



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA IZTAPALAPA
DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA

LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

“Marea blanca”

***La lucha por el reconocimiento del conocimiento en la ciudad de la salud.
Un estudio sobre la diálisis peritoneal en la convergencia global / transnacional.***

Trabajo terminal

que para acreditar las unidades de enseñanza aprendizaje de

Trabajo de Investigación Etnográfica y Análisis Explicativo III

y obtener el título de

LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

Presenta

Mayra Nallely González Flores

Matrícula No. 2113012849

Comité de Investigación:

Director: Dr. Federico Besserer Alatorre.

Asesores: Dra. Margarita del Carmen Zarate Vidal.

Dra. Daniela Oliver Rubalcaba.

México, D.F.

Septiembre 2016



**Marcha por el reconocimiento a la profesionalización de la enfermería.
3 de diciembre del 2014**

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO 1. HISTORIA DE LA SALUD EN LA CIUDAD DE MÉXICO: EL PROCESO DE CLUSTERIZACIÓN.....	18
1.1. <i>Hospitales públicos en México.....</i>	<i>19</i>
1.2. <i>Hospitales privados en México.....</i>	<i>25</i>
1.3. <i>Clústerización del sistema de salud.....</i>	<i>30</i>
CAPÍTULO 2. CIUDAD GLOBAL / CIUDAD TRANSNACIONAL.....	33
2.1. <i>La ciudad global de la salud y el turismo.....</i>	<i>34</i>
2.2. <i>La ciudad transnacional del trabajo en enfermería.....</i>	<i>43</i>
2.3. <i>Conectando ciudades.....</i>	<i>48</i>
CAPÍTULO 3. LA DIÁLISIS PERITONEAL: CONFLUENCIA DE CONOCIMIENTOS Y SABERES.....	52
3.1. <i>La diálisis peritoneal.....</i>	<i>55</i>
3.2. <i>La cadena global de una mercancía: El catéter.....</i>	<i>59</i>
3.3. <i>Cadena de valor y de saberes.....</i>	<i>73</i>
3.4. <i>La convergencia de conocimientos y saberes.....</i>	<i>86</i>

CAPÍTULO 4. MÁS ALLÁ DEL HOSPITAL: TRABAJO COGNITIVO Y TRABAJO AFECTIVO.....	96
4.1. <i>Rompiendo fronteras entre enfermeras y pacientes</i>	<i>97</i>
CAPÍTULO 5. CONTIENDAS COGNITIVAS.	106
5.1. <i>La lucha por el reconocimiento.....</i>	<i>107</i>
5.2. <i>El despertar de la marea blanca.....</i>	<i>109</i>
CONCLUSIONES.....	116
BIBLIOGRAFIA.....	123

INTRODUCCIÓN

Todos en algún momento de nuestras vidas hemos tenido un contacto directo o indirecto con una enfermera o enfermero ya sea al aplicarnos una vacuna, en una revisión médica, en un proceso hospitalario, o simplemente al verlos en las calles.

Les identificamos porque su uniforme es peculiar y diferente del que usa el resto de los trabajadores que se dedican a atender nuestra salud. Su color blanco refleja la pulcritud, sus filipinas holgadas les dan la libertad de movimiento que sus cuerpos necesitan para poder realizar una diversidad de tareas propias de su trabajo. En las mujeres las cofias almidonadas con líneas horizontales o verticales nos indican el puesto que tienen dentro del hospital, y en los hombres las líneas en las mangas de la filipina nos indican lo mismo.

Resulta difícil caminar por las calles de la ciudad y no encontrarnos con alguno de los 475 mil 295 enfermeros o enfermeras que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)¹ tiene registrados en México. Sin embargo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, debería haber al menos 89 enfermeros por cada 10 mil habitantes². En México esta cifra está muy por debajo de lo recomendado, ya que el país cuenta con 19 enfermeros por cada 10 mil habitantes.

Actualmente en México se han realizado inversiones considerables para lograr el incremento en el número de profesionales en salud. Sin embargo, en la enfermería, se puede observar que este aumento está mal focalizado. De las

¹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Visto en <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/enfermera0.pdf> acceso 24 de Julio del 2016.

² Organización Mundial de la Salud (OMS). Visto en http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/ acceso 24 de Julio del 2016.

723 escuelas de enfermería públicas y privadas con las que cuenta el país, 135 corresponden al nivel licenciatura y 588 a nivel medio superior. De las correspondientes al nivel medio superior, 294 escuelas no cuentan con los programas educativos establecidos por la Secretaría de Educación Pública ³ y la Secretaría de Salud⁴, otorgando títulos técnicos, donde el estudiante cumple un periodo de enseñanza que va de 8 meses a 1 año, tiempo de enseñanza que es muy corto en comparación con las escuelas que cuentan con los programas establecidos por la SEP y la SSA que son de 3 años escolarizados y 1 año de servicio social.

El auge de estas escuelas con programas de formación insuficiente trae como resultado un proceso que demerita y precariza el trabajo del gremio. Contrasta la proliferación de estas escuelas que otorgan títulos técnicos, con el cuidado sobre otras áreas correspondientes a la salud, como en el ámbito de la enseñanza de la medicina, química, biomedicina, farmacología etc. Sin embargo en la enseñanza de nutrición, radiología y oftalmología el proceso de desarrollo es similar por el que atraviesan las escuelas de enfermería.

La precarización del empleo, la falta de profesionales, el incremento de jornadas laborales, la falta de materiales básicos en los centros de trabajo, y la clasificación administrativa de la enfermería solo como un trabajo “artesanal”, fueron algunos de los factores que confluyeron y dieron origen al movimiento de enfermeras trabajadores sociales y terapistas que surgió hace dos años en México. Sin embargo, el proceso de precarización que el gremio sufre no es un

³ Sistema de Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios (RVOE). Visto en <http://www.sirvoes.sep.gob.mx/sirvoes/jspQueEsRvoe.jsp> acceso 6 de Mayo del 2016.

⁴ Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Visto en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013 acceso 6 de Mayo del 2016.

acontecimiento aislado de nuestro país. Países como Colombia, Chile⁵ y España⁶ cuentan con movimientos de enfermería donde las demandas van dirigidas a la falta de personal, la migración de profesionales en busca de un mejor salario a países como Estados Unidos y Canadá y la precarización del empleo. Las transformaciones por las que el gremio de la enfermería pasa en este momento, son parte de la construcción de un nuevo modelo de atención de la salud a nivel mundial, en el cual tenemos que enfocar nuestra atención no solo como investigadores si no también como usuarios.

Podemos decir que las enfermeras y enfermeros forman parte entonces de procesos transnacionales que involucran la migración, las respuestas del gremio en muchos países ante la emergencia de un nuevo modelo médico, y la defensa por el reconocimiento del trabajo profesional que realizan. Este trabajo que aquí presento se enfoca en este último aspecto del trabajo profesional, y trataré aquí de demostrar que las enfermeras y enfermeros están insertos en una contienda de saberes que incluye el reconocimiento del trabajo cognitivo que realizan. Este conocimiento es indispensable en el funcionamiento de las esferas globales de la medicina, como es la integración de las cadenas globales de mercancía. Pero a diferencia de los saberes patentados que se constituyen en mercancías, los saberes de las enfermeras y enfermeros residen en los cuerpos de los trabajadores y se integran a procesos globales a través del trabajo que realizan las enfermeras en distintos puntos de la cadena. Se trata de saberes transnacionales que viajan entre continentes, que integran saberes escolares y universitarios, saberes construidos en la práctica de la profesión, y también saberes sociales y de la vida cotidiana indispensables para la realización de su trabajo. Reside en estos otros saberes, que hemos

⁵Chile y la enfermería como carrera funcionaria. Visto en <http://www.fenasenf.cl/noticias/noticias-de-interes-general/actualizacion-carrera-funcionaria/>, acceso 24 de Julio del 2016.

⁶ Enfermería y sus movimientos. Visto en <<https://www.diagonalperiodico.net/global/28286-espana-la-cola-europa-enfermeras-por-paciente.html>> acceso 6 de Mayo del 2016.

denominado transnacionales como opuesto a la globalización del conocimiento como mercancía, el interés de esta investigación.

Origen del proyecto

El presente trabajo se desarrolló en el marco del proyecto de investigación “La ciudad de los saberes”, a cargo del Dr. Federico Besserer en el Departamento de Antropología de la Universidad Autónoma Metropolitana. El grupo de investigación estuvo constituido por once alumnos de la licenciatura en Antropología Social, los cuales confluimos por un interés inicial en el eje de investigación. El proyecto planteó una serie de preguntas generales las cuales orientaron la investigación general, al mismo tiempo que dieron lugar a otras preguntas específicas orientadas por nuestros intereses individuales. Fue así como seleccionamos cada uno de los alumnos participantes en el proyecto nuestros temas para poder articular nuestras inquietudes personales y el proyecto de investigación grupal. La gran variedad de comentarios y visiones que compartimos en el grupo de investigación ayudaron a replantear preguntas y ver nuestros temas de investigación desde diferentes perspectivas. Este trabajo grupal se realizó en el marco de un seminario que se reunió de manera semanal a lo largo de toda la investigación.

La selección de mi tema de estudio surgió de mis intereses personales y académicos, así como de mi vida cotidiana. Considero fundamental hacer mención desde qué postura escribo, y la razón por la cual seleccioné un cierto tipo de tema y no otro, ya que el describir al etnógrafo que realiza el trabajo de investigación ofrece al lector información muy importante sobre el punto de vista del etnógrafo, la capacidad para profundizar en una problemática, así como también los giros de sus interpretaciones personales sobre la realidad.

Heewong Chang, en su libro *Autoethnography as Method* (2008), enfatiza que todos partimos de un punto de vista en la sociedad que está relacionado con nuestra historia y nuestro entorno. Por ello, es necesario incluirnos en la

descripción del proceso de construcción de la metodología de una investigación, no solamente como una manera de hacer explícito aquellas características que pueden sesgar nuestro conocimiento en una investigación etnográfica, sino porque al mismo tiempo llevamos al campo una experiencia que nos orienta y nos provee de herramientas finas para el conocimiento de la realidad, especialmente cuando ésta se acerca a nuestra experiencia de vida.

La experiencia de vida y la formación académica se entrecruzan, y frecuentemente la primera informa a la segunda y conviene detenernos a pensar en distintos momentos de la investigación cómo nuestras vivencias informan a nuestro trabajo académico. Podemos así preguntarnos a nosotros mismo como investigadores la razón por la cual seleccionamos un tema, qué esperamos y queremos que nuestra investigación signifique de manera personal y académica. Al mismo tiempo, podemos también explorar con qué herramientas y conocimientos contamos desde nuestras propias experiencias de vida para la investigación. Las respuestas a estas preguntas podrán ser justificadas o criticadas dependiendo la postura que el lector tenga, sin embargo son el punto inicial sobre nuestros primeros pensamientos en relación al tema que investigamos. Stuart Hall, nos menciona que “*Todo discurso está situado y que el corazón tiene sus razones*” (Hall, 2010), lo cual nos recuerda que toda reflexión se hace y pronuncia desde un lugar en la geografía y en la sociedad, desde una historia, un sentimiento y una postura específica.

Inicialmente, mi interés sobre la relación entre la práctica médica y el turismo surgió por curiosidad. Cuando escuchaba hablar de estas dos actividades relacionadas, me causaba sorpresa. Por ello inicié mi investigación preliminar con el objetivo de saber en qué consistía aquello que se define como “turismo de la salud” y cómo funcionaba. Mi sorpresa fue encontrarme con una serie de políticas públicas, publicidad, graficas de procedimientos, y paquetes comerciales armados, que ofrecían de una forma muy accesible toda la información requerida al usuario. A partir de esta información proporcionada por páginas web de promoción turística del Distrito Federal, me di cuenta que estaba ante un posible proyecto de investigación, ya que en primer plano era muy evidente, que las prácticas de atención sanitaria en el país estaban en un

proceso de cambio y que este cambio no solo se observaba en las instituciones o a través de las políticas públicas, si no que involucraba a distintos sectores sociales.

En este sentido, pensando en qué ámbitos sociales se podría ver reflejado este proceso de cambio, decidí trabajar con el gremio de la enfermería. La decisión de trabajar con este gremio no fue casual ni sencilla. La razón principal que movió mi interés, fue el pertenecer a una familia donde la mayoría de los integrantes se dedican al ámbito de atención de la salud. Diariamente, al escuchar las pláticas que se generan en mi casa en la sobremesa, éstas reflejan de manera empírica los problemas y satisfacciones que les ha dejado el trabajo. Estas pláticas han evidenciado para mí los procesos de cambio que el sistema de salud esta presentando. De este modo, en la vida cotidiana he obtenido una gran cantidad de información, y esto me llevó a decidir trabajar con este gremio y tratar de entender cuál es el papel de ellos en el proceso de cambio contemporáneo en los sistemas de atención a la salud. Al mismo tiempo, el contar con familiares que trabajan en el área de la salud, me ayudó en el proceso de ingresar al campo. Los contactos y amistades de mi familia facilitaron mi entrada a los hospitales tanto público como privado donde trabajé, y pusieron frente a mí una extensa red de relaciones con los trabajadores de la salud.

Esteban Krotz en su artículo titulado "Alteridad y pregunta antropológica", explica que la pregunta no se genera por si sola ya que *"Depende siempre también del o de los encuentros concretos de los que nace y de las configuraciones culturales e históricas siempre únicas, de las cuales estos encuentros son, a su vez, partes integrantes"* (Krotz, 1994) y que se generan a partir del contacto con la alteridad, refiriéndose a ella como "la experiencia con lo extraño". Este autor nos muestra lo extraño como un proceso que nos remite a nosotros mismos, pero el cual necesita las preguntas adecuadas para poder ser revelado *"Alteridad no es, pues, cualquier clase de lo extraño y ajeno...Se dirige hacia aquellos seres vivientes, que nunca quedan tan extraños como todavía lo quedan el animal más domesticado y la deidad vuelta familiar en la experiencia mística. Se dirige hacia aquellos, que le parecen tan similares al*

ser propio, que toda diversidad observable puede ser comparada con lo acostumbrado, y que sin embargo son tan distintos que la comparación se vuelve reto teórico y práctico” (Krotz, 1994).

Estudiar un proceso cercano se vuelve un reto, ya que nace de los encuentros personales cercanos y concretos. Formular las preguntas adecuadas y separar lo que entendemos como “cotidiano” y “formal” se vuelve un desafío donde transformamos esferas personales en académicas y esferas académicas en prácticas personales.

El viaje ha sido largo, pero el resultado ha llegado a buen puerto.

Saberes y conocimientos en la ciudad del S.XXI

Siendo parte del proyecto de investigación, “La ciudad de los saberes”, y teniendo como base el deseo de trabajar algún contexto del Turismo de la Salud en la Ciudad de México, acoté mi proyecto de investigación a los saberes y conocimientos que posee el personal de salubridad, en específico el gremio de enfermería que labora en los hospitales privados y públicos de la Ciudad de México.

En el seminario de investigación que dio marco a esta investigación, cuando pensamos en la relación que existe entre conocimiento y saber, partimos de la idea de que la forma dominante del capitalismo se encuentra en un proceso de transformación. Hasta finales del siglo pasado, fue preponderante un modelo denominado “fordista”, el cual, se caracterizó por ser un modelo basado en la producción industrial masiva y el consumo masivo, en el que las formas de organización y regulación de la producción y de la sociedad se daban con base en estructuras fuertemente articuladas de forma vertical (la mayor parte de las tareas de la producción se daban dentro de una empresa con un mando centralizado, y la sociedad también se encontraba estructurada bajo sistemas de articulación a instituciones muchas de ellas organizadas por el estado).

Este sistema se organizaba y regulaba en el marco de los límites territoriales del estado nación.

Este modelo ha dado paso recientemente a otra forma de organización que se ha denominado “post-fordismo” donde las políticas proteccionistas que acotaban la economía al ámbito de la nación, hoy han sido sustituido por políticas de la así llamada “economía abierta” abriendo los mercados a productos internacionales y la posibilidad de inversión de capital transnacional en la economía mexicana. La industria de producción material ha sido lentamente sustituida por la producción “inmaterial” de servicios (tales como el turismo y los servicios privados de salud). La integración “vertical” en la economía y en la sociedad ha sido desarticulada. La compleja articulación para la producción que contenía todos los procesos dentro de una misma empresa ha dejado el lugar a procesos de externalización de ciertos procesos productivos a través de contratos en un proceso que se denomina “outsourcing” que dispersa la producción a nivel mundial, creando lo que conocemos como “cadenas globales de mercancía”. Este proceso ha venido aparejado de una precarización del empleo y al crecimiento de la población que no es atendida por los sistemas de bienestar social que articulaban anteriormente a la población.

En este tránsito, como parte de los cambios económicos ha surgido una economía del conocimiento que pone en el centro de la economía la producción, privatización, y reproducción masiva del conocimiento en la industria de la producción inmaterial. La concentración de estos procesos económicos en torno al conocimiento han generado un modelo de crecimiento urbano conocido como “la ciudad del conocimiento” la cual se encarga de producir, promover, proteger y controlar el mismo, por medio de la materialización del conocimiento en forma de mercancía. De este modo podemos entender la dinámica global de privatización del conocimiento, como en el caso de las farmacéuticas que patentan los conocimientos con los que se producen medicamentos, materiales quirúrgicos, y se realizan técnicas de atención médica.

En contraposición a la lógica privatizadora de “La ciudad del conocimiento” pensamos que hay un enorme cúmulo de conocimientos que no están patentados y que día a día se incorporan a las mercancías a través de los saberes que los trabajadores entregan con su trabajo en las cadenas globales de producción. Fue así como pensamos centrarnos en el estudio de “La ciudad de los saberes” que imaginamos como el sustento y cotidiano de “La ciudad del conocimiento”, y que es indispensable para la existencia de la economía del conocimiento.

El nuevo “capitalismo cognitivo” (para usar un concepto por Andrea Fumagalli), se basa en la idea de producir dinero por medio de la producción, circulación y consumo de conocimientos. Muchos de estos conocimientos que se incorporan en el proceso productivo son “conocimientos sociales” (o como les hemos denominado nosotros “saberes”, para diferenciarlos de los “conocimientos” que es la forma que adquieren una vez transformados en mercancías) que están en los cuerpos de los trabajadores que diariamente laboran para incorporarlos a los productos materiales e inmateriales que se ofertan en el capitalismo cognitivo (en gran medida en la industria de los servicios). Se trata, según Fumagalli, de un conjunto de saberes individuales o grupales que se centran en el “saber hacer “saber decir” “saber vivir”.

La ciudad de la salud en la intersección Global/Transnacional.

“La ciudad global de la salud” es una red económica global que se ancla en diversas urbes del planeta articulándolas. Esta red está formada por grandes consorcios farmacéuticos, aseguradoras, sistemas hospitalarios; así como de cadenas hoteleras y de transporte que desde el ramo del turismo articulan la producción globalizada de los servicios de la salud con sus consumidores mundiales. Esta gran red global encuentra en la Ciudad de México (hasta hace muy poco denominada Distrito Federal) un nodo en el que la estrecha relación entre escuelas, hospitales, laboratorios y agencias de viaje crean clúster urbanos especializados en la salud.

Otra extensa red articula las ciudades del mundo. Se trata de los trabajadores de la salud que constituyen asociaciones profesionales de especialidades médicas y de enfermería. A este entramado de asociaciones profesionales se suma otra red profesional no institucionalizada formada por los circuitos migratorios de miles de personas que trabajan en los servicios hospitalarios del mundo. Al conjunto de estas redes de personas que trabajan en la salud le hemos denominado “La ciudad transnacional de la salud”. Los eslabones que conforman esta red empiezan articulando el sistema de salud local (cuando, por ejemplo, las enfermeras y enfermeros complementan su jornada laboral trabajando en más de un hospital en la misma ciudad), hasta terminar vinculando a los trabajadores internacionalmente (como las federaciones de organizaciones sindicales de la enfermería a nivel mundial).

Para que la ciudad global del capital opere necesita de la otra ciudad, la ciudad transnacional de los trabajadores de la salud donde *“La ciudad transnacional es la ciudad que está conectada más allá de las fronteras nacionales”* (Besserer, 2014) La Ciudad de México y en particular los clúster de la salud, son el nodo donde ambas redes (la del capital y la del trabajo) se articulan.

De este modo podemos observar dos ciudades, por un lado tenemos la ciudad global de la salud que contiene instituciones con normas de calidad e higiene médico que son implementadas a nivel mundial, regulando así las prácticas con las que operan las instituciones sanitarias. Mientras que por otro lado tenemos a la ciudad transnacional de la salud, dónde las personas adquieren conocimientos y se organizan en las diferentes esferas sociales de las que forman parte (la universidad, la escuela, la cultura urbana, la familia, etc.). La ciudad global depende para su funcionamiento de la ciudad transnacional. La Ciudad de México es uno de los muchos puntos donde la ciudad global y la ciudad transnacional de la salud se intersectan.

Un cambio reciente puede ilustrar las conexiones entre los nodos en que se articula este gran entramado. Recordemos que hace algunas décadas, los países menos desarrollados se trasladaban a los países industrializados en busca de atención especializada. En cambio, en la actualidad, muchos habitantes de los países desarrollados que han dejado de garantizar los

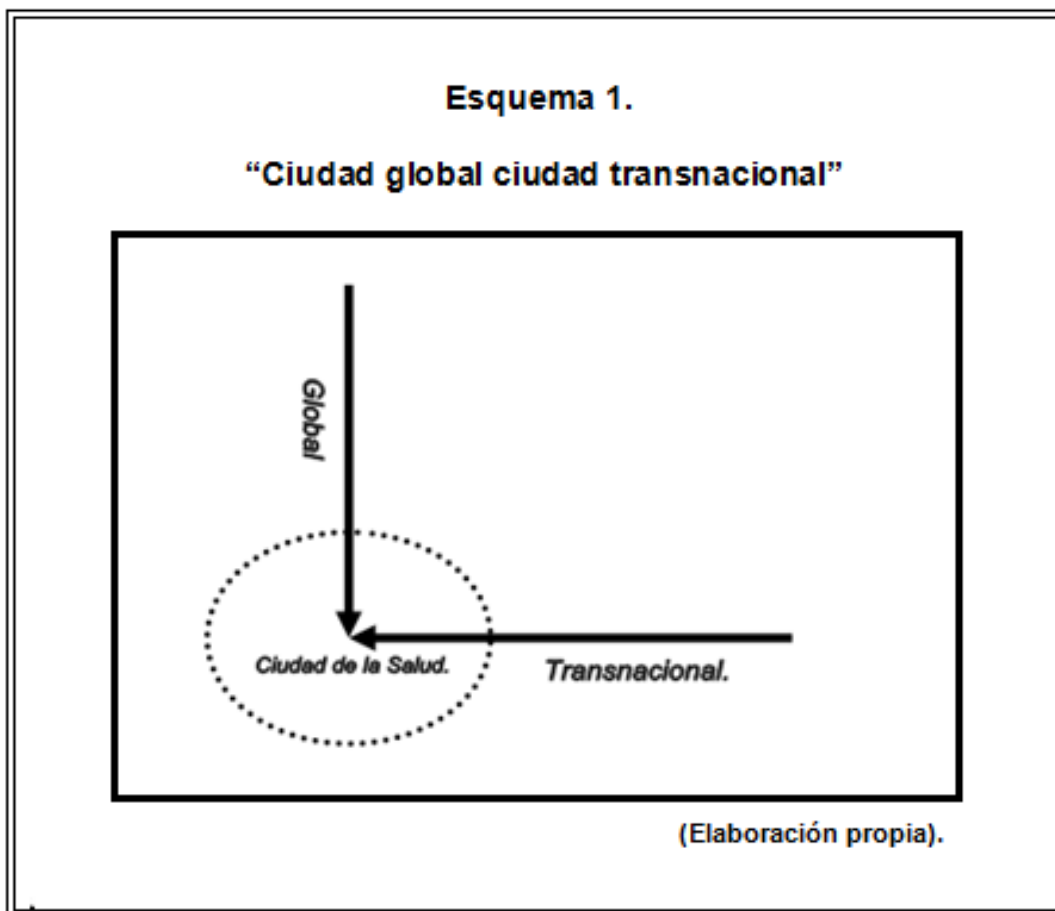
servicios médicos a su población viajan a los países del sur global para atender sus necesidades de salud.

Así, entre cada uno de estos nodos viajan personas, mercancías, y conocimientos que son regulados internacionalmente (como los estándares de los servicios médicos). Pero también los trabajadores contribuyen (por así decirlo “desde abajo”) a la circulación de personas y conocimientos no solamente a nivel internacional, sino de manera transversal al interior de las ciudades donde se anclan las cadenas globales, llevando un sinfín de saberes urbanos y profesionales a las instalaciones de salud y circulándoles entre estas. La promoción del turismo médico por parte del gobierno de la Ciudad de México destaca el conocimiento médico que se genera y reproduce en la ciudad, y oferta este conocimiento especializado para el consumo global. Pero estos conocimientos exceden la información obtenida dentro de los hospitales, e incorpora los conocimientos y saberes adquiridos en los centros de formación profesional y en la ciudad en su conjunto.

