

CUANDO EL PODER CUIDA POCO : SABERES SITUADOS Y JERARQUÍAS EN LA PRÁCTICA ENFERMERA

WHEN POWER CARES LITTLE : SITUATED KNOWLEDGES AND HIERARCHIES IN NURSING PRACTICE

Est. Romina Soledad Giorgis

rominagiorgis40@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0001-6213-4659>

Filiación Institucional:

Departamento de Enfermería/Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social/
Universidad Nacional de Mar del Plata

Fecha de presentación: 30/10/2025

Fecha de aceptación: 16/12/2025

Resumen

La enfermería constituye la columna vertebral de los sistemas de salud contemporáneos, pero su reconocimiento epistemológico y su participación en la toma de decisiones permanecen limitados por jerarquías históricas y culturales. Este artículo analiza críticamente la deslegitimación del saber enfermero desde los marcos de saberes situados (Haraway) y poder disciplinario (Foucault), combinando una revisión bibliográfica con evidencia empírica y experiencias formativas. Se exploran fenómenos de violencia institucional, silenciamiento profesional y precarización laboral que afectan tanto la formación como la práctica. Además, se contrastan experiencias internacionales que muestran mejores resultados cuando la enfermería participa en roles de liderazgo. A partir del análisis se proponen estrategias pedagógicas, organizacionales y de política pública destinadas a visibilizar y legitimar el conocimiento situado enfermero, promover el liderazgo horizontal y fortalecer la producción científica propia. El artículo concluye que reconocer y articular los saberes del cuidado es condición necesaria para una atención integral y segura.

Palabras clave: Enfermería, Saberes situados, Poder, Violencia institucional, Liderazgo enfermero.

Abstract

Nursing is the backbone of contemporary health systems, yet its epistemic recognition and participation in decision-making remain constrained by historical and cultural hierarchies. This article critically analyzes the delegitimization of nursing knowledge from the theoretical perspectives of situated knowledges (Haraway) and disciplinary power (Foucault), combining literature review with empirical evidence and training experiences. It examines institutional violence, professional silencing, and labor precarization affecting both education and practice. International comparisons highlight improved outcomes when nursing assumes leadership roles. The study proposes pedagogical, organizational and public policy strategies to make nursing knowledge visible and legitimate, promote horizontal leadership, and strengthen nursing's scientific production. Recognizing and integrating care knowledges is essential for comprehensive and safe healthcare.

Keywords: Nursing, Situated Knowledge, Power, Institutional violence, Nursing leadership.

I- Introducción

La enfermería ha sido, desde sus orígenes, una práctica central para la reproducción de la vida y la reparación de la salud. A pesar de esto, los procesos de profesionalización, jerarquización institucional y construcción social del saber han relegado con frecuencia la voz y la autoridad epistemológica de las enfermeras y enfermeros. La tensión entre conocimiento técnico-médico y saber práctico-relacional se traduce en consecuencias concretas: invisibilización del aporte clínico enfermero, desautorización de observaciones relevantes, menor participación en la toma de decisiones y condiciones laborales que limitan la actualización profesional.

Este artículo aborda la pregunta central: ¿cómo inciden las relaciones de poder institucional y epistémico en la deslegitimación del saber enfermero y qué estrategias pueden revertir esa subordinación para optimizar la atención? Para responder, articula marcos teóricos críticos con evidencia empírica y ejemplos formativos, ofreciendo además recomendaciones aplicables a la docencia, la gestión hospitalaria y la política pública.

2- Revisión de la literatura y marco teórico

Saberes situados

Donna Haraway (1995) argumenta que todo conocimiento es situado: nace desde contextos específicos (cuerpo, género, lugar

social) y por ello no puede ser considerado neutral ni universal. Aplicada a enfermería, esta perspectiva legitima el saber derivado de la práctica relacional y cotidiana: la detección precoz de cambios, la gestión emocional del paciente, la continuidad del cuidado. El conocimiento enfermero se construye en contacto directo con la experiencia del paciente y en rutinas que, aunque empíricas, poseen validez clínica.

Poder disciplinario e instituciones

Michel Foucault (2006) ofrece herramientas para entender cómo el poder se ejerce no sólo como coerción visible, sino mediante redes de normas, roles y prácticas que normalizan comportamientos y jerarquías. En hospitales y centros de salud, el poder se expresa en quién toma la palabra, qué conocimientos se publicitan como legítimos y cómo se regulan los tiempos y cuerpos del trabajo.

