Nightingale en miras a la integración de enfermería a un sistema de atención interdependiente, sino que se establecieron programas de formación como actividad dependiente del médico: “la enfermeras que se formaban ofrecían al médico una obediencia absoluta y al paciente el trato desinteresado de una madre” (16). Debían cumplir las órdenes médicas por ser este considerado como el único responsable sobre el paciente, las funciones de enfermería se limitaban al cumplimiento de técnicas y al trabajo manual. De esta manera, y siguiendo a Hernández Conesa y Moral de Calatrava (15), “el arte de curar vio consagrado su prestigio; el arte de cuidar quedó relegado durante más de un siglo a tareas derivadas de los avances de la medicina y la técnica”.

Según Velásquez (12) este hecho inauguró un periodo de oscurantismo conceptual que conllevó a un estancamiento de la enfermería hasta el año 1950. Pese a esto, se continuaron desarrollando hechos de importancia para el desarrollo educativo y profesional de la disciplina, como la creación de escuelas de enfermería por todo el mundo y fuera de los ámbitos hospitalarios, desencadenando, hacia 1909, la incorporación de la misma al contexto universitario e inaugurando el comienzo de la etapa profesional.

El proceso de profesionalización se elaboró, en un principio, sobre la conducta moral de la enfermería, pero sobre la base de unas tareas técnicas delegadas de la medicina. Posteriormente, y ligado a la construcción disciplinar, las enfermeras asumen la responsa-

bilidad de formar a sus propios profesionales, contemplando la capacitación a partir de postulados conceptuales y metodológicos propios de los cuidados de enfermería, utilizando una metodología lógica y racional como lo demuestran la elaboración del proceso de atención de enfermería y la formulación de diagnósticos enfermeros (13, 14, 17).

Lentamente se fundaron asociaciones y colegios en todo el mundo, lo que fortaleció la búsqueda de consenso, en un espacio propio para la discusión y el debate de temas que hacen al conocimiento enfermero. Surge el interés por desarrollar las bases teóricas propias apoyadas en la naturaleza de la experiencia humana, consolidando los patrones del pensamiento desde una visión holística. Los modelos de atención que se planteaban coincidían en el “cuidado” como objeto disciplinar transformándose no solo en el objeto de conocimiento, sino también como criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas (12).

Sin embargo, los planes de atención que se elaboran a partir de estos modelos han quedado relegados a los ámbitos de formación, dificultando su aplicación dentro de las instituciones sanitarias (3). Ello es debido a que la estructura de los sistemas sanitarios está regido por el modelo médico hegemónico donde la mayoría de las acciones de salud se realizan con un enfoque curativo y las acciones de enfermería dentro de las mismas, y con el paciente se dirigen hacia el cumplimiento de actividades médico-delegadas con una orientación basada en la enfermedad (17).

El personal enfermero ocupa lugares y realiza funciones paradójicas dentro de las organizaciones sanitarias: está encargado de mantener el orden y el cumplimiento de las normas, maneja casi la totalidad de la información que en ellas se genera y con sus acciones favorece la disminución de los días de estancia hospitalaria, constituyéndose en el núcleo de las prácticas sanitarias (5, 17). Sin embargo, pasan desapercibidas como profesión: “su marcada historia sumisión a otras profesiones y principalmente la médica ha estimulado una actitud psicológica de servicio como subordinado, carente de confianza y baja autoestima...” (18); se encuentra excluida del poder central médico imperante en las organizaciones sanitarias, ya que las ciencias curativas biomédicas son definidas como naturalmente superiores. Las enfermeras son empleadas para manufacturar un sistema de cuidados, desarrollando sus actividades de acuerdo a modelos establecidos por los empleadores y asegurando los intereses colectivos de la organización siguiendo una estrategia de profesionalismo para la prestación de cuidados.

Sin embargo “...Las estructuras médicas y de gestión del sistema sanitario han sido quienes han determinado, regulado y evaluado el horizonte de significados y las condiciones objetivas del trabajo de las enfermeras...” (4). Su ejercicio profesional se ve regulado por normas, convenios colectivos de trabajo y leyes nacionales, que disciplinan la práctica estipulando las tareas y funciones pertenecientes a cada categoría de personal. Mediante ellas, se establecen los salarios y su composición, las jornadas de trabajo, división de horarios, licencias, permisos y sanciones a la que puede estar sujeto el profesional. Se establecen también los modos de evaluar el rendimiento del trabajo y del trabajador, la promoción y categorización de los trabajadores, el vínculo entre la empresa y los trabajadores (19,20).