Tenemos entonces los saberes y conocimientos que circulan a través de las cadenas globales de servicios de salud (en una integración que podríamos nombrar “vertical” que va de lo global a lo local), y por otro lado, tenemos aquellos que llevan los trabajadores de todas las especialidades a los centros de atención de salud (proceso al que podríamos describir como “horizontal”). En este sentido, se forma lo que Besserer ha descrito de la siguiente manera:

“Los estudios sobre globalización suponen un eje vertical en el que las dinámicas locales están contenidas en ciudades, éstas en países y éstos a su vez en regiones, los estudios transnacionales proponen que existen un segundo eje horizontal, que se extiende más allá de las fronteras locales ó nacionales”. (Besserer, 2014)

En esta investigación trato de explicar la forma en que la enfermería contribuye de manera específica a la ciudad global, mostrando las estrategias que los individuos utilizan, los medios de los que se valen y por ultimo dentro de qué esferas sociales fueron aprendidos estos conocimientos y saberes que componen a la ciudad de la salud.



Estructura de la Investigación.

Este trabajo está organizado en cinco capítulos en los cuales muestro de manera progresiva la composición de las cadenas en la que baso mi investigación.

En el primer capítulo realizo una recopilación histórica iniciando desde el periodo de la conquista y terminando con el actual periodo de Enrique Peña Nieto, con el objetivo de mostrar la formación de las instituciones de salud en la Ciudad de México y mostrar las transformaciones que han dado paso a la creación del Clúster médico turístico actual. El capítulo está estructurado en tres ejes, el primero retoma la historia los hospitales públicos, el segundo la historia de los hospitales privados y el tercero muestra un nuevo programa

desarrollado por el gobierno de la Ciudad de México, donde las industrias públicas y privadas de salud convergerán en un espacio arquitectónico delimitado para dar paso a un nuevo sistema de desarrollo económico.

En el segundo capítulo muestro la relación entre ciudad global y ciudad transnacional dentro de los actuales programas de turismo médico en la Ciudad de México. El capítulo está estructurado en dos ejes, el primero muestra la conexión de la Ciudad de México con la globalidad por medio de la promoción del clúster médico turístico y el segundo muestra las conexiones de la ciudad transnacional por medio de los trabajadores (enfermeras) que laboran en el clúster.

En el tercer capítulo utilizo los conceptos de cadenas de mercancías y cadenas de valor los cuales entrelazo con la idea de conocimientos y saberes. Para esto utilizo como estrategia de investigación el análisis de un procedimiento médico llamado Diálisis Peritoneal, con el cual expongo los medios por los cuales las enfermeras crean estrategias que les permiten realizar sus labores dentro de las instituciones de salud.

El capítulo se encuentra estructurado en tres ejes, el primero se compone de una recopilación histórica sobre la utilización de la diálisis con el objetivo de que el lector pueda entender en que consiste el procedimiento de la diálisis y que personas están involucradas en este procedimiento. El segundo muestra la manera en que las enfermeras articulan la cadena de mercancías-conocimientos por medio de un objeto médico que se utiliza dentro del proceso de la Diálisis Peritoneal, llamado catéter Tenkof con el objetivo de mostrar el proceso de construcción de la cadena global con base en la traducción. Y en la tercera parte muestro la manera en que las enfermeras articulan la cadena de valor-saber por medio de las experiencias de vida que utilizan previas al momento de traducción.

En el cuarto capítulo examino la relación que se crea entre las enfermeras y los pacientes, con base en las extensiones afectivas que inician en el hospital y se llevan a la casa. Hago esto con el objetivo de entender el proceso de

transformación y la importancia del gremio dentro de los nuevos modelos de políticas públicas de salud. En este capítulo muestro la manera en la cual las enfermeras hacen una conexión entre lugar de trabajo y lugar de vida, con el objetivo de visibilizar la importancia de los sentimientos y las experiencias cómo factores importantes en el proceso laboral.

En el quinto capítulo llamado la contienda cognitiva, me enfoco en movimiento de enfermería que inició en el 2014, en el cual se observa una contienda política por el reconocimiento laboral del gremio y la importancia de identidad la laboral ligada al reconocimiento del conocimiento y al mismo tiempo el reconocimiento y defensa de los saberes, el reconocimiento sobre el conocimiento velado que la enfermería incorpora a la cadena de producción

CAPÍTULO UNO.

HISTORIA DE LA SALUD EN LA CIUDAD DE MÉXICO. EL PROCESO DE CLUSTERIZACIÓN.

Este capítulo se encuentra estructurado de manera histórica con el propósito de mostrar la manera en que las instituciones de salud en la Ciudad de México han cambiado. La recapitulación inicia desde el periodo de la conquista y termina con el actual periodo presidencial de Enrique Peña Nieto con el objetivo de dar un contexto mínimo para poder comprender las transformaciones que han dado paso a la creación del clúster médico turístico actual.

El capítulo está organizado en tres ejes, el primero retoma la historia los hospitales públicos, el segundo la historia de los hospitales privados y el tercero muestra un nuevo programa desarrollado por el gobierno de la Ciudad de México, donde las industrias públicas y privadas de salud convergerán en un espacio arquitectónico delimitado para dar paso a un nuevo sistema de desarrollo económico.

1.1 Hospitales públicos en México.

La información expuesta sobre la evolución de los hospitales en México la retomo desde el periodo de la conquista, donde al iniciarse la reconstrucción de México como ciudad española, se comienzan a edificar instituciones religiosas y hospitalarias.

La creación de hospitales y atención de la salud, durante el siglo XVI, es asociada a la noción de “caridad” (para ayudar a los indígenas pobres). De este modo la iglesia fue una entidad fundamental dentro de la creación, construcción, organización, legislación, y funcionamiento del aparato médico, siendo los hospitales en una extensión de la iglesia. Órdenes religiosas como los Franciscanos, Juanitos, Hipólitos, Dominicos, Betlemitas y Agustinos tuvieron una gran influencia para la fundación y función de los hospitales.

En el siglo XVI, existieron tres grandes figuras que marcaron la organización hospitalaria, el Dr. Pedro López, Don Bernardino Álvarez y Don Vasco de Quiroga. El Dr. Pedro López, también llamado “El padre de los Pobres”, fundó

al oriente de la Ciudad de México, el Hospital de San Lázaro y el Hospital de los Desamparados en 1582.

Don Bernardino Álvarez Herrera, a quien se le conoce como “El Limosnero Heroico”, fundó la orden hospitalaria llamada “Hermanos de la Caridad” y con recursos propios fundó en la Ciudad de México, el Hospital General y el Asilo de Convalecientes. Dentro del Hospital General, se estableció una casa cuna y un orfanato convirtiéndose así en el precursor de la atención a la niñez en América.

Don Vasco de Quiroga, fundó hospitales en Pátzcuaro, Irapuato, Maravatió, Salamanca y Silao, los cuales se encontraban anexos a las parroquias. De este modo los siglos XVI, XVII, XVIII, fueron etapas de auge en la construcción de hospitales en la Nueva España, dónde se combatía el hambre, la pobreza y la enfermedad. (Aguilar y Esquerro, 1936)

Con la Revolución de Ayutla (1854-1857) y el movimiento de Reforma (1857-1861), México comienza a tener características diferentes en su organización. Se inicia la separación entre la iglesia y el Estado, lo que trae como consecuencia que el servicio médico comience a reflejar una organización diferente, surgiendo de este modo la participación del Estado en la atención de la salud. Se ordenó entonces que los bienes hospitalarios de las órdenes religiosas pasaran al poder del Ayuntamiento y la obtención de los fondos hospitalarios se conseguía por medio de loterías.

Con la nueva organización hospitalaria y las problemáticas económicas del país, el número de camas en los hospitales se vio notablemente reducido. En 1847 surge en la Ciudad de México el hospital de San Pablo, el cual se convierte en la primera institución de salud creada por el Estado Mexicano. Durante el período de la Reforma en 1861, se ordenó la creación de la *Dirección General de Fondos de la Beneficencia Pública*, dependiente del ministerio de Gobernación el cual se encargó de los hospitales del Distrito Federal, esta organización tuvo poco éxito encargándose de nuevo el Ayuntamiento del manejo hospitalario de la ciudad. (Aguilar y Esquerro, 1936)

Con la Intervención Francesa, se creó un nuevo organismo semejante a la anterior Dirección de Beneficencia Pública, logrando entre los hospitales una coordinación y cooperación, quedando de esta manera el Ayuntamiento fuera del manejo hospitalario. En 1891, por decreto del Presidente de la Republica, Porfirio Díaz se dio a conocer que la Secretaría de Gobernación se encargaría de la Salubridad Pública y de la Beneficencia Pública, tales como: hospitales, hospicios, escuelas de ciegos y que la Secretaría de Guerra y Marina se encargaría de los hospitales militares.

Con el triunfo la Reforma se había, dispuesto que los hospitales de Beneficencia Privada fueran administrados por el gobierno. Sin embargo el Estado no tuvo los fondos necesarios para sufragar los gastos de esas instituciones y con objeto de no interrumpir sus actividades, rectificó que la ayuda privada no era un problema para el Estado.

Con el gobierno del General Porfirio Díaz, se favoreció a la Beneficencia Privada, y así poco a poco se logró la confianza entre los particulares expidiéndose en 1899 la Ley de Beneficencia Privada, la cual organizó la intervención del Estado en las Instituciones Particulares. (Aguilar y Esquerro, 1936)

La Revolución Mexicana, dio lugar a la Constitución de 1917, la cual hizo de la Salud Pública, un principio de derecho, iniciándose así el reconocimiento oficial de la salud. En este año fue creado el Departamento de Salubridad Pública, el cual era un organismo autónomo encargado de la salud pública del país, que junto con el Consejo de Salubridad sustituyeron al Antiguo Consejo Superior de Salubridad dependencia de la Secretaría de Gobernación.

El periodo de 1920 a 1924, fue conocido como la etapa de la salud higienista, lanzándose campañas de erradicación contra el tifo y los inicios de la creación de servicios de educación higiénica para la población, implementando folletos, carteles, boletines y demostraciones públicas sobre el manejo adecuado de actividades de cuidado higiénico. La etapa de 1927 a 1935 se creó la Escuela de Salubridad Pública, en la Ciudad de México la cual se encargaba de la

formación de médicos y enfermeras en materia de salubridad, iniciándose intercambios estudiantiles a la escuela de salubridad pública Johns Hopkins en Baltimore Estados Unidos, con la intención de tener profesionales especializados en esta materia, y apoyados por la fundación Rockefeller.

Durante el gobierno del General Manuel Ávila Camacho (1940-1946), el 15 de Octubre de 1942, se formó la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la cual se encontraba conformada por el Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia Pública, esta creación unió a dos organismos del Estado que atendían aisladamente los problemas de salud en México: En esta etapa en materia de atención médica y hospitalaria, la labor fue de productividad, ya que se elaboró un plan para fundar hospitales en todo el país.

El 19 de Enero de 1943 se creó el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el cual se encargaría de brindar servicios de salud y seguridad social a la población que cuente con afiliación al propio instituto. Se implantó un esquema de organización tripartido donde la afiliación atravesaba tres ejes El estado, el patrón y los trabajadores. Se creó el hospital Centro Médico en la capital del país, hoy Centro Médico Nacional Siglo XXI perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual sería el núcleo de una red hospitalaria compuesta por: Hospitales Centrales, Hospitales Generales Centrales, Hospitales Generales Regionales, Hospitales Generales Rurales, Estaciones Médica y Hospitales Ejidales. (Duncan, 1982)

El primer Secretario de Salubridad y Asistencia, Gustavo Baz, fue el creador de una red médico-hospitalaria de tipo nacional, con la terminación de treinta y siete hospitales, del mismo modo se sentaron también las bases de la actual atención médica y de la salud pública en México, formándose los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y una integración federal y estatal de los organismos sanitarios de asistencia.

Durante el gobierno del presidente Miguel Alemán (1946-1952) fue secretario de Salubridad, el Dr. Pascacio Gamboa, quien se caracterizó por iniciar una

campaña con énfasis en la medicina preventiva en los hospitales y educación higiénica a la población.

En el sexenio de Adolfo Ruíz Cortines (1952-1958), siendo Secretario de Salubridad, Ignacio Moreno Prieto, se creó la Comisión Nacional de Hospitales, elaborándose el primer censo hospitalario del país y se enviaron médicos a Estados Unidos a especializarse en administración hospitalaria.

Con el sexenio del presidente Adolfo López Mateos (1958-1964), siendo Secretario de Salubridad el Dr. José Álvarez Amézquita, se efectuaron programas dirigidos a mejorar la salud de los habitantes de país. En esta administración pública se formaron dentro de la Secretaría de Salud y Asistencia, dos subsecretarías, una de Salubridad y otra de Asistencia y un organismo llamado Comisión Constructora, que realizó un programa de construcción de unidades sanitario-asistenciales en todo el territorio nacional.

El 30 de Diciembre de 1959, se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores de Estado (ISSSTE), el cual se encargaría de brindar atención y cuidados de salud y seguridad social a los trabajadores del gobierno federal. En 1960 el ISSSTE brindaba servicios a 487 mil 742 derechohabientes. (Zurita y Ramírez, 2000)

En el sexenio de Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970), se construyeron varios hospitales para enfermos mentales y pequeñas unidades de 3, 6, 12 y 30 camas. La Comisión Nacional de Planeación y Organización de Obras Sanitario-Asistenciales y la Comisión Constructora, se fusionaron convirtiéndose en la Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria, siendo este último el organismo encargado de construir y conservar la infraestructura hospitalaria.

Dentro del proyecto de construcción de pequeñas unidades médicas surge el 1 de Septiembre de 1967, en el Estado de México el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), organismo público que se

encargaría de proporcionar los servicios de salud y seguridad social a los municipios del Estado de México.

En el sexenio de Luis Echeverría Álvarez (1970-1976), fue nombrado el Dr. Jiménez Cantú, Secretario de Salubridad y Asistencia, realizándose un estudio donde se exponían la situación y las necesidades de la atención médica y hospitalaria.

En 1973 se elaboró el Plan Nacional de Salud, donde colaboraron instituciones de salud, centros docentes y asociaciones médicas. Dicho plan pretendió consolidar una política de salud, señalando objetivos y recursos e intentando ampliar la cobertura y eficiencia de la atención médica, algunos de los principales puntos fueron:

1. Aprovechar al máximo la capacidad de los establecimientos médicos.
2. Planificar la construcción de clínicas y hospitales de acuerdo a la densidad población, padecimientos predominantes y vías de comunicación.
3. Incorporar a la población a los programas de salud.
4. Promover y coordinar las acciones de los organismos del sector salud para lograr un mejor aprovechamiento de los recursos y aumentar las esperanzas de vida de la población.

Durante el sexenio del presidente Miguel de la Madrid (1982-1988), la Secretaría de Salubridad y Asistencia se transformó en la Secretaría de Salud, organismo encargado exclusivamente de dar atención a la salud y cedió lo de asistencia al organismo de Desarrollo Integral de la Familia. (Loyo y Díaz, 2009)

Durante el sexenio del presidente Vicente Fox (2000-2006) se creó la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, el cual se encargaría con autonomía técnica y administrativa descentrada de la

Secretaría de Salud, de financiar los servicios de salud a la población beneficiaria, funcionando de forma binaria entre el estado y los proveedores de servicios de salud públicos o privados. Hasta el año 2014 el seguro popular contaba con 57 millones de afiliados, la creación del seguro popular se implementó con la intención de integrar al patrón de salud a trabajadores independientes o personas desempleadas. (Sistema de Protección Social en Salud) (Leal, 2014)

En el sexenio de Felipe Calderón (2006-2012) se empezaron a plantear iniciativas de cobertura universal voluntaria en salud, creándose programas como Seguro Médico para Nuevas Generaciones (SMNG), Caravanas por la Salud y se garantizó la atención gratuita a todas las personas con cáncer cérvico uterino, de mama y próstata. Al mismo tiempo que estos programas “Universales de Salud” se implementaban, comenzó a surgir el auge de médicos privados en las cadenas farmacéuticas *“Se creó un sistema de salud alterno de atención primaria en salud, generándose 250 mil consultas todos los días, casi el mismo número que ofrece el IMSS y el triple de lo que otorga el ISSSTE, estableciéndose hasta el 2014, 10 mil médicos dentro de las principales cadenas farmacéuticas”* (Leal, 2014)

Durante el periodo de Peña Nieto (2012-2018), las bases del seguro universal se comenzaron a ampliar, creándose en septiembre del 2013 el Sistema de Seguridad Social Universal, el cual ofrecería atención en salud, seguro de desempleo, seguro o pensión para el retiro, contemplando solo una atención primaria en salud la cual cubriría enfermedades primarias, vacunas y atención de emergencias.

1.2. Hospitales Privados en México.

En la Ciudad de México, en Junio de 1889 entre las calles de Patonio (Avenida Juárez) y la calzada de Bucareli, se inauguró el primer hospital particular con fines de lucro, administrado por una sociedad de médicos que residían en la ciudad, asistiendo el entonces presidente de la República, Porfirio Díaz. Los

hospitales privados son aquellos organismos ó empresas, dónde el acceso a los mismos es para usuarios que retribuyen económicamente la atención brindada por el personal.

En 1905 los hospitales en la Ciudad de México eran de tres tipos:

1. Los que dependían de la Dirección de Beneficencia Pública.
(Anteriormente mencionados)
2. Las instituciones de beneficencia privada como: El hospital de Jesús, Hospital Español, Hospital Francés. etc.
3. Los hospitales lucrativos como: La casa de salud de Miguel Jiménez, S.A.

Los dos últimos tipos de hospitales eran sostenidos por particulares y empresas. En México la atención privada se basa principalmente en la prestación directa de servicios en los consultorios y unidades hospitalarias pequeñas y medianas, con fines de lucro. Desde la década de los setenta, la medicina, con fines de lucro ha fortalecido su capacidad para prestar servicios, mediante la implementación de infraestructura y la cooperación con otros organismos empresariales sobre la aplicación de seguros privados de atención médica.

Los seguros privados de atención médica comenzaron hace más de un siglo en Inglaterra y Alemania, dónde con motivo de la revolución Industrial, empresas financieras ofrecieron seguros a los patrones para protegerlos de riesgos laborales, situación que se generó en México antes del advenimiento de la seguridad social. Los seguros laborales han evolucionando en varias ramas, una de ellas son los seguros de vida, dónde empresas aseguradoras inician la venta de paquetes para protección de enfermedades mayores, comenzando de esta forma la contratación de la atención médica previa a la enfermedad como una fuente de financiamiento. (Tamez Bodek y Eibenschutz, 1995)

En México el crecimiento del sector privado no fue planeado ni regulado y se generó a partir de la sobreoferta de médicos que se dio en los años ochenta. En 1990 la Secretaría de Salud creó iniciativas de regulación para todos los servicios de salud, entre ellos los del sector privado requiriendo a las instituciones privadas la certificación de sus especialistas para la acreditación del hospital, estas acreditaciones fueron dirigidas por la Academia Nacional de Medicina. Otras iniciativas fueron la expedición de normas oficiales para el control y supervisión de la medicina pública y no gubernamental. (Ibidem: 582)

En 1999 el Gobierno Federal, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Secretaría de Salud, preocupados por la magnitud del gasto en instituciones privadas y la falta de regulación de éstas, diseñaron instrumentos para la regulación de este sector implementando reglas claras para la operación de Instituciones de Servicios Especializados en Salud (ISES). Así se pretendió generar un mercado competitivo y eficiente que ofreciera mejores servicios de salud para los usuarios que de manera voluntaria contrataran un seguro; buscando al mismo tiempo proteger los derechos de los usuarios *“Las ISES organizarán y administrarán la prestación de servicios de salud a través de prepagos privados y podrán otorgar directamente servicios o contratar a médicos y hospitales. Sin embargo, como aseguradoras requieren de un capital mínimo, reservas para garantizar la solvencia y liquidez, mostrar las redes médicas con que cuentan y su certificación.”* (Ramírez y Zurita, 2000)

En diciembre de 1999 se aprobaron modificaciones a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, lo que dio formalidad a la creación de las ISES (Diario Oficial de la Federación, 1999) las expectativas de estas nuevas instituciones se basaron en ofrecer a los usuarios servicios integrales para la salud. Otro organismo que fue creado con la creciente industria de servicios de salud privada fue La Asociación Nacional de Hospitales Privados , la cual se fundó en 1967 con el fin de *“Fortalecer la relación entre el sector de Salud Privado mediante la unión de sus hospitales asociados, a fin de mantener una presencia sólida y unificada, mediante la actualización de herramientas, conocimientos, indicadores, información y todos*

*aquellos elementos que permitan este fortalecimiento*⁷ (ANHP, 2014) Dentro de sus principales objetivos actualmente podemos encontrar:

- El posicionamiento de la imagen del sector hospitalario privado en la Ciudad de México.
- La promoción de los servicios de salud privados.
- La certificación hospitalaria como un elemento diferenciador.
- Formación de profesionales en la administración hospitalaria.

Dentro de los principales grupos hospitalarios privados en el Distrito Federal se encuentran.

Centro Médico Dalinde fue fundado por la familia Ulloa iniciando sus servicios en 1913 a cargo de Doña Carmen Ulloa y el Dr. Amadeo Narcia, en 1938 Mario González Ulloa construye la primera clínica de cirugía plástica en la ciudad de México y en 1947 inician la construcción del Sanatorio Dalinde terminando en 1950 el cual se convierte en *“sede internacional de congresos y cursos para especialistas en salud, donde se comparten conocimientos y técnicas para el desarrollo de la medicina moderna en México”* (Centro Médico Dalinde.) En el 2002 al concluir la construcción de la Torre Médica Dalinde se incorpora como hospital de tercer nivel, atendiendo actualmente cerca de 120,000 usuarios al año. (Centro Médico Dalinde)⁸

Hospital Ángeles México, fundado por un grupo de médicos ginecoobstetras en 1970, con la intención de crear un hospital privado que atendiera principalmente las necesidades médicas de la mujer. En 1985 los servicios se ampliaron convirtiéndolo en hospital general con la intención de atender a la familia completa. En 1998 se conforma Grupo Ángeles Servicios de Salud el

⁷ Asociación Nacional de Hospitales Privados. 2014. Visto en <<http://www.anhp.org.mx/>> acceso 15 de Junio del 2015.

⁸ Centro Médico Dalinde. 2015. Visto en <http://www.dalinde.com/historia/acerca-de/historia.html> acceso 5 de Noviembre del 2015.

cual contempla servicios hospitalarios, farmacéuticos y laboratorios médicos. En el Hospital Ángeles México se atienden mensualmente “240 nacimientos, 1400 pacientes en urgencias y 850 más en el área de hospitalización” (Hospital Ángeles México)⁹

El Grupo Hospitalario Médica Sur fue fundado en 1982 por un grupo de 17 especialistas, iniciando con la construcción de una torre de consultorios de 9 niveles los cuales se vendían o rentaban, posteriormente se inició la construcción de la clínica de diagnóstico y tratamiento que colocó al hospital dentro del ramo de servicios generales.

En el 2003 se consolidó como centro de alta especialidad hospitalaria y el 4 de Febrero del 2009 integró una franquicia de Holiday Inn, la cual se encuentra en el quinto piso con aproximadamente 2048.50m² y el sexto piso con 1624.65 m². Actualmente cuenta con 53 habitaciones, dos pisos de hotel, servicio de restaurante, gimnasio, tres salas de juntas y un salón de usos múltiples para 40 personas “Médica Sur es hoy, un complejo hospitalario con 120 mil metros cuadrados de construcción, donde se ubican 514 consultorios, 138 habitaciones y 26 suites, 17 unidades médicas y 11 clínicas de especialidad, pretendiendo crear a mediano plazo la ciudad médica sur”. (Grupo Hospitalario Médica Sur.)¹⁰

El Estado se ha encargado de delinear la participación de la industria privada hospitalaria en la Ciudad de México, esto por medio de una colaboración entre instituciones públicas y privadas con la intención de mejorar los servicios de salud. Esta colaboración no se da como un proceso de venta de las instituciones del Estado al mercado, como en el caso de las telecomunicaciones, ya que el Estado implementa una manera diferente, por medio de concesiones otorgadas para que el sector privado cubra el manejo

⁹ Grupo Hospitalario Ángeles México. 2015. Visto en < <http://hospitalesangeles.com/mexico/>> acceso 5 de Noviembre del 2015.

¹⁰ Grupo Hospitalario Médica Sur. 2015. Visto en http://www.medicasur.com.mx/es_mx/ms/ms_gms_historia acceso 5 de Noviembre del 2015.

sólo de las áreas rentables de la salud, generando grandes ganancias económicas, el proceso de transformación de la esfera pública de salud a la privada no se ve como un proceso de venta, sino como uno de encargo, aunque su objetivo final realmente es el mismo, la transferencias del Estado al mercado.

Algunos acontecimientos que ejemplifican la creciente intervención del Estado en la promoción de las instituciones privadas los podemos observar con la aparición masiva de empresas especializadas en atender un solo tipo de enfermedades, las cuales no funcionan, ni son consideradas como clínicas u hospitales. Estas empresas especializadas en salud tuvieron su auge en el 2011, y dentro de las principales podemos encontrar Artricenter, Centro Dializador y Free Hair.

Si bien los hospitales privados y las empresas especializadas en salud funcionan como una estrategia del Estado para cubrir las necesidades médicas de la población tenemos que recordar que el acceso a estos servicios no está planeado para toda la población, dejando de lado la premisa principal de la salud como un derecho constitucional.