Modelo biomédico hegémónico y deslegitimación

Menéndez (2009) y otros autores sostienen que el modelo biomédico define parámetros de legitimidad epistemológica que privilegian lo técnicamente medible y cuantificable. En este marco, los saberes emocionales, relacionales o intuitivos que predominan en el quehacer enfermero son subvalorados, a pesar de su impacto en la seguridad del paciente.

Evidencia sobre violencia institucional y precarización

Informes regionales (OPS, 2023; ICN, 2021; OMS, 2021) documentan maltrato, sobrecarga y condiciones laborales adversas entre personal de enfermería, demostrando que la invisibilización del aporte profesional tiene correlatos en bienestar laboral, retención y calidad asistencial.

3- Metodología

Este trabajo adopta un diseño de ensayo académico con enfoque crítico y mixto en lo metodológico:

Revisión bibliográfica: sistematización de literatura teórica y empírica sobre poder, saberes situados y enfermería, centrada en fuentes latinoamericanas y comparativas internacionales.

Análisis reflexivo de experiencias formativas: se incorporan testimonios y situaciones vividas en prácticas clínicas (observaciones directas y relatos) que ilustran las dinámicas de desautorización.

Triangulación: contraste entre literatura, datos de organismos (OPS, OMS, ICN) y evidencias formativas para sostener argumentos.

Limitaciones metodológicas: no se realizaron encuestas ni entrevistas estructuradas para este artículo (trabajo de tipo conceptual-reflexivo), por lo que las observaciones empíricas se usan como evidencia ilustrativa y no como datos generalizables.

4– Resultados y análisis

Formas de deslegitimación del saber enfermero

A partir de la revisión y las experiencias formativas emergen varias formas concretas de deslegitimación:

Silenciamiento y desacreditación: ejemplos donde observaciones clínicas de enfermeras o estudiantes son desestimadas por la sola condición de “no médico” o “estudiante”, incluso cuando anticipan complicaciones reales.

Marginalización en espacios decisoriales: en rondas clínicas y comités, la voz enfermera es con frecuencia consultiva y no decisoria.

Subregistro de tareas relationales: labores de acompañamiento emocional y seguimiento del paciente no se traducen en

indicadores de gestión, por lo que quedan fuera de la valoración institucional.

Precarización material: jornadas extensas, falta de recambio, salarios insuficientes y escasa inversión en formación continua.

Estas prácticas no son incidentales: constituyen mecanismos institucionales que reproducen un orden simbólico (Bourdieu) y epistémico que legitima unos saberes y desconoce otros.

Impacto sobre la seguridad del paciente y la formación

La deslegitimación tiene efectos directos en la práctica clínica: cuando voces situadas son ignoradas, se incrementa el riesgo de errores o de respuestas tardías frente a deterioros clínicos. En el plano formativo, la experiencia de desautorización debilita la confianza de estudiantes y limita el desarrollo de juicio clínico autónomo.

Experiencias internacionales como contraste

La evidencia de países con mayor inclusión enfermera (Canadá, Australia, modelos nórdicos) muestra: menor rotación, mejores indicadores de seguridad, mayor satisfacción laboral y mejores resultados en determinados indicadores asistenciales cuando las decisiones se comparten y la enfermería ocupa roles de gestión y política (hospitales magnéticos, participación en ministerios).

La pandemia como litmus test

La pandemia de COVID-19 reveló la centralidad operativa de la enfermería y, simultáneamente, la persistencia de su invisibilización en políticas y retribución. Esto muestra la contradicción entre reconocimiento simbólico (aplausos, homenajes) y reconocimiento estructural (salarios, puestos de decisión).

5- Discusión

Interpretación crítica

La subordinación del saber enfermero es resultado de una trama compleja: historia de profesionalización, género, economía política de

la salud y hábitos institucionales. No basta con cambiar discursos; se requieren transformaciones que operen en la formación, en las normas de gestión y en la política sanitaria.

Educación y formación

La formación en enfermería suele priorizar lo técnico-operativo; es necesario incorporar ejes de epistemología del cuidado, metodología de investigación aplicada, liderazgo y comunicación. Estrategias concretas incluyen: cirugías de aprendizaje basadas en problemas interprofesionales, residencias con liderazgo compartido, tutorías de mentoría emocional y espacios de reflexión sobre poder.

Gestión hospitalaria

Organizaciones sanitarias deben promover estructuras horizontales: comités interdisciplinarios con voz y voto enfermero, protocolos que reconozcan la corresponsabilidad clínica y métricas que incluyan tareas relacionales y continuidad del cuidado.