Por otra parte, y dentro de las organizaciones, las normas y protocolos internos son los que rigen la actuación de cada trabajador, el organigrama de la institución delimita los escalafones o la organización de trabajo de acuerdo a jerarquías, los reglamentos internos, el control estricto de entrada y salida por medio de relojes o fichas de ingreso, el control de los uniformes de trabajo, el cumplimiento de las tareas según las normas establecidas por la institución y de acuerdo a la función específica (operativa o de gestión), el registro de actividades que se realizan con los pacientes o en el servicio, la asistencia a reuniones controlada por planillas de asistencia y las evaluaciones de desempeño que se realizan dentro de la institución van actuar como mecanismos reguladores de su práctica estableciendo una homeostasis dentro del sistema y maximizando las fuerzas de producción (8,21, 22).

Siguiendo a Foucault (9) “A estos métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad es a lo que se puede llamar disciplina...”. Mediante ella se logra la sumisión de los trabajadores, generando cuerpos dóciles para ser utilizados, transformados y perfeccionados en vistas a cumplir los objetivos de la organización (23).

El desarrollo de la Enfermería estuvo controlada por la institución hospitalaria y las corporaciones médicas desde sus orígenes. Producto de la opresión a la que estuvo sometida por la fuerza hegemónica de la medicina, se institucionalizó en el cuidado de los enfermos pero sujeto a la lealtad médica y en el status de subordinación. Ello imprimió un perfil de profesión dependiente y dificultó sus intentos de emancipación. La subordinación enfermera al modelo hegemónico sanitario y la forma en que administrativamente se planea e implementa la gestión de los cuidados en la mayoría de los hospitales, obstaculizó el desempeño autónomo de las competencias que son propias de la enfermería, limitando su pensar y hacer (4, 11).

## REFLEXIONES FINALES

El análisis de la revisión narrativa realizada deja en evidencia las tensiones existentes dentro de las organizaciones sanitarias, donde el ejercicio profesional enfermero mantiene, indirectamente, una dinámica de producción y reproducción del modelo asistencial vigente. Este actúa encorsetándola bajo sus dictámenes y alimentando un círculo vicioso de opresión y hegemonía médica que somete a la disciplina por medio de tecnologías de poder sutiles, eficaces y económicas que modelan y corrigen la práctica a lo largo de todo un sistema social, actuando en cada uno de sus puntos a tal fin de que pasa desapercibido como poder y se convierte en una disciplina de trabajo que logra la sumisión del cuerpo por el control de sus ideas y sus prácticas.

El desempeño y las decisiones adoptadas jerárquicamente en un marco interdisciplinario deberían direccionar la práctica habitual de enfermería hacia un modelo de práctica profesional en la que sus juicios e intervenciones pasen a formar parte de las acciones que el equipo emplea para dar respuesta a las necesidades de salud de la persona que demanda servicios. Sin embargo, el saber/hacer enfermero permanece sin demarcar un campo autónomo de desempeño, situación que se ha mantenido históricamente. Esta situación es remarcada por diferentes autores consultados que resaltan que las funciones de enfermería están dirigidas a cumplir acciones médico-delegadas con una actitud pasiva con escasa crítica reflexiva. La estructura del poder organizacional está regida por un modelo de práctica donde el médico representa la clase privilegiada al momento de la toma de decisión sobre la atención del paciente y consecuentemente los modelos y funciones propias del campo disciplinar de enfermería se desvanecen, manteniendo y reproduciendo un modelo de práctica basado en la enfermedad y la prestación de un servicio no personalizado, sino orientado a una atención masificada y rutinaria.

Así también, la Enfermería presenta algunas dificultades para hacer visible su servicio profesional tanto internamente en la profesión como externamente en su quehacer cotidiano frente a la sociedad. Al sumergirse en las organizaciones sanitarias, su identidad profesional queda opacada por el modelo médico imperante, situación que actúa produciendo un quiebre entre la teoría, en la que se desarrollan los fundamentos propios de la disciplina, y la práctica clínica, donde se aplica aquello que se considera significativo para los profesionales, pacientes y viceversa. Los planes de atención aprehendidos en la formación académica quedan únicamente en ese ámbito, ya que la orientación instrumental es la que domina en la práctica. Actualmente el rol de enfermero gira en torno al desarrollo de procedimientos o acciones de salud con enfoque curativo. Ello hace que tienda a “mantenerse desarrollando procedimientos más que pensando, resolviendo problemas y reflexionando” (17). Esto, sumando a su historia de subordinación a la profesión médica, ha dificultado delimitar su rol y hacer visible la índole del servicio que prestaría a la sociedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Merhy EE, Camargo Macruz Feuerwerker L, Burg Ceccim R. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud colectiva* 2006. [En línea] [fecha de acceso: 15 de diciembre de 2014]. URL disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-2652006000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-2652006000200004&script=sci_arttext)
2. Dei Svaldi JS, Lunardi Filho WD, Calcagno Gomes G. Apropriação e uso de conhecimentos de gestão para a mudança de cultura na enfermagem como disciplina. *Texto & Contexto-Enfermagem* 2006; 15(3). [En línea] [fecha de acceso: 15 de diciembre de 2014]. URL disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072006000300016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000300016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
3. Vega Villalobos NA. Opiniones sobre el currículo: entre la formación el desempeño profesional. *Rev. Latinoamericana Enfermagem* 1996; 4(2). [En línea] [fecha de acceso: 15 de diciembre de 2014]. URL disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691996000200017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000200017)
4. Medina Moya JL, Schubert Backes VM, Do Prado ML, Sandin MP. La Enfermería como grupo oprimido: las voces de las protagonistas. *Texto & Contexto Enfermagem* 2010; 19(4):609-617.