1.3. Clusterización del sistema de salud.

El tercer tipo de organización del sistema de salud de la Ciudad de México, lo identifiqué a partir de la construcción de un espacio urbano denominado clúster médico-turístico, concepto que desarrollaré en líneas posteriores. Mientras realizaba trabajo de campo para la delimitación de esta zona espacial me encontré con el desarrollo de la llamada “Ciudad de la Salud”.

Como parte de las transformaciones más recientes en la Ciudad de México en materia de salud, en el 2014 el Jefe de Gobierno Miguel Ángel Mancera dio a conocer el proyecto llamado: “Zona de Desarrollo Económico y Social (ZODES) La ciudad de la Salud”, el cual es un espacio urbano pre delimitado donde se concentrarán servicios de atención a usuarios mezclando

instituciones privadas y públicas. La ZODES como la Ciudad de la Salud es parte de un proyecto *“Que pretende generar riqueza y crecimiento a la ciudad capital”* (Mancera Miguel, Agencia de Gestión Urbana de la Ciudad de México)¹¹ el cual incluye cinco áreas para la Ciudad de México: En la zona de hospitales de Tlalpan la Ciudad de la Salud, en Coyoacán la Ciudad del Futuro, en Chapultepec el Corredor Cultural Creativo, en la colonia Doctores la Ciudad Administrativa y Judicial y en la zona norte la Agrociudad.

La Ciudad de la Salud se encontrará ubicada en la delegación Tlalpan y contará con un espacio de doscientas ocho hectáreas dentro de sus instalaciones se encontrará la Escuela de Enfermería y Medicina de la ciudad y la clínica de atención a la Diabetes y Obesidad Infantil. Se tiene planeado que la ciudad de la salud cuente con capital de la industria privada para su construcción *“Como parte de la construcción de nueva infraestructura por parte de Médica Sur, se prevé que este hospital done al gobierno de la ciudad dos predios ubicados en la colonia Toriello Guerra, por lo que con base en dicho supuesto se elaborará el presente proyecto en los predios probables”* (Proyectos conceptuales de las anclas de ZODES: Ciudad de la Salud, 2013)

Este proyecto se encuentra en la fase de gestión, y política, y de diseño urbano y arquitectónico se tiene planeado que su construcción termine en el 2018. Considero que este proyecto refleja características importantes que se están dando dentro del sector salud en México las cuales tienen que ver con la articulación de la industria pública y privada. Esto nos habla de un nuevo esquema de organización estatal y de un cambio en el concepto de atención de la salud. Si bien mi investigación no está enfocada en el análisis de políticas en salud es importante mencionar que éstas se encuentran en un proceso de

¹¹Palabras de Miguel Ángel Mancera Espinosa, Jefe de Gobierno de la Ciudad de México. Agencia de Gestión Urbana de la Ciudad de México. 2014. Visto en <http://www.agu.df.gob.mx/presenta-mancera-proyecto-zodes-ciudad-de-la-salud-representa-inversion-de-6-mil-mdp-generacion-de-empleos-y-redisenio-de-la-zona-sur-de-la-capital/>

acceso 3 Julio del 2015.

transformación, ya que son el eje que marca los procesos de interacción de sus trabajadores y usuarios.

La ciudad de la salud contiene similitudes con el clúster Médico-Turístico que analizo en mi trabajo y habría que esperar a ver cuales son las variantes que transformarían la vida de los individuos (trabajadores, habitantes y usuarios) en su interacción con la ciudad. Algunas de ellas ya pueden observarse, por ejemplo, las inconformidades de los vecinos con los cambios de la estructura física de la ciudad y las nuevas prácticas cotidianas, para poder adaptarse a ella y poder seguir haciendo ciudad o la gran interrogante sobre cómo esta articulación público-privado afectará a los usuarios.

CAPÍTULO DOS.

CIUDAD GLOBAL / CIUDAD TRANSNACIONAL.

Este capítulo se encuentra estructurado con base en los conceptos de ciudad global y ciudad transnacional con la finalidad de mostrar las relaciones que se crean entre la globalidad y la transnacionalidad en los actuales programas de turismo médico en la Ciudad de México. El capítulo está construido en torno a dos ejes: el primero muestra la conexión de la Ciudad de México con la globalidad por medio de la promoción del clúster médico-turístico y el segundo muestra las conexiones transnacionales que se construyen en la ciudad por medio del trabajo de uno de los grupos mas relevantes del sistema de salud, las enfermeras que laboran en dicho clúster.

2.1. La ciudad global de la salud y el turismo.

Al promocionar el gobierno de la ahora Ciudad de México, como un centro de cuidados médicos a nivel mundial, muestra que existe una conexión entre la ciudad y procesos de escala global. Pero para que esta ciudad pueda promocionarse, son imprescindibles estrategias de corto y largo plazo, las cuales involucran a la ciudad y de especial manera a sus habitantes. Para desarrollar un nicho de mercado global, es necesario que sus trabajadores cuenten con una serie de conocimientos estandarizados, los cuales, les dan la certificación necesaria para poder ejercer sus profesiones y ofertarlas como un atractivo para la inversión internacional.

De este modo los conocimientos escolarizados que adquieren los individuos, se transforman en acreditaciones otorgadas por organismos globales formando conexiones entre diferentes ciudades del mundo. Para llegar al área geográfica de estudio, el clúster médico-turístico, donde los trabajadores interactúan constantemente a través de sus conocimientos y saberes, fue necesario presentarles a la ciudad por medio de un contexto histórico, el cual nos ayudó a comprender la creación de esta área geográfica y la interacción que crea con sus habitantes, conectada de manera horizontal.

Por su parte, en la ciudad global de la salud estas articulaciones se dan de manera vertical, conectando a la Ciudad de México por medio de

acreditaciones internacionales, promociones turísticas, certificaciones, procedimientos estandarizados con normas internacionales. El concepto de ciudad global como tradicionalmente se ha pensado, nos muestra a la ciudad como un espacio geográfico, que concentra una gran cantidad de servicios financieros con una arquitectura e infraestructura, tecnológica avanzada que posibilita sus conexiones en la red jerárquica global

Sin duda, la Ciudad de México vista a través de este concepto de globalización, el cual se encuentra definido por áreas de servicios financieros modernos puede catalogarse como ciudad global, tomando como uno de sus principales elementos, su desarrollo arquitectónico.

Recordemos que uno de los acontecimientos que hicieron replantear el paisaje urbano y el funcionamiento de la ciudad fue el sismo de 1985, con el cual la idea de una ciudad que basaba su modernidad en su arquitectura se vio asolada. Con el sismo uno de los principales edificios que sufrió daños fue el Centro Médico Nacional Siglo XXI- IMSS, el cual fue construido con base en la idea de “progreso y conocimiento”, convirtiéndose en un emblema del nivel médico que el país poseía a nivel mundial. De este modo las altas torres médicas y los extensos ventanales del hospital se derrumbaron parcialmente para dar paso a la reconstrucción del mismo, con una serie de características diferentes a las que tenía anteriormente, tales como: edificios pequeños y anchos, conexión con las líneas del metro, pilares gruesos y ventanales pequeños.

El sismo de 1985 coincidió con la crisis económica que se generó a inicio de esa década, la cual fue parte de la crisis capitalista a nivel mundial, suscitando una nueva forma de acumulación del capital, gestándose de este modo en nuestro país un cambio en el modelo económico y en las políticas públicas. Se pasó de un modelo proteccionista con interés en la producción de bienes para el consumo nacional a un modelo de economía abierta, el cual permitió la inversión extranjera, importación de mercancías y la exportación de productos mexicanos a un mercado mundial.

De este modo la definición de globalización como un proceso basado exclusivamente en la modernización y concertación de servicios financieros es insuficiente para entender el proceso por el cual la Ciudad de México se conecta a nivel mundial. Saskia Sassen, menciona que una ciudad global tiene como características la dispersión geográfica de las actividades económicas, subcontratación de servicios, economías de aglomeración, servicios especializados, redes de intercambio y un alto nivel de creación de profesionales, contiene, “...una infraestructura de actividades, empresas y trabajos, que es necesaria para operar la economía corporativa avanzada” (Sassen, 2007).

Se entiende a la ciudad global como el punto donde se articulan una serie de empresas, las cuales no necesariamente se encuentran en el mismo espacio geográfico, político o administrativo. En los últimos años la globalización se ha centrado en la economía de los servicios, creando nuevas industrias para el mercado como es el caso del turismo de la salud, el cual establece nuevas formas de relación mercantil entre las industrias públicas y privadas de atención a la salud.

a) Ciudad global de la salud.

Para el funcionamiento de la ciudad global de la salud, es necesaria una serie de conexiones y redes, entre diferentes ciudades del mundo. Para comprender como funcionan estas redes, es necesario definir al turismo de la salud.

El turismo de la salud es una actividad antiguamente realizada, que se da con el desplazamiento de personas con el fin de atender y curar problemas de salud o la prevención de los mismos hacia las iglesias, climas, aguas y zonas específicas. El turismo de la salud actualmente es: “*La práctica en la cual las personas viajan fuera de su lugar de residencia en búsqueda de procedimientos asociados a la mejora de su salud.*” (Ross, 2014).

Dentro del ámbito internacional, el turismo de la salud, es nombrado de diferentes maneras, tales como: turismo del bisturí, viajes médicos, viajes de salud, viajes para tratamiento de salud, turismo en salud o la ya retomada, turismo de la salud. Los principales países en los que esta práctica ha tenido impacto son Tailandia, Singapur, India, Costa Rica, Colombia, Brasil y México. El turismo de la salud es clasificado en dos partes: turismo médico y el turismo del bienestar. Dentro del turismo médico encontramos el ámbito institucionalizado de la práctica (hospitales, médicos, enfermeras, farmacéuticas, etc.) el cual se enfoca a tratamientos quirúrgicos y de rehabilitación, en el turismo del bienestar, encontramos tratamientos preventivos, cosméticos y terapéuticos, estos dos tipos de turismo son mezclados y ofrecidos conjuntamente o por separado.

Los programas actuales de turismo médico fueron implementados por el Gobierno del Distrito Federal y la Secretaría de Turismo en el 2008. En febrero del 2009, la Secretaría de Salud, la Secretaría de Turismo y el Fondo Mixto de Promoción Turística del Distrito Federal, trabajaron con los principales grupos hospitalarios del sector privado, laboratorios, intermediarios turísticos, la Asociación de Hoteles de la Ciudad de México y la Cámara de Comercio, con el fin de consensuar la iniciativa.

Siendo el mercado norteamericano el principal sector al que se dirigía el programa, se creó la integración de paquetes médico-turísticos, que incluyeran tratamientos o cirugías, transporte, hotel y servicios de entretenimiento turístico. En el mismo año (2009) se creó el Consejo Consultivo de Turismo y Salud de la Ciudad de México, el cual tiene como objetivo la organización de los grupos de trabajo, la elaboración de los lineamientos, la consulta, opinión y apoyo en la toma de decisiones en materia de Turismo de la Salud en la Ciudad de México con el fin de garantizar la integración de una oferta médica y turística de calidad.

México ha evolucionado de ser un destino famoso por sus bajos precios en los servicios de salud en la zona fronteriza a convertirse en un centro de cuidados de la salud, colocándose en el segundo lugar a nivel mundial. Algunos de los

factores que han contribuido a la creciente popularidad de este sector son: Los altos costos de atención a la salud en el país de origen, largos tiempos de espera para la realización de procedimientos, la accesibilidad de los viajes internacionales, las mejoras tecnológicas, los estándares internacionales de calidad y la venta de seguros para procedimientos médicos en otros países a menor costo. En el turismo médico, estas redes conectan a la Ciudad de México con otros estados de la república y con otras ciudades del mundo que promocionan los mismos servicios médicos. La ciudad global comprende áreas políticas, económicas y culturales, personas e instituciones, creando redes *“donde los servicios corporativos especializados, conducen a formas extremas de poder”* (Sassen, 2007).

En este caso estos servicios corporativos corresponden a la industria farmacéutica y hospitalaria, las cuales forman parte del proceso de especialización de la Ciudad de México en materia de salud. *“Lo global <<ya sea una institución, un proceso, una práctica discursiva o un imaginario>>trasciende el marco exclusivo del Estado-nación y al mismo tiempo habita parcialmente los territorios y las instituciones nacionales”* (Sassen, 2007). El turismo médico se encuentra anclado en el territorio por medio de su infraestructura material y de los trabajadores que lo hacen funcionar, pero excede las fronteras geográficas extendiendo las cadenas de producción y comercialización de sus bienes y servicios y los sujetos que lo consumen, así mismo, una forma fundamental de articulación global se produce por medio del discurso sobre los servicios que el turismo de salud ofrece.

b) Clusterización del sistema de salud en la Ciudad de México.

La operación del clúster médico-turístico se da dentro de los procesos de transnacionalización, en el cual como menciona Federico Besserer se pueden encontrar tres tipos diferentes de ciudades: La ciudad fronteriza, la ciudad diaspórica y la ciudad clusterizada.

La clusterización de la industria médico-turística en la ciudad de México está conformada por: hospitales, hoteles, laboratorios y la aparición de pequeñas clínicas con tratamientos de rehabilitación, casas de día para adultos mayores y medicinas alternativas. Alrededor de diez estados del país, contienen clústeres médicos los cuales agrupan aproximadamente sesenta hospitales que exportan servicios de salud.

Según Dini Marco, no existe una definición consensuada del concepto *clúster*, sin embargo muchos investigadores coinciden en que es *“Una masa de empresas, especializadas en un mismo sector o actividades productivas relacionadas entre si y localizadas en un área geográfica determinada”*. (Dini 2007) Las ciudades clúster son espacios específicos de procesos de producción, donde los servicios están concentrados en una cierta área geográfica delimitada, esto con el objetivo de acaparar los espacios de mercado que los consumidores buscan.

El Clúster médico-turístico, refleja tres características sumamente importante en la actividad económica moderna.

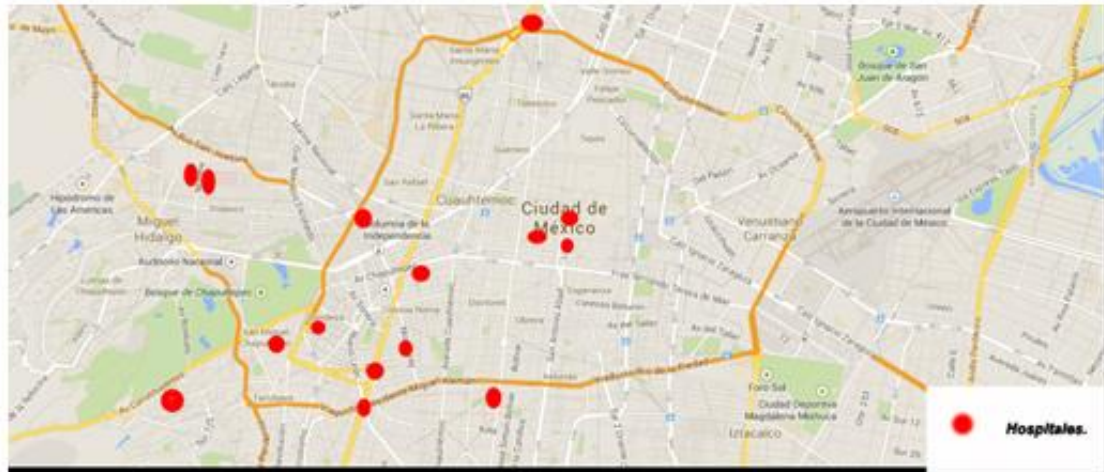
- 1) Proximidad geográfica.
- 2) Redes entre empresas.
- 3) Redes con otros organismos e instituciones.

En el mapa se muestran los hospitales que poseen las acreditaciones internacionales necesarias para participar dentro del sector médico-turístico. ¹²

¹² Las acreditaciones son otorgadas por: Joint Commission International.

Mapa 1.

Hospitales que poseen acreditaciones internacionales.



Fuente: Elaboración propia (2014)

En el segundo mapa se muestran los hoteles que poseen convenios con los hospitales y transportación directa de los pacientes.

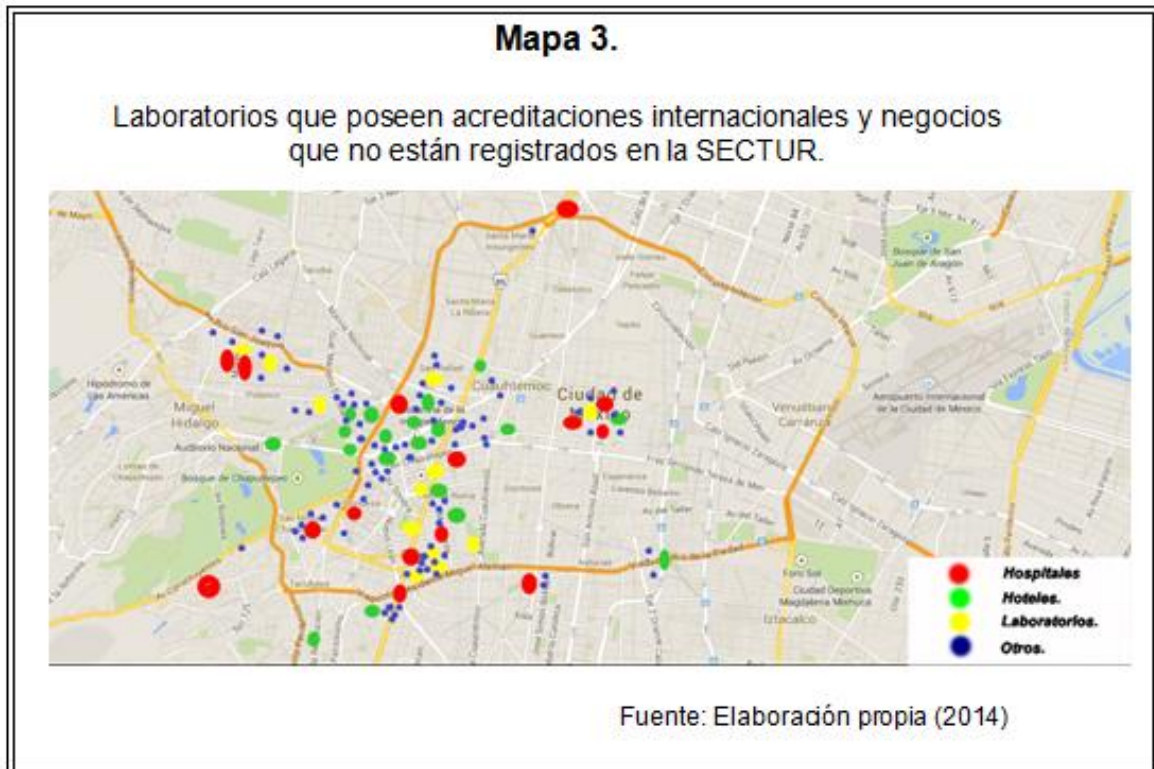
Mapa 2.

Hoteles que poseen convenios con los hospitales y transportación directa de los pacientes.



Fuente: Elaboración propia (2014)

Y en el tercer mapa se muestra los laboratorios que poseen acreditaciones internacionales y los negocios que no están contemplados por la Secretaría de Turismo (SECTUR) pero que forman parte del clúster al presentar servicios médicos alternativos o de cuidado, que del mismo modo van dirigidos al sector turístico.



Alfred Marshall (1920) quien realizó el análisis clásico del fenómeno de la localización industrial propone los conceptos de aglomeración y economía de la urbanización, donde concibe a la ciudad como un espacio abstracto y funcional, debido a su cercanía espacial entre los diferentes sectores que la integran, definiendo de este modo a las ciudades como unidades de mercado cerradas donde existe una relación estrecha entre el área geográfica y los individuos que la integran. Hemos presentado el concepto de clúster médico-turístico como un punto de convergencia donde se aglomeran para prestar sus servicios, empresas que están articuladas con procesos globales. Es incorrecto suponer que frente a este proceso de globalización del capital, los trabajadores se circunscriben al ámbito de “lo local”. El clúster médico turístico, es un punto también de convergencia de los trabajadores cuyas geografías exceden los

límites territoriales del clúster. Así lo expresan algunos de los comentarios recogidos en mis entrevistas:

“Desde hace tres años tengo una doble jornada laboral, mis horarios de trabajo en el [hospital] privado son muy variados a veces trabajo cinco horas diarias de lunes a viernes o a veces solo los fines de semana tomando el turno de guardias especiales¹³. Cuando trabajo entre semana en el hospital privado se me complica mucho llegar, ya que del ISEM al privado es aproximadamente una hora y veinte minutos de camino. Imagínate salgo de aquí a las tres y entro a trabajar al privado a las cinco de la tarde para salir a las diez de la noche” (Enfermera María, Fragmento de entrevista. 2014)

Hay que pensar al clúster no solo como una unidad arquitectualizada, ya que el clúster no son los edificios, sino las personas las que lo conforman y sostienen, siendo los trabajadores con sus conocimientos los que articulan estos diferentes espacios abriendo una serie de conexiones y trazando lazos entre diferentes puntos de la ciudad.

El clúster médico-turístico ofrece productos materiales e inmateriales a los consumidores, los cuales van acompañados de una serie de conocimientos específicos sobre la utilización de los mismos. De este modo son las acciones que el trabajador realiza sobre el objeto para entregarle al consumidor lo que se denomina “*economía del conocimiento*”, ésta economía del conocimiento se mezcla con las economías materiales, para producir una ciudad con oferta en el mercado.

¹³ Las guardias especiales tienen turnos laborales de dieciséis a veinte horas diarias.

2.2. La ciudad transnacional del trabajo en enfermería.

a) Evolución de la enfermería en México.

En 1804, Carlos IV envió al doctor Balmis cincuenta niños los cuales requerían de vacunación contra la viruela, estos niños iban al cuidado de Isabel Cendala quien realizó la vacunación de brazo en brazo, siendo considerada de forma institucional la primer enfermera sanitaria de Iberoamérica. Pero al mismo tiempo existían mujeres que se dedicaban a realizar curaciones en hospitales y cárceles, las cuales en su mayoría pertenecían a órdenes religiosas, estas mujeres prestaban atención a los enfermos y no se les requería una licencia previa para ejercer. (Kindelán, s/a)

En la mayoría de las ordenanzas, las mujeres que asistían a los enfermos aparecían con la categoría de sirvienta, esto debido a que además de atender a los enfermos se especificaba su ubicación laboral: Enfermera lavandera, enfermera cocinera, enfermera mandadera. La primera escuela de enfermería en México, fue autorizada por el presidente Díaz el 9 de febrero de 1907, donde alumnas que se encontraban en cursos a cargo del doctor Fernando López, en el Hospital General entraron a recibir clases de manera reglamentaria creándose un plan de estudios en el que se mencionaba que la carrera se cursaría en tres años y estaría bajo cargo de la Escuela Nacional de Medicina. (Guajardo y Guillén, 2012)

“La asistencia de los enfermos iba a confiarse a personas del sexo femenino, a quienes se había estado dando desde hacía ya dos años, instrucción y educación apropiadas al objeto a que se les destinaba” (Guajardo y Guillen, 2012 , citado por Jamieson, 1980) Dentro de los principales requisitos que se les pedía a las aspirantes se encontraban:

1. Haber cursado la escuela primaria
2. Tener buena salud
3. Tener alrededor de 20 años de edad
4. Constancia de buena conducta.

De este modo surgieron las primeras egresadas mexicanas de la Escuela de Enfermería,

Eulalia Ruiz Sandoval y María Quiroz quienes fueron nombradas subjefas de la institución.

En el año de 1922 se aprobó la fundación de la Escuela de Salubridad de México, en un principio abriendo sus puertas a personas que contaran con un título expedido por la Facultad de Medicina, en 1925 esta disposición fue modificada abriendo sus puertas a trabajadores del departamento y al público en general.

Dentro de las principales carreras técnicas que se impartían, se encontraba la de Enfermera Visitadora, que a diferencia de la Enfermera Titulada (la cual tenía su campo de acción en clínica y hospital) se dedicaba a realizar visitas domiciliarias consistiendo su trabajo principalmente en establecer relaciones directas con las comunidades para de este modo se facilitara la atención médica.

En 1948 la Escuela de Enfermería se independizó de la Escuela de Medicina, con la intención de determinar que la enfermería contara que contar con título y cedula profesional para poder ejercer la profesión. A finales de los años cincuenta la clasificación de la enfermería como una ciencia era poco frecuente en la literatura específica de la carrera, comenzándose a priorizar entre el gremio que la base adecuada para la educación de sus profesionales está centrada en el ejercicio científico, dándole prioridad a la teoría dentro del desarrollo profesional de la enfermería abriendo nuevos ámbitos laborales tales como: educativo, administrativo y nuevos espacios especializados de la profesión. (Guajardo y Guillén, 2012)



Enfermeras Visitadoras.

14

A partir de esta breve recopilación podemos entender la evolución de la enfermería y los diferentes espacios que han ocupado a lo largo de la historia de la salud en México. La enfermería ha pasado de ser una disciplina práctica para convertirse en una profesión que cuenta con un conjunto de conocimientos y saberes propios, los cuales provienen de las instituciones formadoras de profesionales y del aprender cotidiano de las personas. Al pensar en los cambios que ha tenido el sistema de salud, tenemos que comprender el proceso de institucionalización y los diferentes mercados de trabajo que han resultado de éste. Recordemos que actualmente México está en un proceso de transformación con respecto a las políticas de salud y con ésto, sus trabajadores experimentan cambios en su contexto laboral como es el caso de la *“Lucha por el reconocimiento y dignificación a la profesionalización de enfermería en México”* movimiento al que me referiré mas adelante.