Política pública

Incorporar enfermeras en cargos de toma de decisiones (ministerios, direcciones de hospitales), garantizar condiciones laborales dignas y promover investigación y publicaciones lideradas por enfermería son políticas prioritarias.

6- Recomendaciones

Para la docencia:

La pandemia de COVID-19 reveló la centralidad operativa de la enfermería y, simultáneamente, la persistencia de su invisibilización en políticas y retribución. Esto muestra la contradicción entre reconocimiento simbólico (aplausos, homenajes) y reconocimiento estructural (salarios, puestos de decisión).

7- Discusión

Interpretación crítica

Integrar módulos de epistemología del cuidado y metodología cualitativa en los planes de estudio.

Fomentar proyectos de investigación dirigidos por estudiantes y docencia basada en experiencias situadas.

Promover prácticas supervisadas con criterios de participación real en la toma de decisiones.

Para la gestión institucional:

Crear comités clínicos interdisciplinarios con participación efectiva de enfermería.

Reconocer y remunerar tareas de coordinación y gestión del cuidado.

Incorporar indicadores de calidad que valoren continuidad y acompañamiento.

Para las políticas públicas:

Promover cupos de enfermería en organismos de salud pública.

Financiar líneas de investigación en enfermería y programas de formación de postgrado.

Implementar normativas laborales que disminuyan precarización y fomenten carrera profesional.

Limitaciones del estudio

Este artículo se basa en revisión bibliográfica y en observaciones de experiencias formativas; no incluye datos cuantitativos originales ni muestreros representativos. Por tanto, las conclusiones deben considerarse como argumentos teóricos y reflexivos que necesitan ser complementados con estudios empíricos (encuestas, entrevistas, análisis institucional) para su generalización.

8- Conclusiones

El saber enfermero, situado y construido en la práctica cotidiana, constituye un tipo de conocimiento imprescindible para la seguridad y la integralidad de la atención sanitaria. La deslegitimación de ese saber no es un fenómeno accidental, sino una consecuencia de relaciones de poder configuradas históricamente. Transformar esta realidad requiere acciones articuladas: cambios curriculares, estructuras organizativas más horizontales y políticas

públicas que reconozcan la centralidad del cuidado. Solo así será posible que la enfermería deje de ser principalmente la que ejecuta y pase

a ser también la que produce conocimiento, dirige y decide en favor de modelos de salud más humanos y eficaces.

9- Referencias bibliográficas

- Bourdieu, P. (2000). La dominación masculina. Anagrama.
- Bustamante, L. (2020). Cuidar en tiempos de verticalidad: tensiones de poder en la práctica de enfermería. Revista Debates Críticos, 3(1), 45–58. <https://revista.salud.mdp.edu.ar/>
- Davis, A. (2005). Mujer, raza y clase. Akal.
- Foucault, M. (2006). Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión. Siglo XXI Editores. (Original publicado en 1975)
- Freire, P. (1997). Pedagogía de la autonomía. Siglo XXI.
- García, M. (2020). La enseñanza de la investigación en enfermería: desafíos y perspectivas. Revista Latinoamericana de Enfermería, 28, e3275. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3275.3287>
- Haraway, D. (1995). Saberes situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. Mujer, ciencia y tecnología, 17–45. Universidad de Valencia.
- ICN. (2021). Impacto de la pandemia en la enfermería mundial. Consejo Internacional de Enfermería.
- Johansson, S., & Lindberg, A. (2019). Nursing leadership and patient outcomes: Lessons from Scandinavia. International Journal of Nursing Studies, 92, 75–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.004>
- Menéndez, E. (2009). El modelo médico hegemónico: Acerca de la educación médica y la atención de la salud en América Latina. Cadernos de Saúde Pública, 25(4), 903–914. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400017>
- Martínez, P., Rivas, G., & Soler, C. (2022). Condiciones laborales del personal de enfermería en América Latina. Salud Colectiva, 18(3), 150–166. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.150>
- OPS. (2023). Violencia laboral en el ámbito de la salud en América Latina. Organización Panamericana de la Salud.
- OMS. (2021). Informe sobre la situación de la enfermería en el mundo. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- Rodríguez, M., & López, A. (2021). La investigación en enfermería: aportes para la práctica clínica. Revista Iberoamericana de Enfermería, 17(2), 65–78. <https://doi.org/10.22201/enfermeria.2021.v17n2.65>
- Silva, P., & Ramírez, L. (2021). Formación crítica en enfermería: experiencias en América Latina. Revista de Educación en Salud, 12(4), 210–228.