**BIBLIOGRAFÍA**

5. Pedro Gómez JE, Morales Asencio JM. Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index Enferm* 2004; 13(44-45):26-31. [En línea] [fecha de acceso: 15 de diciembre de 2014]. URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100006&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100006&script=sci_arttext)
6. Stein Backes D, Stein Backes M, Macêdo de Sousa FG, Lorenzini Erdmann A. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: A visão de profissionais de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2008; 7(3):319-326.
7. Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. Bogotá: McGraw-Hill; 2001.
8. Díaz E. Las grietas del control: vida, vigilancia y caos. Buenos Aires: Biblos; 2010.
9. Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI; 2002.
10. Castro E. El vocabulario de Michel Foucault: un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores. Colección: Serie Contemporánea Política 2004. [En línea] [fecha de acceso: 15 de diciembre de 2014]. URL disponible en: <http://es.scribd.com/doc/11414155/Castro-Edgardo-El-Vocabulario-de-Mfoucault>
11. Villela Rodríguez E, Guil Bozal A, Lara Barrón AM. Género, poder/saber: una cuestión de fondo en la profesión de enfermería. En VII Congreso Iberoamericano de ciencia tecnología y género. 2010. [En línea] [fecha de acceso: 15 de diciembre de 2014]. URL disponible en: [http://200.134.25.85/eventos/cictg/conteudo\\_cd/E8\\_G%C3%A9nero\\_Poder\\_Saber.pdf](http://200.134.25.85/eventos/cictg/conteudo_cd/E8_G%C3%A9nero_Poder_Saber.pdf)
12. Velásquez H. Reflexionando la acción de enfermería. Editorial Universitaria. UNaM. Posadas. Misiones; 2003.
13. Hernández Martín F, Del Gallego Lastra R, Alcaraz González S, González Ruiz JM. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los cuidados* 1997. [En línea] [fecha de acceso: 15 de diciembre de 2014]. URL disponible en: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5239/1/CC\\_02\\_05.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5239/1/CC_02_05.pdf)
14. García Martín C, Martínez Martín ML. Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid: Elsevier; 2007. [En línea] [fecha de acceso: 15 de diciembre de 2014]. URL disponible en: [http://books.google.com.ar/books?id=iR2PWNahq5C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.ar/books?id=iR2PWNahq5C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
15. Hernández Conesa JM, Moral de Calatrava P. Historia de la enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana; 1995.
16. Vicente MC. Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras. (Tesis doctoral). Granada; 2007. [En línea] [fecha de acceso: 15 de diciembre de 2014]. URL disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/1729910x.pdf>
17. Durán de Villalobos MM. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. Bogotá: Unibiblos; 1998.
18. Samaniego C, Cárcamo S, Frankel D. La imagen profesional de la enfermería en su contexto de trabajo. *Académica Hologramática* 2011; 14(6):59-92. [En línea] [fecha de acceso: 15 de diciembre de 2014]. URL disponible en: [http://www.cienciarred.com.ar/ra/usr/3/1093/hologramatica\\_n14\\_v1pp59\\_92.pdf](http://www.cienciarred.com.ar/ra/usr/3/1093/hologramatica_n14_v1pp59_92.pdf)
19. Drolas MA, Montes Cató J, Picchetti V. Las relaciones de poder en los espacios de trabajo. En: XXV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Porto Alegre 2005. [En línea] [fecha de acceso: 15 de diciembre de 2014]. URL disponible en: [http://www.isel.edu.ar/assets/relaciones\\_de\\_poder\\_en\\_espacios\\_de\\_trabajo.pdf](http://www.isel.edu.ar/assets/relaciones_de_poder_en_espacios_de_trabajo.pdf)
20. Drolas A, Lenguita P, Montes Cató J, Picchetti V, Duhalde S, Villanueva MM. Relaciones de poder y trabajo. Las formas contemporáneas de explotación laboral. Buenos Aires: Poder y trabajo editores; 2007.
21. Chaux Mayorga CE. Una mirada a las relaciones de poder en las organizaciones con una perspectiva compleja. 2006. [En línea] [fecha de acceso: 15 de diciembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/1229/1/carmenel-isachauxmayorga.pdf>
22. Plebani MI. El poder pasa por nosotros. *Enferm Global* 2003; (3). [En línea] [fecha de acceso: 15 de diciembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.revistas.um.es/eglobal/article/download/625/651>