¹⁴ **Anónimo**, Enfermera visitadora en la unidad sanitaria cooperativa de tierra blanca. Archivo Fotográfico de la fundación Rockefeller Archive Center. Imagen tomada de *“Cien años de Salud pública en México. Historia en Imágenes”*. Edición a cargo de Gudiño Cejudo, María Rosa, México, Secretaría de Salud. 2010, p. 87

b) Trabajo y transnacionalidad.

La ciudad global de la salud que se ancla en la Ciudad de México, se encuentra inmersa en una economía en red, donde las conexiones entre hospitales, laboratorios y agencias de viaje, forman a una ciudad especializada en salud. Pero para que esta ciudad global funcione, necesita de las personas que trabajan y habitan en ella, creándose a su vez otra ciudad, La Ciudad Transnacional de la Salud, Federico Besserer nos menciona que *“La ciudad transnacional es la ciudad que está conectada más allá de las fronteras nacionales”* (Besserer, 2014)

La ciudad transnacional de la salud está articulada y contenida dentro de la ciudad global, las personas que la habitan y trabajan en ella crean una serie de estrategias, las cuales se convierten en el eje que vincula de manera horizontal a la ciudad. *“Los estudios sobre globalización suponen un eje vertical en el que las dinámicas locales están contenidas en ciudades, éstas en países y éstos a su vez en regiones, los estudios transnacionales proponen que existen un segundo eje horizontal, que se extiende más allá de las fronteras locales o nacionales”.* (Besserer, 2014)

De este modo podemos observar dos ciudades, por un lado tenemos, *La ciudad global de la salud*, que contiene instituciones con normas de calidad e higiene médico, las cuales son implementadas a nivel mundial, regulando así las prácticas con las que operan las instituciones sanitarias. Mientras que por otro lado tenemos a *La ciudad transnacional de la salud*, dónde los procesos de integración de los individuos, se dan por medio de las habilidades y saberes adquiridos de forma personal, en las diferentes esferas sociales de las que son parte estas esferas conectan de forma vertical distintos núcleos externos a la ciudad de la salud, dentro de los cuales las enfermeras desarrollan diferentes papeles sociales.

Elas no solo forman parte de un esquema laboral, ya que la implementación de sus saberes corresponde a diferentes espacios sociales de los que son parte, estos saberes son el medio por el cual las enfermeras unen una serie de

esferas sociales de las que son parte, excediendo las fronteras locales que la ciudad de la salud marca, al mismo tiempo que contribuyen a la construcción de estos clústeres globales.

Una de las enfermeras que entrevisté lo explica de esta manera:

“Este hospital ha cambiado con nosotras. Cuándo recién entré no era ni la mitad de lo que ahora ves, era muy pequeño, casi parecía una clínica. A mí me ha tocado ver y sufrir la construcción de este hospital, ver como poco a poco lo han ampliando y cambiando de forma, como las expansiones del área de quirófanos, los cuartos de descanso para los internos, la creación del área de diálisis y hemodiálisis y la remodelación de cunero.

Pero al mismo tiempo lo hemos sufrido, como cuando nos quitaron los lockers, eso casi fueron dos años y teníamos que andar cargando todas nuestras cosas de a diario, también la disminución de los cajones de estacionamiento, anteriormente era muy raro ver carros en el hospital casi todos llegábamos en transporte público (cosa que ahora la mayoría tratamos de evitar por la inseguridad), y ahora ya el estacionamiento no alcanza para todos los que somos, si no llegas temprano tienes que pagar estacionamiento con los [viene viene]. Antes tenías que traer tu comida, no encontrabas ni un solo puesto de comida y ahora encuentras de todo.

Todo esto estaba solo, nadie quería trabajar aquí por lo desolado y lejos que se encontraba y ahora ya hay de todo, está la universidad , la plaza comercial y tenemos cajeros automáticos dentro del hospital, en fin todo esto ha cambiado mucho” (Enfermera Georgina, fragmento de entrevista. 2014)

En esta investigación trato de explicar la forma en que los trabajadores de la enfermería contribuyen de forma específica a ambos tipos de ciudades, mostrando las estrategias que los individuos utilizan, los medios de los que se valen y por último dentro de qué esferas sociales fueron aprendidos estos conocimientos y saberes que los trabajadores aportan a la ciudad de la salud. Los trabajadores y trabajadoras conectan a la ciudad, articulando diferentes

puntos de ella con el clúster de la salud, y al mismo tiempo aportan con sus acciones cotidianas, sus familias, su formación académica, y sus organizaciones profesionales, para conectar al clúster de forma local, nacional e internacional.

Los trabajadores se encuentran dentro de una estructura médica, en la cual se han generado cambios políticos y organizacionales, teniendo como consecuencia una variabilidad en las categorías laborales, como en el caso del gremio de la enfermería.

Considero importante hacer una breve mención de las principales etapas históricas de la construcción del gremio, con el objetivo de poder comprender la manera en la que se han creado las estrategias laborales actuales, las cuales retomaré en el capítulo cuatro.

2.3. Conectando ciudades.

El personal que labora en el clúster tiene el conocimiento de cómo realizar un procedimiento médico, el cual a su vez se complementan con los saberes aprendidos sobre cómo tratar al paciente y los traduce para él o ella. De este modo los conocimientos y saberes, que dan sustento a la industria médico-turística, se encuentran almacenados en el cuerpo de los trabajadores de la salud. Ellos, con sus acciones diarias, articulan los saberes depositados en la ciudad con los saberes que operan en el conglomerado médico.

a) Enfermera Georgina.

Georgina trabaja como enfermera coordinadora de enseñanza, ella lleva a sus grupos a practicar a hospitales públicos y privados.

Georgina vive en el municipio de Chimalhuacan y se traslada todos los días a la universidad La Salle- Nezahualcóyotl. Frente a esta universidad se encuentra ubicado un hospital público en el cual sus grupos de segundo año de

enfermería realizan prácticas en los diferentes servicios con los que el hospital cuenta. Georgina sale de su casa a las 8:00 am para llegar a la universidad y dar clases de 9:00 a 11:00 am. A las 11:30 inicia sus actividades de supervisión en el hospital público y termina a las 2:30.

Al terminar sus actividades en el hospital público, Georgina se traslada al hospital privado, el tiempo de recorrido que realiza entre un hospital y otro va de 90 minutos a 120 minutos, ya que todo depende del tráfico de la ciudad. El hospital privado se encuentra ubicada en la delegación Cuauhtémoc, en el su grupo de tercer año de enfermería realiza sus practicas de 5:00 a 9:00 P.M., al termino de sus actividades Georgina recorre nuevamente la ciudad para llegar a su casa aproximadamente a las 11:00 P.M.

“Mis días son muy ocupados, todo el día tengo actividades que me hacen ir y venir de un lado a otro, cuando era joven solo tenia un horario laboral, ahora que ya estoy mas grande y que mis hijos ya no necesitan que los cuide me da tiempo de hacer mas actividades laborales y poder llegara a descansar a mi casa” (Enfermera Georgina, fragmento de entrevista 2014).

b) Enfermera Gabriela.

Gabriela labora como enfermera jefe de piso en el hospital privado.

Gabriela, vive en la delegación Miguel Hidalgo, ella sale de su casa a las 6:30 am para poder ingresar a las 8:00 am a su servicio en un hospital ubicado en la delegación Cuauhtémoc, en donde sus actividades laborales terminan a las 4:00 pm.

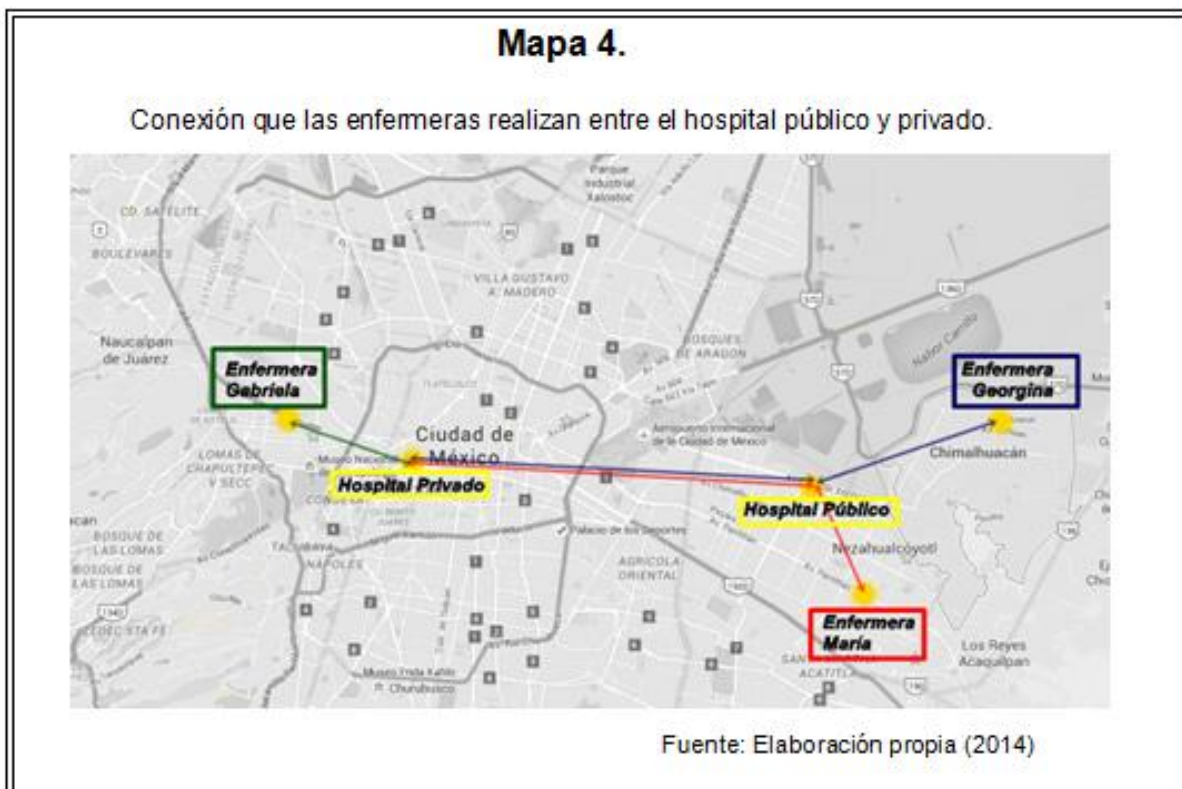
Al término de su jornada laboral Gabriela comienza con las tareas administrativas del servicio que quedan pendientes y que no puede cubrirse en el horario establecido, lo cual alarga su jornada laboral de 60 a 75 minutos más. Al término de sus actividades Gabriela recorre nuevamente la ciudad para llegar a su casa a las 6:30 pm.

c) Enfermera María.

María labora como enfermera general en el hospital privado y el público.

La enfermera María vive en el municipio de Nezahualcóyotl y se traslada todos los días al hospital público que se encuentra ubicado en el mismo municipio, en el cual labora 7:00 am a 3:00 pm, al término de su jornada laboral, se traslada al hospital privado que se encuentra ubicado en la delegación Cuahutémoc, el tiempo de recorrido que realiza entre un hospital y otro va de 90 minutos a 120 minutos, ya que todo depende del tráfico de la ciudad.

Su jornada laboral inicia a las 5:00 pm y termina a las 10:00 pm, al término de su jornada María recorre nuevamente la ciudad para llegar a su casa a las 11:30 pm, los horarios que las enfermeras me proporcionaron en sus entrevistas no son totalmente exactos ya que mencionan que su horario de salida depende mucho del finiquito de las actividades que les toquen realizar en los servicios correspondientes. Los horarios institucionales en los que laboran las tres enfermeras son sumamente extensos, lo cual no les permite realizar algunas otras actividades durante el día.



El sistema de salud es un entramado global. Esta red que excede a las fronteras nacionales es un espacio por el que fluyen mercancías (como los instrumentos y dispositivos médicos), conocimientos (como las especialidades médicas) y personas. Entre las personas que articulan estas cadenas de conocimientos, mercancías y valor, las enfermeras son un componente clave. Ellas transitan entre el hospital público y el hospital privado (muchas de ellas diariamente) llevando destrezas, capacitación, experiencia.

Pero las enfermeras también reproducen su capacidad de trabajo y sus conocimientos en la ciudad; llevando así de la ciudad al conglomerado médico su capacidad de trabajo y sus saberes. Estos saberes obtenidos en la ciudad, que se entregan en el conglomerado médico cuando se entrega el trabajo diario, son ofertados como parte del paquete que se propone para la integración de la ciudad en el entramado de la ciudad global.

Las enfermeras juegan entonces un papel importantísimo pues integran la circulación por así decirlo “horizontal” de los saberes (que fluyen en la ciudad transnacional), con los saberes que se articulan en otra escalas (por así decirlo, de manera “vertical”) con la ciudad global. Su trabajo es un trabajo de articulación transnacional-global, al mismo tiempo que es un trabajo de “traducción” (como lo veremos más adelante).

CAPÍTULO TRES.

LA DIÁLISIS PERITONIAL: CONFLUENCIA DE CONOCIMIENTOS Y SABERES.

En este capítulo me interesa profundizar en el análisis de la articulación de procesos globales y transnacionales en el espacio urbano de la salud en la ciudad de México, para ello separaré analíticamente por un lado los procesos globales, materializados en una mercancía; y por el otro lado los procesos transnacionales, materializados en el trabajo de las enfermeras.

Así, para usar las palabras de George Marcus (2001), usaré dos estrategias. Por un lado, voy a “seguir un objeto” (un catéter) indispensable para el procedimiento médico de diálisis peritoneal. Por otro lado, voy a “seguir a las personas” (las enfermeras) cuyo trabajo es indispensable para que este procedimiento médico se realice.

“Seguir al objeto” es un recurso metodológico para conocer la cadena global de mercancías que conecta a los conglomerados médicos de la ciudad de México con el ámbito global. “Seguir a los trabajadores” es un recurso metodológico para conocer la cadena de valor que se incorpora como trabajo en el procedimiento quirúrgico. La cadena de mercancías opera de manera vertical a varias escalas, incluyendo la global; y la cadena de valor integra diferentes ámbitos distantes del conglomerado incluyendo el transnacional (como veremos especialmente en el siguiente capítulo). Ambas cadenas se articulan en el procedimiento médico mismo, y esta articulación se materializa en el paciente donde convergen capital y trabajo.

Ahora bien, estas dos cadenas que hasta ahora hemos descrito como materiales (la de las mercancías y la del trabajo), son complejas, porque al “seguir” a las mercancías y a las personas, hemos descubierto que cada una de las cadenas (la de las mercancías y la del valor) está constituida también por “saberes”. En este sentido como lo menciona Besserer (2001) las cadenas materiales son también cadenas de información y significados.

Los saberes en la cadena global se transforman ellos mismos en mercancías, por ejemplo, cuando se patentan un saber o un procedimiento. Para fines de claridad, a estos saberes modificados en la cadena global lo llamaremos “conocimientos”. Los saberes en la cadena transnacional de valor se

corporalizan y se entregan junto con el trabajo. Para fines de claridad a éstos últimos les seguiremos llamando “saberes”.

Cuando analicemos la cadena global del catéter veremos que los conocimientos que en ella están altamente fragmentados. Cuando una mercancía avanza por los eslabones de la cadena global, se conserva el concepto que le da nombre “catéter”, pero su significado varía de acuerdo con los conocimientos del grupo de expertos que le manipula. Es, como dice Fujimura (1988) un “bandwagon” en el que con frecuencia, los aspectos tratados por los grupos de expertos en un eslabón, serán una “caja negra” para los expertos que lo manipularán en el siguiente eslabón. Por eso, se construyen “manuales” que acompañan al objeto a lo largo de todo el proceso productivo y de circulación hasta llegar al momento mismo de manipular el objeto para que el procedimiento médico tenga lugar en el paciente.

Por el contrario, cuando veamos la cadena transnacional del trabajo, veremos que en ella los saberes no se fragmentan sino que se van integrando (corporalizando) en las enfermeras. Es sorprendente ver el gran número de saberes distintos que ellas compilan, compendian, y (lo más importante) traducen. Veremos que por un lado están los saberes académicos adquiridos en planteles educativos universitarios. Tenemos los saberes adquiridos en cursos en los centros de trabajo. Otros saberes más se transmiten en la práctica entre colegas. También están los saberes de las redes transnacionales de profesionistas. Adicionalmente, y este es uno de los puntos más importantes para entender el trabajo que estas profesionistas realizan, las trabajadoras y trabajadores de la enfermería llevan un enorme cúmulo de saberes que adquieren en el complejo entorno en el que viven que va desde la cultura urbana de la ciudad, hasta la de los medios de comunicación que exceden las fronteras nacionales. Como veremos, en el caso del procedimiento médico que hemos escogido, el paciente de la diálisis peritoneal ambulatoria, debe realizarse el procedimiento a sí mismo (con ayuda de familiares o personas cercanas usualmente). Las enfermeras tienen presencia a lo largo de la cadena de la mercancía y a lo largo de la cadena de trabajo, y en ese proceso realizan el trabajo de “traducción”. Esto lo veremos en particular en la

elaboración de un “manual” propio (y de otras tecnologías del conocimiento como “bailes”) para traducir entre el medio bio-médico del conglomerado de la salud, y el medio no bio-médico de los pacientes que serán quienes realicen sobre sí mismos el procedimiento cerrando el ciclo de consumo del capital y del trabajo sobre su propio cuerpo.

El capítulo está estructurado en tres ejes, el primero de ellos se compone de una recopilación histórica sobre el procedimiento de la diálisis, su funcionamiento y los índices de pacientes que utilizan dicho procedimiento en México. Esto lo haré con el fin de poder comprender el papel de la industria farmacéutica en estos puntos, el segundo muestra la manera en que las enfermeras articulan la cadena de mercancías- conocimientos por medio de un objeto médico que se utiliza dentro del proceso de la Diálisis Peritoneal, llamado catéter Tenkof con el objetivo de mostrar el proceso de construcción de la cadena global con base en la traducción. Y en la tercera parte muestro la manera en que las enfermeras articulan la cadena de valor-saber por medio de las experiencias de vida que utilizan previas al momento de traducción.

3.1 La Diálisis Peritoneal.

a) Historia de la diálisis peritoneal.

Entre 1755 y 1763, Christopher Warrick. Un cirujano inglés en un intento por tratar la *“acumulación de líquido en el espacio, que existe entre el revestimiento del abdomen y los órganos abdominales”* (Jara, 2008:1) llamada hoy en día ascitis¹⁵, *“introdujo un catéter en el abdomen de un paciente con esta condición y le administró agua de Bristol y licor, con la idea de cerrar los linfáticos y curar la ascitis”* (Jara, 2008). Dando paso a al primer procedimiento dialítico, en el que se describe la maniobra de introducción de catéter y administración de soluciones al peritoneo.

¹⁵ Acumulación de líquido seroso en la cavidad peritoneal.

Entre 1765 y 1775, los médicos, Wegner y Starling, fueron los primeros en elaborar métodos en animales para efectuar la Diálisis Peritoneal. En 1949, los médicos, Frank Seligman y Fine, describieron el primer caso de insuficiencia renal aguda tratado con diálisis peritoneal.

En 1959, un médico fabrico el primer catéter que se elaboro específicamente para el procedimiento de diálisis y en 1978, el médico y profesor, Dimitrik G. Oreopoulos,¹⁶ desarrolló el sistema cerrado de bolsas colapsables y el sistema de conexión Y, el cual permite actualmente, un buen control de infecciones ya que evita las conexiones y desconexiones múltiples de los pacientes a la maquina. En 1968 Henry Tenckhoff,¹⁷ presentó una serie de catéteres sentando las bases para que actualmente se desarrollen una gran variedad de catéteres.

En México a inicios de los ochenta se iniciaron los programas de diálisis peritoneal continua ambulatoria con la máquina cicladora¹⁸, donde se llevó la aplicación masiva del programa de diálisis peritoneal por profesionales sin experiencia en la aplicación. Las capacitaciones al personal de salud fueron promovidas por las farmacéuticas fabricantes del material para diálisis peritoneal.

En 1996, el Instituto Mexicano del Seguro Social elaboró el programa de modificación a los esquemas dialíticos de los pacientes con insuficiencia renal

¹⁶Dimitrios G. Oreopoulos, fue profesor de Medicina en la Universidad de Toronto, fundador del Programa de Diálisis Peritoneal del Hospital Toronto Western y editor fundador de Diálisis Peritoneal Internacional y Medicina Humana. Se graduó de la Escuela de Medicina de la Universidad de Atenas y recibió su doctorado de la Universidad de Queen, en Belfast.

¹⁷ Henry Tenckhoff, estudió medicina en la Universidad de Freiburg Alemania. Comenzó su postgrado en Boston cuando aceptó una ayudantía en medicina interna en el Hospital de Brigham.

¹⁸ La máquina mide el líquido de diálisis que se necesita para cada intercambio midiendo el tiempo de infusión, permanencia y drenaje de forma automática.

crónica en etapa avanzada. Esto a causa de que la población en requerimiento de diálisis crece aproximadamente 11% al año, creándose las primeras unidades de diálisis subrogadas¹⁹.

b) La diálisis en México.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC), se encuentra dentro de las diez primeras causas de muerte en México (sin embargo no existen datos concretos ni actualizados sobre el número de pacientes con IRC en México) siendo una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias. En el 2010 la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, realizó un estudio en el que señalaba que existían aproximadamente 120,000, mexicanos con necesidad de recibir algún tipo de diálisis, de los cuales 60,000, reciben tratamiento en alguna institución de salud pública o privada.²⁰

De los 60,000 pacientes que se tiene contabilizados, se estima que el 47% (28,200) recibe tratamiento en instituciones públicas como: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el 50% recibe tratamiento en instituciones de salud pertenecientes a cada estado, hospitales militares y personas adscritas al seguro popular²¹ y el 3% (1800) en hospitales privados.²²

La diálisis peritoneal, es utilizada por personas que padecen de IRC, la cual se desarrolla por distintas causas como: enfermedades crónico degenerativas,

¹⁹ La unidad de diálisis de mi etnografía, pertenece a estas unidades subrogadas, debido a que el programa dialítico fue implementado recientemente y con pocos recursos.

²⁰ Solo hace referencia a los registrados como hospitales por la Secretaría de Salud.

²¹ En mi caso etnográfico, el hospital pertenece al ISEM.

²² En estas estadísticas, no se tienen contempladas las pequeñas clínicas que han surgido en los últimos dos años, las cuales no son hospitales, pero están dedicadas al tratamiento de diálisis.

tales como: diabetes mellitus y la hipertensión arterial, por enfermedades congénitas o genéticas. La Insuficiencia Renal (IR) se coloca dentro de el quinto estadio de las Enfermedades Renales Crónicas.

“La Diálisis Peritoneal (DP) es un procedimiento que permite depurar líquidos y electrolitos en pacientes que sufren IR o IRC. La cual utiliza una membrana natural el peritoneo²³ como filtro. Y consiste en introducir en la cavidad peritoneal el líquido dialítico a través de un pequeño catéter flexible, el cual fue previamente implantado en el abdomen de forma permanente por medio de una intervención quirúrgica menor.

Parte de este catéter, permanece fuera del abdomen. De esta forma, puede conectarse a las bolsas de solución²⁴ de diálisis. Al catéter instalado se conoce como: catéter Tenckhoff en honor del médico que describió este tipo sistema de diálisis”. (Fundación Mexicana del Riñón. 2015) Existen dos modalidades de diálisis peritoneal: la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) y Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA). El registro etnográfico lo hice con el procedimiento de DPCA.

La DPCA, es continua porque siempre hay líquido en el peritoneo y ambulatoria porque el paciente puede realizarla en casa, se realiza manualmente y después de finalizado el intercambio el sistema de bolsas es desechado, la mayoría de los pacientes en esta modalidad necesitan realizar tres o cuatro intercambios diarios. El drenaje del líquido requiere entre diez y veinte minutos y la infusión de la nueva solución entre cinco y diez minutos. (Fundación Mexicana del Riñón. 2015.)

²³ Membrana que cubre la superficie interior del abdomen y forma varios pliegues que envuelven las vísceras.

²⁴ En México se utilizan tres tipos de concentraciones de líquido de diálisis al 1.5 % (contiene 1.5 g de glucosa por cada 100 ml), al 2.5 %) y al 4.25 %, la que las diferencia una de otra es la cantidad de glucosa que cada una contiene, entre mayor cantidad de glucosa, se extrae más líquido del paciente.

En el área de diálisis, la enfermera María, se encarga de realizar las capacitaciones a los pacientes y familiares, para que puedan auto dializarse en su casa. Utilizando el catéter Tenckhoff, pero con una variación de la empresa Pisa, al cual se le nombra, catéter “cola de cochino” con sistema en Y.

3.2. La cadena global de una mercancía: El catéter.

Al llegar al servicio de medicina interna, aproximadamente a las 7:15 A.M de la mañana, observo, a la enfermera jefa del servicio, alistar el carro de paro,²⁵ el cual se encuentra dentro del área que nombran; “control”. El control es un espacio, donde se lleva el registro administrativo del servicio.

La jefa de servicio, desinfecta la tabla del carro de paro, después revisa las fechas de caducidad de los medicamentos, cuenta la cantidad de cajas de cada medicamento, ampollitas, jeringas y las anota en unas hojas. Posteriormente, la observo sacar, de debajo del escritorio unas cajas, llenas de diferentes tipos de medicamentos.

Las cajas que saca, son de cartón y en letras de color azul, dice: Laboratorios PiSA. S.A de C.V. En ese momento, llega el encargado de farmacia, y la jefa de piso, le entrega la lista de medicamentos faltantes. Después de aproximadamente veinte minutos, el encargado de farmacia regresa, con un carrito de súper-mercado lleno de cajas de diferentes tamaños, y bolsas llenas de sueros y otros materiales. Todas las cajas que lleva, tienen por fuera, en letras color azul el nombre de “Laboratorios PiSA S.A. de C.V”. El encargado deja en el servicio ocho cajas y se marcha con las demás.

La jefa de servicio toma las cajas y abre dos, las cuales contienen los medicamentos faltantes del carro de paro. Las otras cuatro cajas las separa, de un lado pone tres y del otro pone una. Abre cada una de las cajas y cuenta el

²⁵El carro de paro, consta de un compartimiento superior en donde se encuentre los monitores, compartimientos de gavetas para los medicamentos y compartimientos para materiales; el cual posee ruedas para su adecuado traslado a situaciones de emergencias.

número de materiales que contiene cada una, entrega tres cajas al servicio de hemodiálisis y una caja al servicio de diálisis, donde la enfermera Viridiana la recibe y cuenta de nuevo el número de materiales, separando antisépticos, guantes y pinzas todos con el logotipo de PiSA. Al terminar de contar el material la enfermera Viridiana firma las hojas de recibido a la Jefa de Servicio. (Diario de campo).

En esta sección voy a describir la cadena global de una mercancía que es usada en el procedimiento de la diálisis peritoneal. Se trata del catéter denominado “cola de cochino” fabricado por las empresa PISA.

a) La industria farmacéutica en México.

La fabricación del catéter utilizado en la diálisis se encuentra inmersa en un sistema mercantil a gran escala y en un sistema de promoción global .La industria farmacéutica es un mercado en aumento globalmente. México es el segundo mercado más grande de América Latina en la industria farmacéutica y es un importante productor de medicamentos como: antibióticos, antiinflamatorios, tratamientos contra el cáncer, entre otros. Asimismo, catorce de las quince principales empresas a nivel internacional se encuentran ubicados en el país, por lo que México se ha posicionado como uno de los principales centros manufactureros del sector a nivel mundial. La Industria farmacéutica representa el 1.2% del Producto Interno Bruto Nacional (PIBN) y el 7.2% del Producto Interno Bruto Manufacturero (PIBM).

La industria farmacéutica en México “*está conformada por el 74.7% de medicamentos de patentes, el 12.1% de medicamentos genéricos y el 13.2% medicamentos sin prescripción*” (Global Pharmaceuticals & Medicine Manufacturing). Los medicamentos genéricos son un segmento de la industria farmacéutica que se encuentra en un constante crecimiento esto debido a que la industria farmacéutica de las instituciones médicas públicas se encuentra en su mayoría conformada por medicamentos genéricos.

En México existe un total de 668 unidades especializadas de la industria farmacéutica. Éstas generan 80,000 empleos directos y cerca de 350,000 indirectos. Las industrias farmacéuticas están principalmente ubicadas en el Distrito Federal, Estado de México, Puebla, Morelos, Michoacán y Jalisco.

El consumo interno mexicano en la industria farmacéutica en el 2014 fue de 16,695 millones de pesos (md) y se estima que para el año 2020 el consumo alcance los 26, 276 md. ²⁶ Con base en estos datos podemos interpretar la importancia del mercado farmacéutico en México sin embargo éste mercado no funcionaria sin las personas que componen cada sector que lo integran.



²⁶ Instituto Nacional de Geografía y Estadística. 2014. Visto en http://mim.promexico.gob.mx/work/sites/mim/resources/LocalContent/319/2/FC_farma_esp.pdf >acceso 23 de Junio del 2015.

b) Farmacéutica PiSA.

La farmacéutica mexicana PiSA, fue fundada en 1945, por Miguel Álvarez Ochoa, con la iniciativa de crear medicamentos diseñados para la población infantil. El nombre inicial de la empresa fue Productos infantiles S.A y en 1955 cambio su nombre a Laboratorios PiSA S.A DE C.V. PiSA cuenta con presencia en alrededor de 16 países, el lema de la empresa farmacéutica es: “Una vida al servicio de la vida”, el cual hace referencia al cuidado del paciente.

“En Pisa Farmacéutica nos hemos consolidado como la empresa farmacéutica mexicana líder gracias a nuestro prestigio y a la confianza de los médicos, enfermeras, instituciones y pacientes; Elaborando productos de la más alta calidad, cumpliendo con todas las normas nacionales e internacionales que regulan la producción farmacéutica, manteniendo siempre un espíritu joven de constante innovación, mejora y crecimiento”²⁷. (Farmacéutica Pisa, 2015).



²⁷Página oficial de la Farmacéutica Pisa. México. Visto en

<<http://www.pisa.com.mx/corporativo/nuestra-historia/>> acceso el 15 de julio del 2015.

PiSA tiene setenta años en el mercado y cuenta con 16.000 empleados. La empresa distribuye material a más de 5,000 unidades públicas y 1,600 privadas, atendiendo a más de 10,500 pacientes de diálisis. Los laboratorios PiSA cuentan con siete plantas de manufactura donde ofrecen más de 1,000 productos farmacéuticos y tres plantas filiales para la manufactura de dispositivos médicos, productos para uso veterinario, gasas y campos quirúrgicos. *“Posse ventas por más de 3 mil 283 millones de pesos, siendo la novena farmacéutica en territorio Mexicano”*²⁸ (Portal Iberoamericano de Marketing Farmacéutico.2013)

Su director general actualmente es Alfonso Álvarez quien representa a la tercera generación familiar de empresarios en este negocio.

*“Con grandes conocimientos de alta dirección, aprendida en las aulas universitarias, pero también con la experiencia de haber pasado gran parte de su infancia respirando el negocio de la familia, Álvarez tiene el reto de catapultar el negocio que dejó Carlos Álvarez, quien comandaba un impresionante ejército de representantes médicos que colocaron entre la comunidad médica los fármacos de Pisa”*²⁹. (Portal Iberoamericano de Marketing Farmacéutico.2013)

La farmacéutica Pisa, cuenta con promotores de mercancías, los cuales se encargan de las capacitaciones constantes al personal del sector salud, que se encuentra en contacto con el paciente. En estas capacitaciones, se le enseña al personal los últimos adelantos en materia de higiene y el procedimiento

²⁸ Portal Iberoamericano de Marketing Farmacéutico. España. Visto en

<http://www.pmfarma.com.mx/noticias/8149-pisa-continuara-el-milagro.html> acceso 15 de julio del 2015.

²⁹ Portal Iberoamericano de Marketing Farmacéutico. España. Visto en

<http://www.pmfarma.com.mx/noticias/8149-pisa-continuara-el-milagro.html>. acceso 15 de julio del 2015.

correcto referente al objeto médico en cuestión (*Catéter*) Alicia, promotora farmacéutica de PiSA menciona que.

“La farmacéutica PiSA es la única empresa que fabrica el catéter “cola de cochino” con conexión en Y, el cual es necesario para el procedimiento de la diálisis, otras farmacéuticas de igual forma fabrican catéteres para diálisis, pero nuestro catéter es único ya que con nuestra tecnología se han evitado número considerable de peritonitis en pacientes. También realizamos capacitaciones constantes al personal de enfermería que labora dentro del área, (en diferentes instituciones) y les otorgamos las acreditaciones necesarias para poder realizar el procedimiento”. (Alicia. Promotora de mercancías del la empresa PiSA: fragmento de entrevista. 2015)

En de la página de la farmacéutica PiSA, se hace referencia a los trabajadores mas destacado, como en el caso del Sr. Soria del cual menciona que:

“En sesenta años de arduo trabajo a pasado por diferentes puestos en la farmacéutica, tales como: representante, director de ventas, director comercial, director de relaciones públicas. Sus mayores aptitudes son el saber tratar a las personas con respeto y sencillez, saber escuchar con paciencia y comprensión sus tristezas, alegrías, problemas personales y dedicarles el tiempo que requieran, por su insistencia, el laboratorio aceptó tener soluciones de gran volumen a pesar de la competencia con laboratorios de gran jerarquía, e iniciaron el manejo de soluciones para diálisis y hemodiálisis, desarrollando nuevas ideas para conquistar ese mercado. Implementó las cabinas para enfermos nefrópatas de bajos recursos y la estrategia de entrega a domicilio de los productos para este tipo de pacientes. Estas ideas se quedaron establecidas en las instituciones de gobierno. Actualmente PISA es proveedor de servicios en esta área para las instituciones gubernamentales y los hospitales privados.³⁰” (Portal Pediatría Privada del Colegio de Pediatría de Jalisco A. C.2014)

³⁰ Portal Pediatría Privada del Colegio de Pediatría de Jalisco A.C. México. Visto en <
<http://www.grupodepediatriaprivada.com/#!socios-honorarios/c1y55>>. Acceso 16 de julio del
2015.

De este modo se puede observar la importancia de los saberes que las personas tienen y que le sirven a la cadena de mercancías. PiSA tiene noción de la importancia del saber de sus trabajadores cercanos a su empresa, sin embargo existen otros saberes que aportan a la cadena y la hacen funcionar, de los cuales la empresa no hace mención, como en el caso de las enfermeras y la reapropiación del manual del cual hablaré mas adelante.



c) La cadena global de conocimiento/mercancía de la Diálisis

Para la reconstrucción de la cadena de conocimientos y mercancías relacionadas con la salud, utilicé como unidad de análisis, el procedimiento de diálisis peritoneal, en la ciudad de México y el Área Metropolitana. Con el fin de seguir la ruta de la cadena de la diálisis, seleccioné un objeto específico el cual fue el catéter “cola de cochino”, este catéter es fabricado y distribuido por una

farmacéutica mexicana a diferentes hospitales públicos y privados del país. De este modo, pude observar la ruta de producción de la cadena y las articulaciones que se producen entre las personas y el objeto mostrando las dimensiones global y nacional, en las que interactúan los diferentes eslabones que la componen.

Cada eslabón dentro de la cadena realiza una dinámica específica en espacios de unión determinados (laboratorio-hospital) estos espacios para su funcionamiento necesitan de personas que contengan saberes y conocimientos especializados con el fin de realizar el proceso de articulación entre el espacio de interacción y la cadena de mercancías.

Para el funcionamiento de la cadena de mercancías de la diálisis se requiere la presencia de personas. Las cuales articulan la cadena con el área geográfica a la que va dirigida. De este modo enfoqué mi investigación en el gremio de la enfermería ya que este sector es el que se encarga de la articulación entre el objeto, el sujeto y su aplicación en un espacio específico realizando una traducción entre los diferentes grupos que interactúan con el objeto, el cual a su vez lleva inserto una serie de conocimientos y saberes previos a su fabricación los cuales son necesarios para su aplicación componiendo de este modo una red de acuerdos entre lo local (personas) y lo global (objeto) formulando una estructura de mercado.

Cada persona que interactúa con y en la cadena, contiene un conocimiento específico que la hace funcionar, por ejemplo: El paciente diagnosticado con Insuficiencia Renal Crónica, no cuenta con los conocimientos específicos necesarios para tratar su enfermedad, dependiendo concretamente, de los conocimientos médicos y en particular de las personas que los contienen de forma práctica en sus cuerpos (trabajadores de la salud), sin embargo el paciente con IRC cuenta con conocimientos y saberes específicos sobre su padecimiento obtenidos desde su vivencia los cuales se integran del mismo modo a la composición de la cadena.

Dentro de la diálisis peritoneal, el catéter y la circulación de éste siguen dos cadenas.

1. Una con relación al conocimiento hecho mercancía, donde los espacios específicos de articulación son por medio de las personas, sus conocimientos y su interacción sobre el funcionamiento del objeto.
2. La segunda es el objeto como mercancía, donde los espacios de articulación son por medio de instituciones las cuales establecen relaciones entre lo local y lo global articuladas por las personas.

Claudia Ytuarte utiliza el concepto de cadenas globales de mercancía, para su análisis sobre la producción del ámbar en Chiapas, en el menciona que una mercancía adquiere diferentes valores dependiendo el círculo en que se muevan, nos dice que las mercancías circulan por diferentes espacios, donde son interpretadas con base en una serie de valores diferenciados, otorgándole de este modo diferentes lecturas a la misma mercancía.

Las cosas no se crean circulan y consumen por sí solas, sino que requieren de una serie de procesos sociales humanos que, al ser comunicados contribuyen a su concepción y desplazamiento, de este modo las cosas, por lo tanto, no solo se producen materialmente como cosas sino, que son marcadas, producidas y cargadas de significados culturalmente específicas por los seres humanos, *“con frecuencia se las clasifica y reclasifica de acuerdo a categorías culturalmente construidas como un tipo particular de cosa”* (Ytuarte, 2014)

Dentro de la diálisis peritoneal, el catéter y la circulación de éste, sigue una cadena con relación al conocimiento, teniendo espacios específicos de articulación como: El laboratorio, el hospital y la casa del paciente. Y al mismo tiempo, incluyendo personas que le dan vida a la cadena como: trabajadores de la fábrica, ingenieros médicos, promotores, farmacéuticos, médicos, enfermeras, pacientes y familiares.

De este modo la cadena de la diálisis peritoneal, se encuentra articulada por los sujetos, los cuales se colocan dentro de una serie de negociaciones entre lo local y lo global, siendo los articuladores dentro de la estructura de mercado del objeto (catéter). Considero que el concepto de cadena global de mercancía, es insuficiente para analizar el proceso de articulación entre lo global y lo local y de este modo añado al análisis el concepto de cadenas de valor.

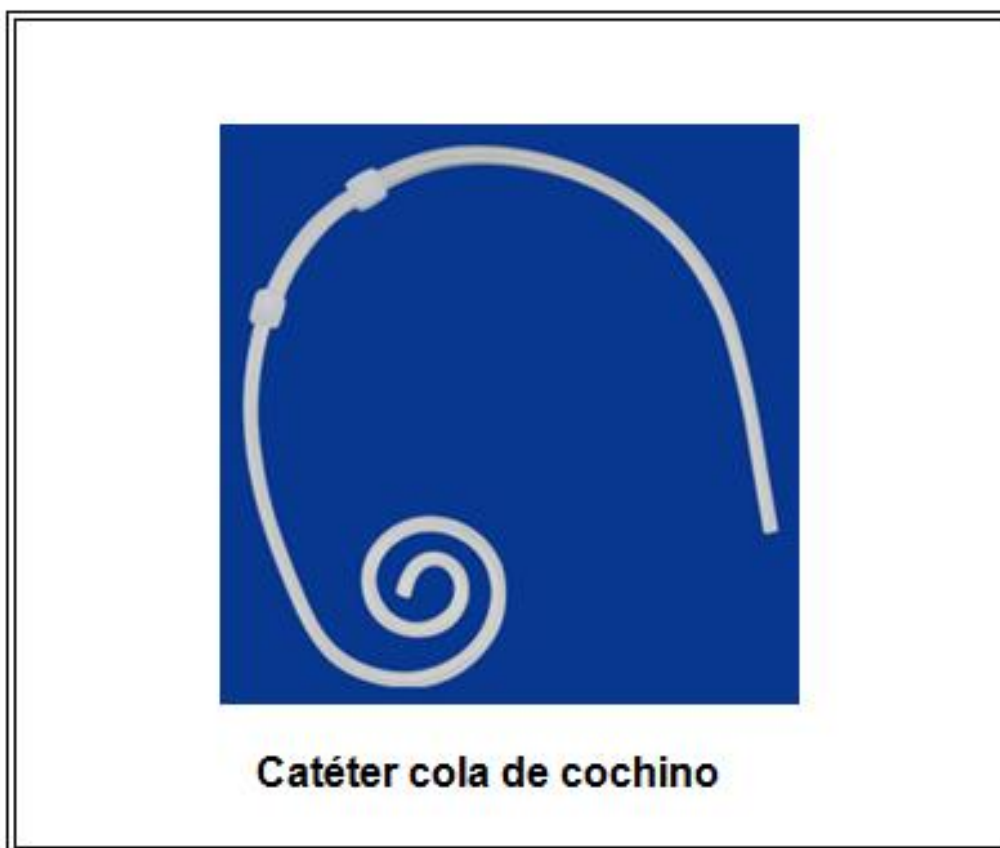
Las Cadenas Globales de Valor (CGV), son un *“Conjunto de eslabones o actividades necesarias para generar un producto o servicio; desde su concepción hasta la venta final. Las CGV pueden ser entendidas como: una nueva forma de funcionamiento y organización de las redes transnacionales. Puede ser asumida también como un conjunto de eslabones consecutivos de actividades económicas en diferentes países o regiones, que interactúan en una dinámica continua”*. (Ferrando, 2013) De este modo utilizo el concepto de CGV, para analizar la relación entre los sujetos y el objeto al interior de la cadena y en especial mostrar como se inserta la cadena de mercancías de la diálisis en la ciudad de México y cual es el papel de los sujetos dentro del funcionamiento de la misma.

d) Catéter local - catéter global.

“Nuestro trabajo consiste en realizar los cuidados preoperatorios a los pacientes que entraran a cirugía para la colocación de su catéter, dentro de estos tenemos que revisar que el material se encuentre en buen estado y que el catéter tenga el correcto proceso de esterilización.”
(Enfermera Instrumentista Carmen, fragmento de entrevista. 2015)

“El catéter lo colocamos en el área de quirófano, yo desconozco el procedimiento de esterilización que establece PiSA para su catéter, a mi la enfermera me lo pasa ya con las condiciones adecuadas y mi trabajo consiste en colocárselo al paciente de manera adecuada para evitar complicaciones” (Médico Cirujano, fragmento de entrevista. 2015)

El catéter³¹ para Diálisis Peritoneal “es un pequeño tubo de silicona que se introduce en la cavidad del peritoneo por medio de una cirugía menor”. (Fundación Mexicana del Riñón. 2015) En el área de diálisis, los materiales utilizados para el procedimiento son provenientes de la farmacéutica PiSA, la cual fabrica un catéter especial, conocido como catéter “cola de cochino,” que tiene un precio aproximado de 1,832.00 MN en el mercado.



³¹ El catéter en medicina es un objeto con forma de tubo estrecho y alargado, el cual puede ser introducido dentro tejidos o venas. El cual permite la inyección de fármacos, el drenaje de líquidos o el acceso a otros instrumentos médicos.

La enfermera María, menciona que la distribución del material de diálisis en el servicio de medicina interna por la farmacéutica Pisa, tiene aproximadamente tres años.

“A nosotras aquí nos llegan materiales de Pisa para diálisis. Antes nos llegaba el material de la farmacéutica Baxter, pero de repente dejó de llegarnos y nos mandaron el de Pisa. Casi todo el hospital utiliza materiales de esta farmacéutica. Yo no sé como funcionan los convenios entre el hospital y la farmacéutica.

Pero el material que nos llega y en especial el catéter “cola de cochino”, nos resulta más fácil manejarlo, ya que es más didáctico, lo que facilita que el paciente aprenda a usarlo y a nosotras nos resulta más dinámico utilizarlo, a parte de que por su forma se disminuyeron un poco las peritonitis” (Enfermera María, fragmento de entrevista, 2015)

El catéter lleva inserto en sí diferentes conocimientos y saberes para su aplicación. Siendo un objeto de interacción que cumple con normas estandarizadas a nivel global y saberes locales que lo hacen funcionar. Estos saberes son el medio de articulación entre un eslabón y otro dentro de las cadenas.

e) Conocimientos estandarizados – *El Bandwagon.*

Desde hace algunos años dentro de la antropología se ha gestado una corriente de estudio referente a entender el papel que la ciencia desarrolla dentro de las sociedades. Esta corriente más que explicar el papel que la ciencia cumple como un medio de veracidad social, se centra en entender como la ciencia se transformo en un mecanismo de producción mercantil.

El papel que la ciencia realiza como un canalizador de efectividad, la ha llevado a transformarse en un campo de inversiones, donde se conglomeran una serie de conocimientos y saberes que dan como resultado una mercancía. La típica imagen de la ciencia que se gesta en un laboratorio (lugar) queda reducida, ya

que este se expande más allá de sus fronteras arquitectónicas, creando una nueva versión de laboratorios sociales, donde los conocimientos y saberes que las personas poseen de manera directa o indirecta con la ciencia se juntan para convertirse en un medio de capital económico, inversiones a largo plazos y patentes sobre mercancías y conocimientos.

Joan H. Fujimura, en su texto: *The molecular biological bandwagon in cancer research: Where Social (1988)*, analiza los procedimientos actuales en torno al cáncer, proponiendo que *“la ciencia es un trabajo y que la información científica se compone a través de negociaciones entre diferentes actores”*. (Fujimura, 1988) Por otra parte Federico Besserer en su trabajo: *Fetiches y mediaciones en la biotecnología. Nuevas construcciones de la “naturaleza” en el capitalismo tardío*, analiza los procesos de producción en torno a la ciencia, empleando como estrategia de investigación las semillas del jitomate FlavrSavr, dónde utiliza el concepto de ciencia acuñado por Fujimura, pero con una variante, proponiendo que la ciencia es un campo de acción economía que actúa de forma cíclica. *“El conocimiento científico como parte del proceso de producción específica, no solo el resultado de la mercancía si no la particularidad del fetichismo de la mercancía en si”*. De este modo las semillas del jitomate explican el proceso mismo de producción de la ciencia demostrando como esta se produce y reproduce como una mercancía.

Dentro de mi investigación utilizo el concepto que Fujimura propone sobre paquetes estandarizados, en el cual define que un *“paquete estandarizado es una interfaz que funciona simultáneamente en diferentes mundos sociales, siendo el mecanismo por el cual se producen múltiples intersecciones.”* (Fujimura, 1988). Los conocimientos estandarizados son aquellos saberes que contienen una guía específica para su funcionamiento y aplicación dentro de procedimientos establecidos.

En el “bandwagon” o cadena de conocimientos de la diálisis peritoneal, los eslabones no se encuentran perfectamente comunicados entre si. Existen una serie de vacíos en la transportación del objeto, referente al uso que se le da en cada eslabón. Los cuales se convierten en “cajas negras” en las que se

materializa el conocimiento sobre los procesos de intervención, manufactura, transformación y uso del objeto en la diálisis. Por lo tanto el conocimiento se estandariza en cada eslabón de la cadena, donde cada trabajador con base en las formaciones de sus conocimientos, realiza la tarea que le corresponde para hacer funcionar el bandwagon.

De este modo el médico cirujano que realiza la implantación del catéter en el paciente desconoce los procedimientos de esterilización del mismo o los conocimientos que tiene el trabajador de la fábrica que produce el catéter. Estas cajas negras que existen entre los eslabones, contiene en si un gran número de personas e instituciones que forman parte de un conjunto científico dirigido al mercado donde el fin ultimo del procedimiento es la venta y la disminución de los costos.

Fujimura menciona que las tecnologías estandarizadas *“son el conocimiento tácito y explícito de rutina a través de la simplificación y la eliminación de los contextos en que se desarrollan las tecnologías”* (Fujimura, 1988) De este modo podemos entender la tecnología de la diálisis como un procedimiento científico aislado. En donde los conocimientos del objeto (catéter) en cada eslabón son específicos y diferenciados, cumpliendo un papel definido en el bandwagon de conocimientos.

Las tecnologías estandarizadas tienen como características la alta transportabilidad, la comprensibilidad del procedimiento, el ahorro de tiempo y los bajos costos para el consumidor. Esta transportabilidad, de un eslabón a otro se da por medio de *“manuales de procedimientos [recetarios de cocina] donde se explica la [receta], para el funcionamiento de las acciones, normas industriales, protocolos informáticos e instrumentos que automatizan el procedimiento”*. (Fujimura, 1988)

Dentro de la empresa farmacéutica PiSA, existen manuales informativos estandarizados sobre el proceso de colocación del catéter “cola de cochino” en los pacientes con diálisis peritoneal. Estos manuales contienen normas

globales sobre procedimiento de higiene, cuidado del paciente y conocimientos de los trabajadores de la empresa sobre la colocación correcta del catéter.

Estos manuales (recetarios de cocina) llegan a manos de trabajadores que componen la parte baja del bandwagon como: médicos (cirujano nefrólogo y general), enfermeras, pacientes y familiares de pacientes. Se convierten en la norma de uso sobre el objeto. Sin embargo estos manuales no cumplen las necesidades explícitas de la población, dejando huecos sobre el procedimiento y la articulación que se tiene que realizar con el paciente.

Fujimura menciona que los manuales se componen de conocimientos estandarizados y que estos conocimientos dejan cajas negras entre cada eslabón del bandwagon. Sin embargo en mi investigación, observé que estas cajas negras entre eslabones no se quedan estáticas y aisladas de las personas que componen la cadena. Como en el caso de las enfermeras y los manuales de procedimientos de la diálisis.

3.3. Cadenas de valor y cadenas de saberes

Para que las enfermeras cumplan el papel de traductoras necesitan una serie de conocimientos y saberes previos al momento de la traducción. Esta traducción se compone por medio de una mezcla entre saberes y conocimiento que las enfermeras hacen.

Decidí tomar tres esferas de conocimiento diferentes las cuales ejemplifican los diferentes niveles en que las enfermeras desarrollan sus habilidades. La primera formación universitaria muestra como las enfermeras adquirieron el conocimiento académico de su práctica laboral, la segunda general intellect se enfoca en mostrar la importancia del saber social dentro de su trabajo y la tercera saberes muestra como las enfermeras usan los conocimientos adquiridos con base en su experiencia en la vida y el cual sirve para articular la cadena de mercancías.

a) La formación universitaria.

La formación educativa formal de las enfermeras es la base instrucción pública de la introducción a la cadena de producción, donde los conocimientos estandarizados son impartidos a los sujetos de modo homogéneo, con base en planes de estudios estructurados para reproducir técnicas de atención y cuidado material, generando una circulación establecida del conocimiento que todo enfermero o enfermera tiene que poseer. Fumagalli nos menciona que el conocimiento estandarizado parte de *“El conocimiento personal el cual se transmuta en una trayectoria educativo-formativa, cuyas bases deben ser lo más homogéneas que sea posible a nivel social. Éste es el objetivo de la escuela pública, un objetivo que no puede ser inmediatamente traducido en productividad directa”* (Fumagalli, 2010). El conocimiento general regulado y distribuido se desarrolla para que las enfermeras puedan impartirlo y adquirirlo en las instituciones públicas, convirtiéndose en el eje de acumulación el cual se maximiza y controla.

a) Enfermera Georgina.

Antecedentes:

Dentro de la formación académica de la enfermera Georgina podemos encontrar que inició sus estudios en la escuela pública de enfermería (Actualmente FES-ZARAGOZA) donde egreso como enfermera técnica.

Durante sus años de labor en el hospital público, obtuvo por parte del sindicato un estímulo de media beca escolar, para poder cursar la licenciatura en la modalidad semi-escolarizada en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, obteniendo el título de licenciada en enfermería y obstetricia.

Asistió a cursos sobre técnicas pedagógicas, los cuales fueron pagados por ella, con la intención de poder ingresar al ámbito de la educación en enfermería. Actualmente es profesora de la licenciatura en enfermería en la universidad La Salle., donde una de sus principales técnicas de enseñanza es

coordinar a los grupos de estudiantes en sus practicas profesionales en hospitales públicos y privados

“Para mí la enfermería ha sido mi vida, es la que me ha permitido tener una vida económica estable. En la que se ven reflejados mis padres. Es una profesión en la que uno nunca sabe que tanto tienes que separarte del paciente, sus vidas invaden tu vida (no la de todos) uno tiene que aprender a cuidarse, ya que no puede andar, recogiendo a cada rato penas. Amo la enfermería pero hay un límite entre ella y mi vida (o por lo menos trato de ponerlo).

Esta relación entre delimitar mi vida personal y mi vida en el hospital, trato de enseñárselo a mis alumnos. Yo soy de esas personas que absorben penas ajenas y trata de ayudar a todo mundo. Por eso decidí estudiar enfermería, pero, ya que uno, está aquí se da cuenta, que uno no puede ayudar tanto como quisiera, y eso me ha traído problemas familiares y emocionales. Por eso mismo decidí separarme un poco del hospital (del trabajo directo con el paciente) y empezar a dar clases, ese fue el motivo real de que ahora sea profesora” (Enfermera Georgina, fragmento entrevista. 2014)

Georgina es una enfermera que tiene cincuenta y seis años de edad de los cuales lleva treinta y seis años laborando. Inicio a trabajar a la edad de dieciocho años, en una clínica familiar en la delegación Cuauhtémoc, en la cual laboró cinco años con el título de enfermera general. Mientras laboraba en la clínica, tenía trabajos temporales y esporádicos de enfermera particular, sus jornadas laborales se inclinaban a cubrir fines de semana, laborando aproximadamente treinta horas en dos días.

Posteriormente a los veintitrés años de edad le dieron el cambio a un hospital público de primer nivel, laborando diecinueve años como enfermera general y cursando diferentes servicios como: Urgencias, Medicina interna, Pediatría, Ginecología y Consulta externa. A los treinta y nueve años de edad, mientras laboraba en el hospital de primer nivel, inició la licenciatura en modalidad semi escolarizada, se le otorgó una beca de medio tiempo, para que de este modo pudiera trabajar y estudiar, terminando a los cuarenta y un años de edad, como enfermera especialista.

Posteriormente siguió un año más laborando en el hospital de primer nivel esperando a que le otorgaran el nombramiento de cambio de categoría y le asignaran un nuevo servicio. A los cuarenta y dos años de edad, inició labores como jefe de piso en el área de medicina interna en el mismo hospital de primer nivel, donde laboró siete años, de los cuales cuatro tuvo una doble jornada laboral, ya que en este tiempo inicio a trabajar en el hospital privado.

Se jubiló del hospital público a los treinta y un años de servicio como Licenciada en enfermería y se dedicó a trabajar tres años más en el hospital privado. En sus años de servicio, hizo contactos que le ayudaron a integrarse a la enseñanza de la enfermería en una institución universitaria. Los contactos que realizó en el hospital público como privado le han permitido llevar a sus alumnos a realizar sus prácticas profesionales en estas instituciones.

Lleva dos años dando clases a los alumnos de la licenciatura en enfermería de la Universidad La Salle. Ocupando el puesto de profesora dentro de la universidad y el de coordinadora de enseñanza en el hospital privado en el cual su forma de pago es por medio de honorarios.

b) Enfermera Gabriela.

Antecedentes.

Dentro de la formación académica de la enfermera Gabriela, podemos encontrar, que tiene una licenciatura trunca en Administración de Empresas, la cual cursaba en una universidad privada. Posteriormente inicio sus estudios en la Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco de donde egreso como licenciada en enfermería. Gabriela ha tomado cursos sobre técnicas en administración de hospitales y cuenta con la acreditación TOEFL.

“Para mí la enfermería, es una profesión independiente, nuestros conocimientos son diferentes de los de los médicos. Muchos piensan que somos las ayudantes de ellos. Sin embargo, no se dan cuenta que tenemos campos de conocimientos distintos y que nos complementamos entre todos

En un principio mi familia se negó a que estudiara enfermería, me decían que era una profesión no reconocida, donde yo no podría tener un buen reconocimiento ni un sueldo laboral digno.

Pero a mí me gusto siempre la enfermería, yo estudiaba Administración de Empresas pero nunca me sentí a gusto. Me salí y apliqué mi examen para enfermería y me quedé.

Al principio mis padres no estaban contentos con mi decisión, pero poco a poco lo aceptaron y comprendieron a partir de una ocasión en la que mi madre estuvo hospitalizada, la importancia de la enfermería.

La enfermería es una profesión donde uno trabaja mucho, donde el cuerpo se cansa de una manera extrema y donde uno siempre es el responsable inmediato entre el familiar y el médico. A mí me ha tocado que la gente me reclame cosas, me grite o insulte sin que yo tenga la culpa, pero al ser la figura de autoridad más próxima a uno le tocan este tipo de acciones.” (Enfermera Gabriela, fragmento entrevista. 2014)

Gabriela es una enfermera que tiene veintisiete años de edad, inició a trabajar a los veintitrés años, actualmente tiene cuatro años laborando en un hospital privado ubicado en la delegación Cuauhtémoc, donde ocupa el puesto de jefe de piso. Al terminar la licenciatura en enfermería en la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco, Gabriela buscó trabajo en un hospital público, llevando documentación a las delegaciones de la secretaría de salud. Mientras este trámite estaba en proceso, decidió ingresar a trabajar al Hospital privado.

“Yo, había escuchado una serie de comentarios negativos y uno que otro comentario positivo, sobre cómo se trabajaba en los hospitales privados, que decían que la gente joven que entraba a trabajar con título de licenciatura, era muy poco probable que la contrataran como licenciada.

Pero decidí ir a ver, al llegar me dijeron en la dirección de recursos humanos (RH) del hospital, que no existían plazas para enfermería con grado de licenciatura, que lo que me podían ofrecer era una plaza como enfermera técnica, a lo que respondí que no había ningún problema. Empecé a trabajar en

el hospital, en el área de cuidados pediátricos, estaba a punto de cumplir un mes laborando cuando, la jefa de servicio renunció, iniciaron la búsqueda de quien podía sustituirla y yo metí mis papeles para la plaza.

Yo era nueva en el hospital y estaba compitiendo con una enfermera que al igual que yo tenía la licenciatura, sólo que ella tenía laborando casi un año y medio con este título en el hospital. Al realizarme la entrevista le mencioné al director de recursos humanos que yo anteriormente había estudiado administración de empresas, pero que no termine la carrera.

Me preguntó sobre mi grado de manejo de inglés y computación. Y le comente que tenía la acreditación Test Of English as a Foreign Language (TOEFL) y que mi manejo, de la computadora eran con programas básicos como Microsoft Word, Excel, Power Point.

Seguimos con la entrevista y le comenté que, éste era mi primer lugar de trabajo luego de salir de la licenciatura. A la semana el director de RH me informó que la plaza era mía y que un punto que me ayudo a conseguirla, fue el haber estudiado antes Administración de empresas, ya que ahora sólo tendría que hacer un pequeño curso especializado de tres meses sobre administración de hospitales.

Considero que si no hubiera estudiado antes administración, no me hubieran dado la plaza, ya que no tenía experiencia laboral y el puesto en el que entré era de suma responsabilidad” (Enfermera Gabriela, fragmento entrevista. 2014)

c) Enfermera María.

Antecedentes:

Dentro de la formación académica de la enfermera María podemos encontrar que inicio sus estudios en la escuela pública de enfermería (Actualmente FES-ZARAGOZA) donde egresó como enfermera técnica, con base en el tiempo que ha laborado en el hospital publico María ha obtenido la categoría laboral de enfermera general tipo B, siendo esta la categoría mas alta para el puesto de

enfermera general. María se encuentra dentro de un programa llamado “Mejora de Servicio” el cual consiste en que la administración del hospital entregue al servicio ganador³² los materiales necesarios para el buen funcionamiento del mismo (computadoras, tablets, puertas, lámparas, desinfectantes)

Para que ésta compensación pueda ser entregada, María tiene que demostrar haber cursado quince sesiones médicas³³, haber impartido dos ponencias, cinco cursos de capacitación y no contar con más de diez faltas, durante un periodo de un año laboral.

“Para mí la enfermería es una ciencia, yo considero que es una ciencia ya que el cuidar a una persona enferma o no, requiere de tiempo, conocimiento de cómo hacerlo y esfuerzo.

Yo estudie enfermería, por una razón muy sencilla. Antes la carrera de enfermería era muy corta, ahora ya es más larga. Cuando yo entré a estudiar a los quince años, a la escuela del seguro, lo que ahora es la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-ZARAGOZA). La carrera solo existía a nivel técnico, como ahorita la tiene en Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP). Imagínate yo salí de la secundaria Y entre a estudiar enfermería y luego a trabajar. Yo no tengo la preparatoria y esto no me ha permitido subir de puesto.

Decidí estudiar enfermería, ya que en mi casa no había dinero como para estudiar una carrera más larga, pero en realidad yo quería ser maestra de kínder. Y en cuanto salí de la carrera comencé a trabajar” (Enfermera María, fragmento de entrevista. 2014)

María es una enfermera que tiene cuarenta y seis años de edad, de los cuales lleva laborando veintiocho años. Inició a trabajar como enfermera general a los dieciocho años, en un hospital público, ubicado en el municipio de

³² Por medio de un concurso, donde se contabiliza el número de ingresos y egresos de pacientes, los buenos resultados en enseñanza del autocuidado al paciente.

³³ Conferencias.

Nezahualcóyotl, en el Estado de México. Donde lleva laborando veintiocho años, actualmente tiene el título de enfermera general tipo B.

María ha cursado diferentes servicios dentro del hospital como: Urgencias, Cuneros y Medicina Interna. En el servicio de medicina interna, María ha trabajado durante doce años, en los cuales ha cursado por dos áreas: piso³⁴ y diálisis peritoneal.

María, fue parte de un grupo de tres enfermeras, las cuales se encargaron de abrir el área de diálisis. Este grupo estaba conformado por: Una enfermera jefa de piso, una licenciada en enfermería (sin plaza) y María una enfermera general (con plaza).

Actualmente María labora, en el área de diálisis peritoneal, turno matutino, junto con otras dos enfermeras. En esta área, ellas se encargan de la dialización de pacientes, las capacitaciones a familiares y pacientes, la administración de medicamentos, la elaboración de material didáctico y de llevar el control administrativo del área.

De los veintiocho años que lleva laborando en el hospital público, María ha tenido seis años una doble jornada laboral. En el hospital público labora en el turno matutino y en el hospital privado en el turno vespertino, donde está contratada con una plaza de enfermera general, en ambas instituciones hospitalarias, realiza los procedimientos de diálisis.

María ha tomado diversos cursos y acreditaciones, los cuales les paga el hospital público, en esta institución la capacitación del personal no genera un incremento en el sueldo, sin embargo en el hospital privado estos cursos le generan un mayor ingreso económico.

“A mí me gusta trabajar en el área de diálisis, pero es un sector muy conflictivo, donde hay un exceso en la carga de trabajo y la repartición de tareas genera problemas con las compañeras. Yo trabajo en dos

³⁴ Piso, es el área específica de Medicina Interna.

*hospitales, donde las tarea que realizo son casi las mismas”
(Enfermera María, fragmento de entrevista. 2014)*

d) La vida cotidiana. (G.I)

El conocimiento estandarizado se encuentra sustentado en el saber social general que los sujetos adquieren de su vida diaria, este saber no esta especializado ni profesionalizado y se sustenta en el conjunto de información que compone el trans fondo cultural de cada sujeto, de este modo el conjunto de saberes individuales dan paso a el saber social, siendo el sujeto el actor fundamental en el proceso. *“En la medida en que está restringido al ámbito individual, el conocimiento personal no es inmediatamente productor de valor, sino que es más bien la premisa para que, con el concurso de las otras formas de conocimiento, el conocimiento en cuanto tal pueda ser productivo en el futuro inmediato.”(Fumagalli, 2010)* El saber social es un mecanismo superior al saber personal y es transmitido por medio de la experiencia acumulativa personal del sujeto en interacción con otros sujetos, De este modo aunque el conocimiento se encuentre encarnado en el cuerpo de los sujetos puede ser transmitido y colocado fuera de la persona.

Otra forma de nombrar al saber social es *General Intellect* el cual se define como *“El conjunto de saberes y competencias que son el producto de las actividades relacionales de los individuos dentro de contextos sociales organizados”* (Fumagalli,2010) Las enfermeras hacen uso del saber social o general intellect, dentro del proceso de capacitación a familiares y pacientes, de este modo el conocimiento que han adquirido sobre como enseñar al paciente a auto cuidarse se complementa con el conocimiento que poseen sobre el contexto cultural donde laboran.

Capacitaciones

Las capacitaciones que se dan en el área de diálisis consisten en enseñarle al paciente y su familiar la técnica correcta de la dialización con el fin de que el

paciente pueda tener una mejor calidad de vida y no tenga que pasar tanto tiempo en el hospital.

Las enfermeras del área de diálisis reciben a pacientes que corresponden a la zona oriente de la ciudad, los cuales son asignados al hospital con base en la zona geográfica en la que habitan.

“Organizar una capacitación es muy difícil, muchas veces los familiares no pueden o no quieren asistir a los exámenes y nosotras tenemos que buscar la forma en que ellos puedan asistir. Las capacitaciones son la base del programa diálisis ya que si no aprueban tanto familiares como pacientes tenemos el servicio lleno y no podemos recibir nuevos pacientes que necesitan del servicio. Muchas veces los familiares piensas que si asisten podrán aprobar el examen y sin embargo esto no pasa, nosotras ponemos mucha atención en el procedimiento ya que si este no se realiza bien se pone en peligro la vida del paciente.

Francisca era una de nuestras pacientes de diálisis, ella venia siempre acompañada de su hija de 16 años de edad, cuando le comentamos a Francisca que podía ingresar al programa para dializarse en su casa se alegro mucho. Por requisito el programa pide que se les enseñe al paciente y a un familiar el cual será el responsable.

Cuando le comenté esto a Francisca se inquietó un poco ya que el único familiar constante que ella tenía era su hija Laura quien es sordomuda y Francisca no sabia si nosotros teníamos el personal para poder enseñarle a ella el procedimiento. Hice la solicitud a la dirección del hospital y me comentaron que no había presupuesto para contratar a un traductor y que tendríamos que esperar un tiempo indefinido para poder meter la solicitud, lo cual no me pareció adecuado.

Yo sufro de hipoacusia³⁵, ya que cuando era niña a causa de que me enfermaba mucho de la garganta, tuve perdida de audición en un 30% del oído izquierdo, lo cual aunque es poco, me ha traído problemas. Uno de ellos ha sido el no escuchar a la gente con la que trabajo (si ellos no usan un tono de

³⁵ La hipoacusia es la pérdida parcial de la capacidad auditiva.

voz fuerte), también mi tono de voz es alto y duro y la gente piensa que les grito o estoy enojada, lo cual en ocasiones complica la relación con mis compañeras.

Pero también aprendí a seguir una conversación observando los labios, lo cual me sirvió mucho ya que cuando le daba las capacitaciones a Laura yo sabía como tenía que articular mis labios de manera adecuada para que ella pudiera observarme, tenía que hablar a un ritmo lento y exagerar el movimiento de los labios para que éste fuera marcado.

La forma en la que le enseñé a Laura fue primero por medio de Francisca (su mamá) quien en ocasiones hacía la traducción al tiempo que yo les explicaba los pasos del procedimiento y las cosas que se usaban en cada paso. Lo complicado fue cuando tenía que realizarle las preguntas individuales, para esto utilice unas hojas que elabore donde ella tenía que colocar el número correspondientes a cada imagen respecto a los pasos de la diálisis.

Al final Francisca y su hija aprobaron el examen y se fueron a su casa a dializar, ahora solo vienen una vez al mes a su consulta y revisión” (Enfermera María, fragmento de entrevista 2015)

El conocimiento que posee María sobre el procedimiento de la diálisis y la enseñanza de este, se completa con el general intellect que ha recolectado a lo largo de su vida sobre la interacción con otras personas. El conocer como tenía que articular los labios para que Laura le entendiera viene de la experiencia misma que ella ha tenido por la hipoacusia y las estrategias que ha buscado para poder relacionarse dentro de ámbitos específicos de interacción.

e) Saberes en la práctica de la diálisis.

El saber es aquel conocimiento que las personas poseen y que no puede ser extraído de su cuerpo, para que este saber pueda ser utilizado es necesario la contratación de la persona que lo posee. Estos conocimientos tienen una estrecha relación con la vida cotidiana de las personas siendo este el lugar donde se forma, Fumagalli define esto como bioconocimiento, el cual consiste

en “*La generación y transmisión dependiendo del tipo de experiencia vital que caracteriza a su portador*”. (Fumagalli, 2010)

“La verdad yo no sé muy bien como funciona la diálisis, pero si sé muy bien como se siente, bueno según lo que yo entiendo por todas las veces que me lo han explicado el personal del hospital, es que es un procedimiento por el cual se limpian mis riñones de manera mecánica. La diálisis hace la tarea que anteriormente mis riñones hacían de manera natural y sin ayuda”. (Eulogio, Paciente de Diálisis, Fragmento de Entrevista. 2015)

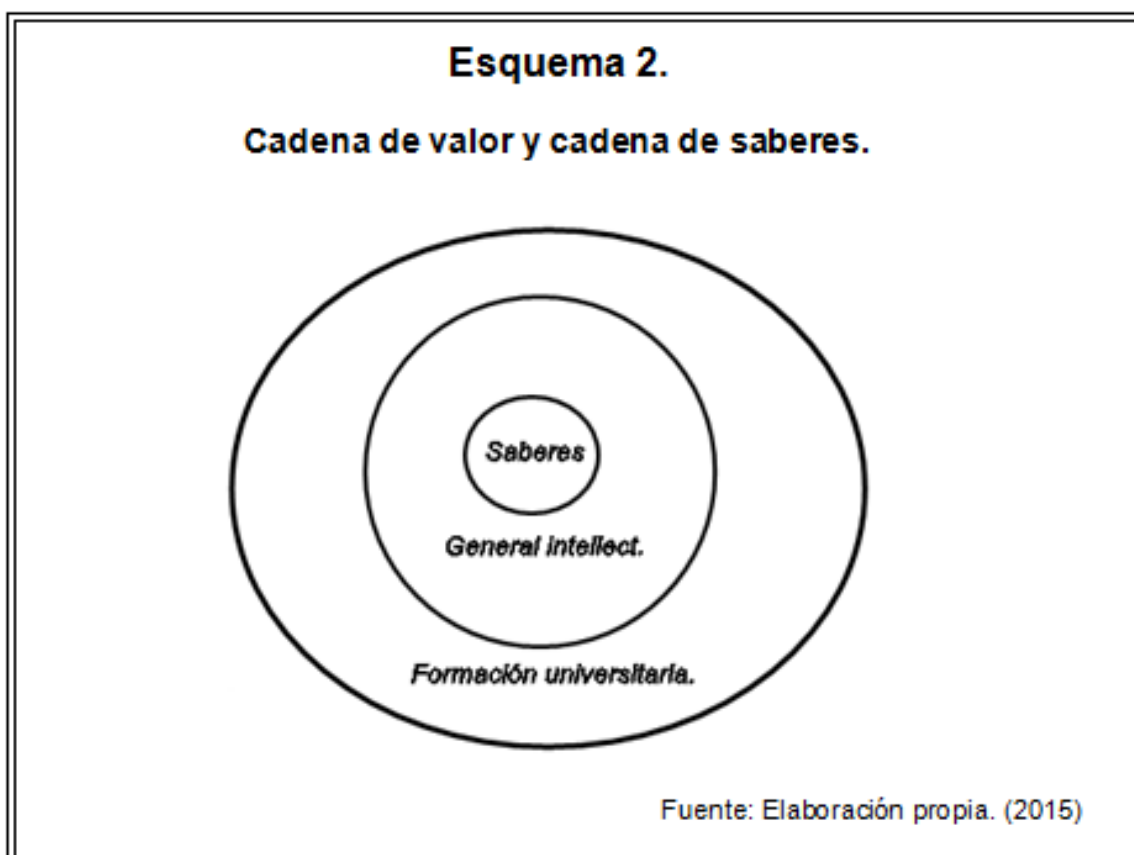
“La diálisis peritoneal es un procedimiento médico, el cual cumple la función de limpiar los productos de desecho de la sangre y elimina el exceso de líquido de los riñones por medio de una membrana delgada llamada peritoneo, la cual cubre la cavidad abdominal. Existen varios tipos de Diálisis, pero la que yo manejo es la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, la cual permite que el paciente realice sus actividades por ser ambulatoria permitiéndole una mejor calidad de vida”. (Enfermera Gabriela, fragmento de entrevista. 2015)

“La diálisis peritoneal es un procedimiento médico, el cual es usado por pacientes que sufren de Insuficiencia Renal Crónica por diferentes motivos. Consiste en filtrar la sangre por medio del peritoneo, introduciendo un líquido dializador el cual se encarga de sacar las toxinas de la sangre contenida en los vasos sanguíneos. Esta introducción de líquido se realiza a través de una membrana artificial, la cual se conoce comúnmente como peritoneo” (Francisco, Médico General. fragmento de entrevista. 2015)

“Es un tratamiento que sustituye la función de los riñones para limpiar la sangre y eliminar el exceso del agua. Se puede hacer de manera interna con la Diálisis Peritoneal o de manera externa con la Hemodiálisis. La que se realiza aquí en el hospital es interna ya que se realiza la limpieza de la sangre dentro del cuerpo con la ayuda de soluciones dializantes” (Manual de información elaborado por las enfermeras del área de Diálisis, 2013)

De este modo para que las enfermeras ejerzan el papel de traductoras entre un eslabón y otro es necesaria una serie de conocimientos institucionalizados y no

institucionalizados que les permitan realizar su labor. Las tres esferas antes mencionadas demuestran que las enfermeras poseen habilidades adquiridas dentro de su vida personal, en las cuales se apoyan para hacer funcionar la cadena, estas habilidades no son reconocidas ni pagadas sin embargo son la base de la cadena de producción de mercancías y generan un capital a la industria.



3.4. La convergencia de conocimientos y saberes:

a) Una mañana en el servicio de diálisis.

Al llegar al hospital público a las seis y media de la mañana, la enfermera general María checa su entrada, ingresando por la entrada principal del hospital, posteriormente se dirige a los vestidores, donde se alista para ingresar a su servicio. Al terminar, camina por un pasillo largo e iluminado que se encuentra rodeado de ventanales de vidrio, los cuales permiten una buena circulación del aire.

Para llegar al área de diálisis, la cual se encuentra dentro del servicio de Medicina Interna, tanto pacientes como el personal de salud, atraviesan la misma ruta. Iniciando, en el servicio de consulta externa, dónde se toma un pasillo largo que conduce a las oficinas de trabajo social, al pasarlas se encuentra una caseta de vigilancia, donde hay dos policías, quienes se encargan de dar los gafetes de identificación e ingreso a los pacientes y familiares de los pacientes, que se dirigen al servicio de Medicina Interna.

Al llegar al servicio de Medicina Interna a las 7:00 A.M, la enfermera María, inicia sus actividades laborales. Se dirige al área de diálisis, donde comienza recibéndole el servicio³⁶ a la enfermera del turno nocturno. En este proceso, ella hace una revisión y conteo de los materiales entregados y firma de recibido. Posteriormente inicia el conteo de los medicamentos existentes y levanta un pedido de los medicamentos faltantes al servicio de farmacia.

Al terminar a las siete y cuarto, comienza a llamar a los pacientes de diálisis, los cuales se encuentran parados y recargados sobre una gran pared blanca esperando a que puedan ingresar. María llena sus hojas de ingreso y revisa su carnet, al finalizar estas actividades ingresa al paciente con un familiar al área

³⁶ Verificando que el material este completo, y viendo cuantos pacientes están en ese momento

de diálisis, donde los pesa, mide su temperatura corporal y presión arterial.³⁷ Al finalizar les revisa los datos de la semana a los pacientes que ya han sido capacitados y aprobados para deslizarse en casa³⁸ (Los cuales van a revisión cada quince días), y a los que se encuentran en capacitación, les muestra como tienen que anotar sus datos.

Al ingresar al área, el paciente y su familiar toman gel antibacterial del dispensador, que se encuentra empotrado en una pared. Posteriormente inician la técnica de lavado de manos (la cual fue previamente enseñada por las enfermeras del área), junto con la enfermera María. Al término el paciente se coloca una bata quirúrgica, al igual que su familiar e ingresan al área específica de la diálisis donde el familiar recuesta a su paciente y esperan a que llegue el médico.

A las ocho de la mañana, el médico familiar comienza a pasar revisión a cada uno de los pacientes, dándole el diagnóstico de la situación de salud específica al familiar del paciente, después de esto el familiar sale y deja al paciente dentro del área de diálisis. Y es aquí cuando la enfermera María, comienza el proceso de dialización del paciente.

Iniciando dentro del área de diálisis: Donde se coloca junto a la cama del paciente, se colocándose la mascarilla³⁹, después se dirige al lavabo donde: realiza la técnica de lavado de manos.

Regresa a la cama del paciente, e inicia la desinfección de la mesa, donde coloca el material necesario para el procedimiento (cinta, solución de diálisis, pinzas, desinfectante, tapón del catéter), después limpia el atril, con jabón y enjuaga con agua. Y nuevamente limpia el atril con alcohol.

³⁷ De este modo se sabe si el cuerpo esta reteniendo líquido.

³⁸ Los datos son peso, temperatura corporal y presión arterial.

³⁹ Cubre Bocas.

Durante el proceso de preparación del material, María le hace constantes preguntas al paciente como: *¿Cuál es el paso que sigue? Y ¿Mencióname los pasos de las técnicas de desinfección que utilizas?* Le repite constantemente las normas de higiene que debe tener, y los principales síntomas que anuncian una infección (peritonitis), también le recuerda al paciente que, en caso de una emergencia, cual es el procedimiento que debe seguir para acceder rápidamente al servicio realizándole preguntas específicas como: *¿Cuál es el nombre del médico que te atiende? y ¿Cuáles son los pasos que debes seguir para pedir correctamente tu expediente clínico?*

Cuando termina de desinfectar el área, María inicia el proceso de conexión. Inicia tomando una bolsa llena de líquido⁴⁰, la cual introduce en el microondas⁴¹, al sacarla se dirige con el paciente y la coloca en la mesa desinfecta. Preguntándole al paciente *¿Cuáles son los pasos a seguir?* A lo que el paciente le responde que *“hay que conectar el catéter a la válvula en forma de Y quitar el tapón y colgar la bolsa en el atril”*

María le responde que es correcto, resaltando que el procedimiento tiene que realizarse en un área desinfectada, y comienza a conectar la bolsa al catéter. Inicia sosteniendo con una pinza un tubo a la bolsa, para abrir la válvula del catéter, donde inicia a fluir de adentro hacia afuera el líquido, llenando la bolsa vacía. Durante el proceso María platica con el paciente. Su tono de voz es enérgico, autoritario, pero al mismo tiempo amable y cuidadoso. Le pregunta sobre su estado de ánimo, sobre su familia (hijas), sobre como se ha sentido emocional y físicamente y bromean un poco sobre cuando María lo irá a visitar a la florería donde el trabaja.

⁴⁰ La cual nombran bolsa doble, y recibe su nombre, ya que de un lado se encuentra vacía y del otro contiene el líquido dializado, los cuales están conectados por un tubo en forma de Y.

⁴¹ El método “científico” es utilizar un termostato suministrado por el laboratorio, el cual tiene una temperatura entre treinta y cinco y cuarenta grados continuamente o en una almohadilla eléctrica.

Después de quince minutos, termina el drenado y María, comienza a cerrar las válvulas, quita las pinzas del tubo y el líquido faltante drena del bolso superior al inferior. De nuevo realiza un lavado de manos y comienza a desinfectar la zona del cuerpo donde se encuentra el catéter, el conector y la tapa del catéter.

Mientras realiza éste proceso, ella platica con el paciente, haciéndole una constante referencia a la importancia, de que el sepa cuidar su cuerpo. Le recuerda que, la diálisis es un procedimiento que le ayuda a alargar su tiempo de vida y que la calidad de está depende mucho de cómo él se cuide.

Al término de la conexión con ese paciente, María se dirige con el próximo paciente, y repite el procedimiento de limpieza y conexión. Durante el proceso de conexión María habla con cada uno de los pacientes, ella utiliza en sus conversaciones, diferentes entonaciones de voz con cada uno de ellos, terminando de conectar pacientes a las 12:00 p.m.

b) El “baile del lavado de manos.”

Las enfermeras del área de diálisis realizan varias técnicas de enseñanza como un medio didáctico para que el paciente y el familiar puedan aprender de manera rápida y precisa, una de ellas es el baile, el cual consisten en enseñarle a los pacientes la manera correcta del lavado de manos, por medio de pasos que hacen referencia a la técnica corporal que se utiliza en el procedimiento, en este baile participan pacientes y familiares.

“El enseñarle a los pacientes los pasos correctos del lavado de manos por medio de bailes ha sido una técnica que nos ha permitido hacer las cosas mas didácticas y entendibles para ellos.

Tener una técnica correcta del lavado de manos es una parte muy importante ya que nos evita posibles infecciones. A la mayoría de los familiares se le hace muy pesado tener un especial cuidado en la técnica que se usa, ya que están acostumbrados a hacer un lavado muy básico de las manos, la gente sabe que tiene que lavarse las manos después de ir al baño o antes de comer.

Pero cuando uno esta en una relación directa con fuentes de infección es necesario hacerlo en más ocasiones por ejemplo antes de iniciar el procedimiento, después de limpiar la herida, al tomar algún utensilio o al tocar algún objeto, para el procedimiento de la diálisis tienes que realizar lavado de manos en al menos cinco tiempos.

Por esta razón decidimos adaptar los pasos del lavado de manos a canciones populares como cumbias, salsa y pop, y que con esto se le hace menos tedioso al paciente y su familiar repetir los pasos una y otra vez.

A mi siempre me ha gustado bailar mucho, y en ocasiones tomo clases de zumba como un hobby, los pasos que he aprendido en la clase los he adaptado de forma que se complementen con los pasos correspondientes al lavado de manos y la selección de canciones la hacemos de acuerdo a la que este de moda” (Enfermera María, fragmento de entrevista. 2015)

La técnica del baile encarna de forma práctica la labor de traducción que las enfermeras realizan dentro de la cadena global, transforman el conocimiento médico en conocimiento común, para transmitirlo al paciente y su familiar. El saber que ellas poseen radica en el proceso de apropiación de dos campos distintos de conocimientos, los pasos de baile que la enfermera conoce tiene una estrecha relación con su forma de vida siendo este el lugar donde los adquieren.

c) El manual de las enfermeras.

El hospital es uno de los lugares de articulación de la cadena, en éste espacio es donde el catéter llega y las enfermeras realizan la traducción para un grupo determinado de personas (pacientes y familiares) que del mismo modo forman parte de la cadena. Dentro del hospital se da la elaboración de un manual, el cual esta compuesto por información determinada para el cuidado del paciente, este manual es elaborada por las enfermeras del área de Diálisis.

“Nosotras tenemos un manual el cual nos manda PiSA, este manual se le entrega a los pacientes y contiene información acerca de que es la diálisis y como tiene que cuidar su salud, cuales son los pasos que tiene que seguir en cada procedimiento y como aplicar los medicamentos necesarios, nosotras se lo entregamos a los pacientes pero realmente hemos observado que no les sirve de mucho. El manual que les entrega Pisa les sirve para entender que es la diálisis, cuantos tipos de diálisis hay y cual debe de ser su nutrición.

Pero deja fuera otro tipo de situaciones, ya que la mayoría de la información que tiene el manual esta alejada de la realidad de nuestros pacientes por una gran cantidad de razones, algunas económicas como la compra de antibióticos o antisépticos que nuestros pacientes no pueden costear⁴² y que nosotras aquí tenemos que ver la manera en que se pueda resolver esta situación con algún otro tipo de medicamento más económico o por razones practicas como que los manuales contiene mucha información y el paciente no los lee.

Por eso nosotras realizamos los trípticos y los manuales más pequeños y puntuales. Otra cosa es que el manual de PiSA habla sobre el apoyo familiar y la importancia que este tiene en el paciente, sin embargo aquí en el servicio hemos observado según nuestras estadísticas que el 65 % de nuestros pacientes sufre de abandono familiar cuando se le notifica que tiene que dializarse. Situaciones como estas fueron las que nos orillaron a realizar nuestros propios manuales” (Enfermera Viridiana, fragmento de entrevista. 2015)

El manual que las enfermeras crearon, retoman la mayoría de los puntos mencionados en el manual de PiSA, estos puntos explican: ¿Qué es la diálisis peritoneal? ¿Cómo funciona?, ¿Cuáles son los cuidados médicos que el paciente tiene que tener para mantener una higiene adecuada? Y los traduce,

⁴² La mayoría de los pacientes de esta unidad de diálisis cuentan con Seguro Popular, el cual no cubre totalmente los costos de los tratamientos debido a que la IRC con tratamiento de Diálisis o Hemodiálisis no se encuentra registrada dentro del cuadro básico de enfermedades, haciendo que los pacientes asuman de un 50% a un 80% el costo del tratamiento.

creando un nuevo documento, en el cual se expone la información de manera clara y breve, con el objetivo del que el paciente pueda acceder de una manera mas clara a la información.

El manual contiene varios puntos los cuales no se encuentran en el manual de PiSA, estos puntos son pensados e insertados en el manual por las enfermeras con base en sus experiencias diarias en el servicio y surgen de la convivencia constate con el paciente. Dentro del manual las enfermeras hacen énfasis en lo que ellas llaman aspectos emocionales de la relación familiar.

Aspectos Emocionales.

En este punto las enfermeras hacen un reconocimiento a que el paciente tiene que afrontar un cambio en su estilo de vida y que todo cambio refleja alteraciones emocionales en el.

Relación Familiar.

Las enfermeras colocan las relaciones familiares como la fuente primaria de apoyo al paciente, este apoyo refleja dos áreas las cuales se dividen en apoyo físico y apoyo emocional.

“Nosotras aquí en diálisis vemos de todo, nos ha tocado convivir con muchos tipos de gente distinta, con familiares muy comprensible con la persona enferma o familiares que los dejan en el abandono total.

Depende mucho de las relaciones que se formularon previamente al que el paciente fuera diagnosticado.

En el manual de PiSA nos da, no se hace referencia al familiar del paciente y la importancia que este tiene dentro del tratamiento, nosotras decidimos poner una sección sobre esto ya que el familiar es la persona en la que el paciente se apoya.

Nosotras trabajamos con el familiar y el paciente enseñándoles a los dos las mismas técnicas, para que de este modo el trabajo que se tiene que realizar de cuidado sea dividido y por lo tanto menos pesado para ambas partes.

Es claro que el trabajar con el paciente y al familiar es un doble esfuerzo y mas por las cuestiones de los tiempos, muchos de los pacientes que llegan a esta unidad de diálisis después de un tiempo son abandonados por sus familiares por cuestiones del tiempo invertido en el cuidado, esfuerzo o económicas” (Enfermera María, fragmento de entrevista 2015)

Las enfermeras del área de diálisis reformulan los manuales de PiSA, creando nuevos manuales donde se contienen las necesidades específicas del paciente dentro y fuera del hospital. De este modo a la par que viaja el manual con conocimientos globales, viaja el manual local, el cual cumple la función específica de clarificar las cajas negras de información. Estos nuevos conocimientos insertados en los manuales, son parte de un proceso de experiencias específicas, las cuales se alojan dentro de los cuerpos del personal de enfermería que sirven de forma directa o indirecta a las cadenas de producción.

“Nosotras como un medio de prevenir infecciones en los pacientes utilizamos la técnica del fajero, en los manuales sobre DP nunca se menciona que se pueden usar pero nosotras hemos notado que esto ha contribuido a disminuir las infecciones en los pacientes, ya que mantiene aislado el catéter, evitando que el paciente lo inserte en su ropa interior o lo toque frecuentemente” (Enfermera María, Fragmento de entrevista. 2015)

Las enfermeras con este manual realizan un trabajo específico de traducción. *“La traducción se convierte en un mecanismo por el cual ciertas entidades obtienen un control específico a expresar y representar a muchos actores sociales silenciosos que provienen de diferentes mundos sociales y que son parte de la movilización de la cadena”.* (Fujimura, 1988). Sin el conocimiento

especifico del que se apropian las enfermeras del área de diálisis, el manual que ellas realizan no podría cumplir un funcionamiento detallado de las necesidades del paciente, siendo de este modo las personas que realizan la articulación entre diferentes mundos sociales (conocimiento) de los cuales esta compuesto el bandwagon.

Las enfermeras portan una serie de conocimientos variados, especializados o no especializados, que han adquirido y ponen en práctica en el paciente, obteniendo técnicas específicas que le permiten realizar la traducción entre un eslabón y el otro.

Manual elaborado por las enfermeras del hospital público.

ASPECTOS EMOCIONALES:

El primer cambio ocurre cuando se vuelve necesario aceptar que su vida sólo será posible gracias a la diálisis, y que en ocasiones tendrá que recibir la ayuda de otros para efectuar las funciones que su cuerpo ya no puede hacer. Al principio es difícil aceptarlo e incluso pueden surgir sentimientos de miedo, culpa, enojo, tristeza o incomprensión, que alteren su relación con su familia u otras personas.

Esto es normal. Cualquier cambio en la vida nos crea sentimientos, lo mejor será reconocerlos y expresarlos abiertamente; siempre comente y pregunte cualquier duda o ligera que tenga, por insignificante o pensada que sea.



RELACIÓN FAMILIAR:

La familia tiene un papel muy importante en el éxito del tratamiento, el sentirse querido e integrado a ella es la motivación principal para afrontar los cambios y aceptar el tratamiento.

Usted ha en la única persona a quien afecta esto; su familia también se verá afectada, ya que aunque usted es la persona que recibe tratamiento, los miembros de su familia tendrán que adaptarse a sus necesidades.

Sus familiares pueden recibir entrenamiento para ayudarlo con la administración de sus medicamentos o con su tratamiento de diálisis en casa; sin embargo, el éxito del tratamiento y el control de la enfermedad en gran medida dependerán sólo de usted.



Fuente: Enfermeras del área de diálisis.

Manual elaborado por las enfermeras del hospital público.

¿CÓMO SE REALIZA LA DIÁLISIS PERITONEAL?

Llevar a cabo este proceso es relativamente sencillo, pues con una cirugía menor se coloca un catéter en la región abdominal, al lado del ombligo.



Este catéter es como una manguerita que se utilizará para la entrada y salida de las soluciones dialíticas.

>CAMBIO:

La solución entra en el abdomen para sacar los desechos y líquidos acumulados; luego sale y se vuelven a reemplazar. Este proceso de eliminación y reposición de líquidos se llama cambio.

El tiempo que permanezca dentro del abdomen, dependerá de la indicación médica.

Fuente: Enfermeras del área de diálisis.

CAPÍTULO CUATRO.

MÁS ALLÁ DEL HOSPITAL: TRABAJO

COGNITIVO Y TRABAJO AFECTIVO.

En éste capítulo me interesa explicar la relación que se crea entre las enfermeras y los pacientes, con base en las extensiones afectivas que inician en el hospital y se llevan a la casa, esto con el objetivo de entender el proceso de transformación y la importancia del gremio dentro de los nuevos modelos de políticas públicas de salud. En el capítulo muestro la manera en la cual las enfermeras hacen una conexión entre lugar de trabajo y lugar de vida, con el objetivo de visibilizar la importancia de los sentimientos y las experiencias cómo factores claves en el proceso laboral.

4.1 Rompiendo fronteras entre enfermeras y pacientes.

Los componentes inmateriales, en este caso los saberes de las enfermeras, hacen que el éxito de una mercancía incorporada a las cadenas de producción pueda ser movido y utilizable. Los saberes que ellas poseen, se extienden a diferentes esferas como anteriormente mencioné. Sin embargo existen otros componentes los cuales son centrales en la composición de la cadena y que se generan en medio de una contienda cognitiva.

La enfermería es una profesión que se encuentra en un proceso de coyuntura, entre lo material y lo inmaterial, ya que en primer lugar las formas institucionales que sigue, se apegan a un concepto clásico de trabajo donde se realiza *“La transformación de un objeto a partir de la actividad humana, utilizando determinados medios de producción para generar un producto con valor de uso y en ciertas condiciones, con valor de cambio”* (De la Garza, 2010) un ejemplo de estas normas institucionales son las jornadas laborales marcadas, cuantificadas y estables. Las cuales regularmente, se dividen en tres turnos; matutino, vespertino y nocturno y dependiendo de la institución para la que se laboren van de 8, 10, 12 y 24 horas. Y en segundo lugar la enfermería es un trabajo de servicio, donde los trabajadores producen una mercancía inmaterial la cual se encuentra expuesta a una diversidad de formas.

Para las actividades laborales materiales, la cuantificación del tiempo se vuelve posible, mientras que para las inmateriales la cuantificación se hace un proceso complejo. La enfermería contiene estas dos partes, por un lado hay una cuantificación del tiempo establecido y por otro la carga inmaterial que el trabajo demanda queda fuera de la cuantificación del tiempo institucional, provocando una desvalorización del proceso laboral.

En este apartado me interesa mostrar la manera en que las enfermeras crean conexiones con los pacientes, las cuales trascienden las fronteras institucionales del hospital, haciendo que se genere una extensión de la jornada laboral fuera de el. Fumagalli nos menciona *que “La extensión de la jornada laboral, hace cada vez más difícil definir de manera exacta el número de horas efectivamente trabajadas cada día, buena parte de la actividad laboral, en la medida en que está constituida por actividades relacional-lingüísticas, ya no puede ser reconducida a un espacio físico definido [fábrica, oficina, etc.], al menos en los casos donde estas actividades sean preponderantes (actividades terciarias en primer lugar), dirigiéndose antes bien a múltiples lugares”.* (Fumagalli, 2007)

Dentro del capitalismo industrial fordista se usa un doble valor, consistiendo este en un valor de uso y un valor de cambio, cuando se habla de mercancía fuerza de trabajo esta diferenciación es notable, pero cuando se habla de mercancía conocimiento, la cual es producida a su vez por la fuerza de trabajo es difícil identificar la separación. En el caso de la enfermería esta separación es velada, ya que la jornada laborar se extiende de manera no institucional al ámbito de tiempo de vida, el tiempo de vida consiste *“En la suma de los tiempos diarios que tienen como referencia la evolución biológico-física del cuerpo, que, con el pasar los días, tiende poco a poco a consumirse hasta agotarse”* (Fumagalli, 2007) de este modo podemos entender que el valor del conocimiento esta ligado directamente con el tiempo vida y productividad durante el mismo.

En la enseñanza de la enfermería de forma institucional, se educa a los alumnos a tratar de poner barreras entre la vida personal y vida laboral, con el

objetivo de que los sentimientos y afectos que se desprenden durante la relación enfermería- paciente no invadan a la vida personal y a la inversa. Sin embargo al ser un trabajo de servicio, se encuentran en un constante intercambio de relaciones, creando lazos los cuales unen un puente entre estos dos mundos.

a) Victoria y Luis.

“Cuando te dedicas a la enfermería uno se encuentra de todo, estas expuesto a una serie de emociones que te invaden. Por ejemplo hay pacientes con los que te involucras más que con otros, que sigues sus casos aunque no te toquen, esto es simplemente porque haces conexión con ellos, al igual que hay pacientes que pasan por el servicio y no trasciende tu relación con ellos mas allá del cuidado que les impartes en el hospital.

Así como he tenido pacientes muy agradables también he tenido pacientes conflictivos, donde la relación con ellos ha llegado hasta agresiones físicas, tú como enfermera no puedes hacer nada mas que llamar a la jefe y a vigilancia porque así lo marca el reglamento, pero uno como persona tiene reflejos y si ves que te van agredir tratas de detenerlo. Diálisis es un servicio muy fuerte, uno aquí tiene que estar alerta todo el tiempo, tienes que revisar que los procedimientos sean correctos ya que de esto depende estrictamente la vida y salud de tu paciente.

Yo aquí he tenido buena comunicación y amistad con varios pacientes, recuerdo a una señora llamada Victoria, muy amable y joven tenía 45 años, ella venía a dializarse todos los miércoles, la señora siempre llegaba acompañada de su hijo que se llama Luis, cuando ella ingreso al programa de diálisis Luis se encontraba cursando el primer año de la preparatoria.

Yo le preguntaba a mi pacientita si Luis era su único hijo, ya que él era el único que venía a verla. Y si efectivamente era su único familiar. Él se encargaba por completo de su mamá y siempre estaba pendiente de su tratamiento, sin embargo dejó de estudiar ya que la economía de su casa lo demandaba.

Tener un familiar enfermo es muy pesado y más si no tienes recursos económicos y tienes que salir a trabajar, yo veía a Luis y le preguntaba cómo se encontraba, él siempre me contestaba que bien, sin embargo el convivir tantas horas con alguien te das cuenta de muchas cosas.

Su mamá se dializó durante tres meses, después de estos tres meses Victoria entró de urgencia por una peritonitis, Luis todo el tiempo estaba aquí, cuando yo salía de los vestidores y me dirigía al servicio Luis me alcanzaba y preguntaba muy detalladamente por el cuidado y salud de su mamá y en todos los horarios de visita él entraba a verla.

Los recursos de los hospitales son muy pocos, nunca hay material, las cosas se pierden o te las roban, aquí en diálisis sufrimos demasiado por materiales desde cosas básicas como jeringas (Imagínate... en que hospital no hay jeringas) hasta los antisépticos especiales, el hospital nos suministra muy pocos y tenemos que terminar pidiéndoselos a los familiares. Así que le pedí a Luis el antiséptico al día siguiente y se lo suministramos a su mamá.

Sin embargo Victoria paso mucho tiempo con complicaciones y Luis dejo de trabajar, él ya no tenía dinero, no comía y no podía comprar medicamentos, yo trataba de conseguir los antisépticos con la promotora de PiSA y en ocasiones le llevaba comida de mi casa, Luis me recordaba a mi hijo ya que tienen la misma edad.

Un día que Luis se encontraba con su mamá en horario de visita y yo entre a pasar los medicamentos correspondientes. Luis recibió una llamada, su mamá le pregunto quien era y él dijo que era su antiguo jefe que lo necesitaba para un trabajo, Victoria le insistió en ir y como yo me encontraba ahí y sabían que había escuchado pidieron mi opinión.

Yo le dije a Luis que podía ir a trabajar tranquilo y que yo cuidaría de su mamá, pero él no quería y como una forma de alentarlo Victoria sugirió que ya que él no podía estar en los horarios de visita podía marcarme a mi celular y preguntarme sobre su estado de salud.

Al principio no supe que contestar, me dio miedo, uno nunca sabe a quien le da su número telefónico, sin embargo accedí ya que sabía que era necesario. De

este modo Luis inició a trabajar de nuevo y podía estar al pendiente de la salud de su mamá, después de dos meses el médico dio de alta a Victoria.

Victoria ya solo venía los miércoles a su consulta y dialización, cuando ella o Luis tenían alguna duda me mandaban un mensaje y yo les devolvía la llamada. Muchas veces fui a comer a su casa o ellos a la mía, nos invitábamos a las fiestas familiares, nos felicitábamos en fechas especiales.

La IR es una enfermedad crónica degenerativa y después de unos meses Victoria entró de nuevo por una peritonitis y falleció. Yo en este tiempo estaba en mi periodo vacacional y cuando Luis me informo por mensaje de sentí realmente triste.

Asistí al entierro, Luis y su mamá tenían muy pocos familiares. Después de esto Luis y yo seguimos manteniendo comunicación, yo le mandaba mensajes constantes para saber como se encontraba emocionalmente y para ofrecer mi ayuda si la necesitaba.

Después de unos meses terminó la preparatoria y me informó que quería estudiar enfermería, así que le ayude a buscar escuelas, cuando él tiene alguna duda me manda mensaje y tratamos de resolverla, le presto algunos de los libros que tengo, le ayudo con materiales que tengo de sobra y aunque no nos vemos muy seguido siempre mantenemos comunicación” (Enfermera María, fragmento de entrevista. 2015)

b) Martha y su mamá.

“Uno de los primeros casos de éxito que tuvimos en el servicio fue el de Martha quien fue una paciente que ingresó a diálisis hace tres años, en los dos primeros años la dializábamos nosotras después comenzamos a capacitarla para que se auto dializara,

Martha fue de nuestras primeras pacientes que entró al programa de auto diálisis, ella venía a sus revisiones siempre con su mamá, era muy constante y responsable así que me sorprendió mucho cuando un día faltó a su consulta,

como teníamos nuestros números telefónicos ya que ella o su mamá me marcaban cuando tenían alguna duda respecto al procedimiento le marqué para ver si se encontraba bien, pero no me contestaba pasaron los días y yo me encontraba preocupada por ella, ya que no sabía nada.

Le marqué a su casa, le marqué a su mamá y nunca las localicé, así que la verdad yo imagine lo peor. Después de unos meses Martha llegó al servicio, yo me encontraba pasando visita cuando la vi. Ella venía con su mamá y corrió abrazarme.

Cuando me abrazo me dijo “gracias”. En este momento me platicó que no había venido ya que le realizaron un trasplante de riñón en centro médico y que está en recuperación.

Cuando la vi, se encontraba en condiciones de salud muy mejoradas y me sentí realmente bien por ella. Martha venía a sus consultas cada quince días y me esperaba a que saliera de trabajar para irnos a comer.

De vez en cuando le mandaba mensajes para ver como se encontraba de salud, si no tenía algún síntoma que fuera alármate, si no se encontraba fatigada, si su coloración era adecuada y ella me contaba como se sentía física y emocionalmente.

También su mamá me mandaba mensajes para consultarme sus dudas o para que interviniera cuando Martha por alguna razón, no quería seguir las indicaciones médicas.

Recuerdo mucho una conversación en la que Martha me preguntó si tenía que tener algún cuidado especial para mantener relaciones sexuales, la verdad como nunca me había hecho este tipo de pregunta alguno de mis pacientes, tuve que ponerme a investigar para poder resolverle su duda. Y esta es la razón por la que comenzamos a agregar información sobre que cuidado tiene que tener nuestros pacientes de diálisis para mantener relaciones sexuales.

Por la buena comunicación que mantenía con Martha me pude dar cuenta de que era necesario agregar esta información. Ahorita Martha solo viene una vez al mes a su consulta y está trabajando como secretaria, nos seguimos

mandando comunicando y viéndonos de vez en cuando” (Enfermera María, fragmento de entrevista. 2015)⁴³

c) Eulogio y la florería

“Eulogio fue un paciente que estuvo en diálisis aproximadamente diez meses, el era florita y vivía aquí en Nezahualcóyotl.

Fue un paciente que por su condición de salud sufrió de abandono familiar. Cuando el llegó al servicio venían dos de sus hijas a verlo y su esposa, con el tiempo dejó de venir su esposa y poco después sus hijas.

Eulogio iba al servicio dos veces por semana y llegaba solo, lo cual es muy peligroso ya que si sufre alguna recaída en el transcurso del hospital a su casa no hay un familiar que pueda dar aviso. El vivía con su mamá, que ya era una señora grande y cuando ella podía venía acompañarlo pero realmente no era la mejor opción ya que la señora también se encontraba enferma.

Con el paso del tiempo Eulogio entró en depresión y comenzó a descuidarse lo que ocasionó que entrara en varias ocasiones por urgencias de infecciones en un lapso muy corto de tiempo, él nos mencionaba que se sentía mejor de estar en el hospital ya que todo el tiempo se encontraba acompañado. Nosotras tratábamos de alentarle a que se cuidara de una manera más estricta para evitar recaídas, le recordábamos que su madre se preocupaba y que era mejor para ambos estar juntos.

La florería que Eulogio tenía se encontraba a unas cuadras de donde yo tomo mi transporte para ir a mi otro trabajo, y cuando el tiempo me lo permitía pasaba a saludarlo para ver como seguía de salud.

Siempre que venía al servicio nos traía un ramo de flores, el cual dejábamos en el control.

⁴³ Unos meses después de realizada la entrevista María se enteró que Martha falleció.

Él era una persona muy amable y tranquila y todas aquí en el servicio nos llevábamos muy bien con él, a pesar de que le llamábamos la atención por sus ingresos constantes de urgencia, él nos respondía de una forma cómica y fluía la plática. Él nos platicaba mucho sobre su familia y nos recalca que entendía porque no lo visitaban ni en su casa ni en el hospital, nos contaba sobre su florería y cuales eran las flores que más se vendían y cuales no, como se compran las flores, como hay que escogerlas, cuanto tiempo duran, en fin platicábamos mucho sobre diversos temas.

Unos días antes del catorce de febrero Eulogio dejó de venir y cuando lo volvimos a ver fue por un ingreso de emergencia, nos contó que no pudo asistir a la diálisis ya que tenía mucho trabajo por la fecha y que no podía dejarlo perder, en esta ocasión él se quedó mucho tiempo hospitalizado y su estado de salud fue crítico.

Después de unas semanas salió y siguió con el tratamiento de diálisis, hasta los primeros días de mayo cuando nos mencionó que el día diez era cuando se vendía más en todo el año, le recordamos que no podía dejar de venir a la diálisis y que teníamos que buscar la forma en la que él pudiera realizar sus actividades y seguir con el tratamiento adecuado.

El programa de diálisis solo funciona en turno matutino y de lunes a viernes, pero como una forma de que Eulogio no entrara de nuevo por una urgencia de infección, decidimos una de mis compañeras y yo asistir a dializarlo el sábado por la mañana (nosotras no trabajamos en fin de semana) para que él pudiera trabajar sin complicaciones.

Después de unos meses Eulogio falleció por una peritonitis". (Enfermera María, fragmento de entrevista. 2015)

La enfermería es una profesión que actualmente se encuentra en medio de una contienda cognitiva, esta contienda responde a un proceso global de valorización del conocimiento como un medio de producir mercancía. El desvalorizar el conocimiento propio de una profesión dentro de un mercado

global en crecimiento como es el turismo médico, es un medio por el cual la mano de obra se abarata.

La enfermería va más allá de un proceso material de trabajo, ya que sin las conexiones afectivas que se generan dentro del proceso la cadena de mercancías no tendría un valor económico ni un funcionamiento.

CAPÍTULO CINCO.

CONTIENDAS COGNITIVAS.

En éste capítulo esta compuesto por un pequeño análisis externo sobre el movimiento de enfermería, el cual tiene como base una contienda cognitiva por el reconocimiento de la profesionalización, ya que en el se observa una lucha política por el reconocimiento laboral del gremio y la importancia de la identidad laboral ligada al reconocimiento del conocimiento y al mismo tiempo el reconocimiento y defensa de los saberes.

5.1 La lucha por el reconocimiento.

Dentro de mi periodo de investigación en campo surgió el movimiento de enfermería, trabajadores sociales y terapeutas de la Secretaría de Salud, este movimiento en sus inicios no fue notado, hasta el momento en que los trabajadores salieron a protestar a las calles y tomaron las rejas de los hospitales, para dar a conocer cuales eran sus inconformidades respecto al Programa de Promoción por Profesionalización del Personal de Enfermería, Trabajo Social y de Terapia Física y Rehabilitación 2015 (PPETSTFyR)⁴⁴ que la directora de la Secretaria de Salud Mercedes Juan López y el presidente de la República, Enrique Peña Nieto quieren activar.

Las demandas de los trabajadores eran claras en sus consignas, la principal de ellas *“No somos artesanos, somos profesionales”*, tenia una clara conexión con mi tema de estudio. En ese momento en las calles, los trabajadores protestaban por la dignificación y reconocimiento de su trabajo, señalando la importancia que estos gremios tienen dentro del sistema de salud y las actividades que ellos realizan a pesar de las deficiencias del sistema de salubridad las cuales no son tomadas en cuenta.

Era claro que lo que estaba en contienda, era un proceso de reconocimiento de los saberes y conocimientos que los trabajadores tienen para poder realizar su

⁴⁴Programa de Promoción por Profesionalización del Personal de Enfermería, Trabajo Social y de Terapia Física y Rehabilitación 2015 (PPETSTFyR). Secretaría de Salud. 2016. Visto en [http://www.profesionalizacion.salud.gob.mx/Programa Enfermería/acceso.php](http://www.profesionalizacion.salud.gob.mx/Programa%20Enfermeria/acceso.php). Acceso 28 de Febrero del 2016.

trabajo y los cuales no son visibilizados por la Secretaría de Salud. De éste modo, decidí llamar al capítulo la contienda cognitiva, por ser el escenario físico donde las afirmaciones anteriormente desarrolladas en el trabajo, se corporalizan en los individuos de forma grupal.

En éste apartado no pretendo realizar un análisis del movimiento con una perspectiva minuciosa sobre si debe o no ser llamado un movimiento social o la interpretación simbólica del mismo, ya que lo que me interesa es señalar el proceso de contienda cognitiva por el reconocimiento laboral de los gremios, de éste modo solo haré mención de los elementos notables que permitan al lector hacer la conexión con el proceso de articulación de las cadenas antes mencionadas. El surgimiento de este movimiento como muchos otros responde a una serie de problemas sociales que aparecen de nuevas prácticas institucionales, siendo el reflejo de cambios que producen nuevas formas de organización, como en este caso el movimiento surge por una serie de políticas públicas que tiene como objetivo hacer una cobertura universal de salud.

Estas nuevas formas, corresponden a un proceso de precarización y flexibilización del trabajo, el cual trae inserto en si una lucha por la defensa del conocimiento, que reclama una respuesta de valorización del mismo, y al mismo tiempo nos muestra un mercado donde el conocimiento es transformado en mercancía.

El lema principal "*No somos artesanos, somos profesionales*" también puede ser leído como una lucha interna en si mismo, ya que valoriza y jerarquiza los conocimientos haciendo una diferenciación sobre su valor uno de los otros. Estos nos hablan de la forma social en la que están categorizados y valorizados los diferentes tipos de saberes y conocimientos que pueden existir.

5.2 El despertar de la marea blanca.

*“Vendas, jeringas y vacunación.
Por un salario digno a nuestra profesión”⁴⁵*

Al llegar al hospital, alrededor de las nueve de la mañana, me sorprendí al ver que los trabajadores de seguridad, estaban quitando unos carteles que se ubicaban en las rejas del mismo, me acerqué a la puerta para ingresar, pero no se me permitió la entrada, lo cual pareció muy extraño, ya que anteriormente no había tenido ese problema. Los carteles contenían frases que en ese momento no entendí del todo, decían *“Exigimos el reconocimiento de nuestro trabajo”, “Por una enfermería digna” y “Enfermería en lucha”*.

De este modo espere a que las enfermeras que conocía salieran a desayunar, cuando vi a una de ellas, le comenté que no había podido ingresar, a lo cual me respondió que se debía a que el acceso había sido restringido, ya que los carteles habían alertado a las autoridades administrativas del hospital. Cuando inicié mi búsqueda, para ver de qué se trataba el proceso de profesionalización, me encontré con una serie de imágenes, que hacían referencia a la organización de una marcha programada para el miércoles 3 de diciembre del 2014, la cual daría inicio a las 4 P.M. y saldría de las instalaciones del Hospital General, en el cartel se invitaba a los trabajadores de enfermería, trabajo social, terapeutas y rehabilitadores físicos de todas las instituciones de salubridad a acudir para informarse sobre el nuevo proceso de profesionalización que se quería imponer y como este les afectaría.

Decidí acudir a la marcha y concentrarme en reunir información sobre el gremio de enfermería. La concentración de enfermeras inicio a las 3 de la tarde, del día miércoles 3 de Diciembre del 2014, frente al Hospital General de México, para dar inicio a la marcha a las 4 de la tarde. Teniendo como objetivo llegar a las oficinas de la Secretaría de Salud, que se encuentran ubicadas frente a la

⁴⁵ Consignas coreada por las enfermeras dentro de las marchas.

estela de luz, para posteriormente realizar un dialogo con la secretaria de salud Mercedes Juan López.

Antes de la salir, una enfermera con un altavoz anunciaba la ruta a seguir y les recordaba a los participantes los puntos por los que estaban ahí. De este modo pude enterarme un poco mejor de que se trataba.

La enfermera mencionaba:

1. Revertimiento del programa de estímulos, para la preparación de tipo superior de las tres ramas antes mencionadas. (trabajo social, enfermería y terapistas)
2. La anulación de cambios de puestos acompañados de un incremento de salario.
3. Precarización laboral que ha llevado a conseguir otros empleos (dobletear), con contratos temporales, sin basificación, rotación de turnos.
4. El poco presupuesto y la falta de medicamentos, material y equipo con el que cuentas las instituciones.
5. El comentario que realizo el presidente Enrique Peña Nieto, dentro del marco de la celebración de los 70 años de la Secretaría de Salud, respecto a los cambios que se tienen planeados realizar argumentando que:

“Las y los enfermeros no son profesionales, sino unos artesanos”

Dentro de los manifestantes se encontraban varios sectores de enfermería como:

- Enfermeras y enfermeros trabajadores con nivel licenciaturas, maestrías y doctorado.
- Enfermeras y enfermeros jubilados.

- Estudiantes de Enfermería a nivel licenciatura y técnico de escuelas como: “UAM-X, ENEO, FES-Zaragoza, FES-Iztacala, IPN, UNITEC, La Salle y CONALEP”
- Enfermeras y enfermeros trabajadores del Seguro Popular.
- Enfermeras y enfermeros trabajadores del Gobierno del Estado de México.
- Profesores de enfermería.

La marcha contaba con varios contingentes de enfermería, representativos de las diversas instituciones del nivel salud como:

- INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. **(ISSSTE)**
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. **(IMSS)**
- INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS. **(ISSEMYM)**
- INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO. **(ISEM)**
- SECRETARÍA DE LA DEENSA NACIONAL. **(SEDNA)**
- SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL. **(SEDESA D.F)**
- CRUZ ROJA MEXICANA.

Algunas de las consignas que se coreaban dentro de la marcha y que reflejan el descontento del gremio fueron las siguientes.

- “Pueblo escucha, tú salud es mi lucha”
- “¡Sin enfermeras no hay hospitales!”
- “¡Después de trabajar venimos a marchar!”
- “No somos artesanos, somos profesionales”
- “Enfermería unida, jamás será vencida”
- “ La salud no es una mercancía”
- “Vendas, jeringas y vacunación. Por un salario digno a nuestra profesión”
- “Mancera, recuerda. Te cuido una enfermera”

Al llegar la marcha a su punto de finalización en la Secretaría de Salud, un enfermero subió a tomar el micrófono, llamando a todo el gremio a una unión que fortaleciera las demandas.

*“ La enfermería se caracteriza por ser el sector más grande, el que sostiene el sistema de salud mexicano, nosotros mantenemos a flote, el sistema de vacunación, la prevención del VPH, la prevención de cáncer de mama, estabilizamos a niños con bajo peso, somos el primer contacto con la mujer embarazada, pasamos más horas con los paciente. Somos el sector mas grande, y por lo tanto deberíamos de ser el mas fuerte”.
(Enfermero participante del movimiento, 2014)*

Al término de la marcha, se les recordó a los participantes la agenda que se tenía programada para las reuniones internas y externas, y se dio a conocer la fecha para la próxima marcha, la cual estaba planeada para el 6 de Enero del 2015, día nacional de la enfermería. Esta primera marcha fue el inicio de una serie de organizaciones con las mismas demandas, que se gestó en 15 estados de la República.

Dentro del periodo de reuniones el movimiento tomó nombre el grupo de trabajadores que un primer momento se reunieron con inconformidades en común se nombro Asamblea Intergremial de Enfermería, Trabajadores Sociales y Terapistas (AIGETT) y comenzó a gestar información con la intención de consolidar una asamblea intergremial por estado de la republica.

a) Día de las enfermeras y los enfermeros.

El día 6 de Enero del 2015, la Asamblea Intergremial de Enfermería, Trabajadores Sociales y Terapistas salio a las calles en su segunda marcha, el contingente partió del Hospital General y tenia como objetivo llegar a la Secretaría de Gobernación para entregar un pliego petitorio con las demandas del movimiento a Miguel Ángel Osorio Chong, secretario de gobernación.

Mientras los diferentes contingentes de trabajadores, jubilados y estudiantes de las profesiones antes mencionadas marchaban por las calles para dar a conocer sus demandas al pueblo y la inconformidad de los gremios con las nuevas políticas del sector salud.

Se les recordaba a los trabajadores y al pueblo que la selección de éste día para marchar era significativa.

“El 6 de enero se celebra en México el día de la enfermera y el enfermero, en virtud de que el médico José Castro Villagrana, director del Hospital Juárez de México en 1931, calificó la presencia de las enfermeras como un [regalo de reyes] para los pacientes, argumentando que: Prestar ayuda y cuidados a una persona enferma en cuerpo o alma es estar eternamente al servicio de Dios.

La enfermería es la base del sistema de salud, nosotros y nosotras somos la base. Las y los trabajadores que con carencias institucionales brindamos atención a los pacientes, muchas veces hasta poniendo de nuestros bolsillos los recursos materiales para trabajar. Compañeras y compañeros díganme, quien de ustedes no ha utilizado su sueldo para comprar cosas básicas que en los hospitales no nos dan” (Enfermera participante del movimiento, 2015)

Al término de la marcha, se les recordó a los participantes la agenda que se tenía programada para las reuniones internas y externas. Y se invitó a los trabajadores a acudir el día 16 de Mayo del 2015 a la tercera reunión anual de enfermeras y enfermeros que se llevaría a cabo en Toluca, Estado de México.

“El pasado 16 de mayo en Toluca, Estado de México, llevamos a cabo la Tercera Reunión Nacional de Enfermeras y Enfermeros con la participación de 8 estados: Puebla, Zacatecas, Veracruz, Guerrero, Chihuahua, Oaxaca, Querétaro, Estado de México, el Distrito Federal y estudiantes de la UAM, ENEO, IZTACALA y UACM” (Asamblea Nacional de Enfermeras de México, 2015)

Dentro de esta reunión el gremio de la enfermería perteneciente a la Asamblea Intergremial de Enfermería, Trabajadores Sociales y Terapistas, crearon una nueva organización la Asamblea Nacional de Enfermeras de México (ANEM), la cual tenía como objetivo integrar solo a los trabajadores de enfermería simpatizantes de el movimiento AIGETT, dentro de sus demandas se encontraba defender la profesionalización y el derecho a la salud y la seguridad social pública.

El 6 de enero del 2016, un grupo de enfermeras y enfermeros pertenecientes a la ANEM acudieron a las sedes de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para entregar una carta donde exponían las problemáticas existentes y las condiciones precarias de trabajo.

“Las enfermeras y los enfermeros, proyectamos los horrores que significan las salas de urgencias saturadas, por encima de los límites, sin camas, ni camillas, con pacientes en sillas o incluso de pie sin medicamentos, sin insumo, sin uniformes, sin infraestructura mínima.

Nuestra asamblea reclama al gobierno mexicano, la profesionalización efectiva y permanente del personal de enfermería y profesiones afines al sector salud, la revisión y mejoramiento de las condiciones laborales y profesionales, la cancelación de las acciones, hostigamiento y represión al personal” (Carta de la ANEM a la OPS/OMS en México ,2016)⁴⁶

Al término de la entrega de esta carta, los representantes ANEM recordaban a los participantes que a un año del estallido inicial de la Asamblea Intergremial de Enfermería, Trabajadores Sociales y Terapistas, no han recibido respuesta de las diferentes instituciones a las que han acudido, que el Estado se encuentra en un proceso de desmantelamiento del sistema nacional de salud y que la creación de nuevas organizaciones sindicales como el Sindicato

⁴⁶Carta de la Asamblea Nacional de Enfermeras de México. 2016. Visto en

<https://www.youtube.com/watch?v=i9xGzZowaNQ>. Acceso 28 de Febrero del 2016.

Independiente Nacional de Trabajadores de la Salud (SINTS), son estrategias para fragmentar los intereses verdaderos de Asamblea Nacional de Enfermeras de México.

Dentro de las últimas apariciones de los y las enfermeras en las calles de la ciudad se encuentra la marcha realizada el 22 de Junio del 2016, en la cual personal de distintas instituciones nacionales de salud como: médicos, laboratorista y personal administrativo se unieron a la marcha de enfermería con el fin de dar a conocer sus demandas, dentro de las cuales exigieron mejores condiciones laborales, mayor presupuesto al sector salud, material necesario para laborar y la explicación de en que consiste el sistema “ universal de salud”.

El surgimiento del movimiento por la profesionalización, responde a una serie de problemáticas globales, las cuales anudadas a nuevas prácticas políticas crean cambios institucionales para dar paso a nuevas formas de organización laboral.

Éstas nuevas organizaciones laborales no son exclusivas del sistema de salud, ya que se centran en un proceso de precarización y flexibilización del trabajo global, el cual trae inserto en si una lucha por la defensa del conocimiento, que reclama una respuesta de valorización del mismo, mostrándonos un mercado donde el conocimiento es transformado en mercancía.

La lucha por la profesionalización encarna una contienda por un reconocimiento de los saberes y conocimientos, que los trabajadores tienen para poder realizar su trabajo, los cuales no son visibilizados por la Secretaría de Salud.

6. CONCLUSIONES.

La contienda cognitiva en la que actualmente se encuentra el movimiento de enfermería responde a un proceso de cambios globales referentes a la utilización de los recursos. Estos cambios se centran en la utilización del trabajo inmaterial el cual da el sustento a la industria material que se encuentra en un proceso de crecimiento acelerado. La contienda cognitiva que vemos reflejada en el movimiento no es exclusiva de un único sector laboral, si bien este es el sector en el que decidí basar mi investigación y donde la contienda se pudo observar de forma física, la realidad es que las acciones de la globalización están orientadas a utilizar los conocimientos y experiencia de las personas para generar ganancias.

La globalización no es un fenómeno nuevo, por lo cual ha sido muy estudiado en estos años desde diferentes perspectivas, sin embargo actualmente se ha observado que este proceso ha dado paso a una nueva etapa, la cual se ha catalogado como posmodernidad, que consiste en hacer que los individuos se valgan de sus propios medios y recursos que se encuentran a su alcance para generar sus oportunidades. Las personas son la base del proceso de globalización, ya que son ellas las que articulan las ciudades, países y continentes con las acciones que realizan desde diferentes lugares.

Las ciudades se convierten en el núcleo primario de articulación de la globalización, en ellas se instalan industrias y corporativos que generan conexiones mundiales. Estas industrias necesitan de personas locales que se encarguen del funcionamiento y que al mismo tiempo se conviertan en consumidores.

Dentro de la investigación me enfoqué en explicar las transformaciones históricas de la Ciudad de México a través de los cambios institucionales en el sistema de salud, con el objetivo de entender cómo la ciudad se ha convertido en un clúster de servicios turísticos en salud y la manera en que este funciona a través de sus trabajadores.

Definé desde dónde aborde el concepto de ciudad y la relación que la estructura física crea con sus habitantes, realice una recopilación histórica para mostrar

como ha sido abordado el concepto de atención de la salud con base en las políticas públicas las cuales se delimita de forma física a la ciudad, mostré la forma en que las conexiones globales y transnacionales se generan en la ciudad de la salud usando como estrategia de estudio, el procedimiento de la diálisis peritoneal.

La manera en la que el proceso de atención de la salud se ha organizado, no se puede observar solo desde la organización institucional, si bien esta es necesaria para entender la manera actual en la que se ha desarrollado como una industria de mercado, es imprescindible entender que estas modificaciones no solo son a nivel físico e institucional, si no que nos hablan de un proceso de relación, entre sus habitantes y la ciudad.

En el siglo XVI cuando la atención de la salud se encontraba a cargo de instituciones religiosas, esta era brindada por monjas y los recursos se obtenían con base en la noción de caridad que la iglesia extendía, con la Revolución de Ayutla, la salud pasó a ser parte de las obligaciones del Estado, creándose instituciones especializadas para la administración de la misma, transitado por diferentes etapas tales como erradicación, prevención, curación y atención de la enfermedad.

Actualmente la atención de la salud, se encuentra enfocada a la noción de autocuidado y contemplada como una industria mercantil, siendo manejada dentro del discurso del Estado como una oportunidad de crecimiento económico nacional, creando nuevos organismos, formas de relación y atención, entre los usuarios y las instituciones que contiene de forma física y no la ciudad. De este modo la ciudad del turismo de la salud, no solo esta delimitada por sus instituciones hospitalarias en una determinada área geográfica, si no que se encuentra conectada de formas más extensas.

A escala global tenemos instituciones y organismos, los cuales acreditan el óptimo funcionamiento de la misma, estas acreditaciones son generadas con base en procesos transnacionales de articulación, los cuales se dan por medio

de los trabajadores que laboran en esta industria y que al mismo tiempo habitan a la ciudad.

Para comprender los cambios respecto a la construcción de atención de la salud, con base en la recopilación histórica que realice, fue necesario definir desde donde aborde el concepto de ciudad. García Canclini, nos menciona que existen diferentes tipos de ciudades y que estas cumplen en su mayoría papeles multifuncionales, y que *“La dificultad para definir que se entiende por ciudad, deriva en parte de la variedad histórica de ciudades como: industriales, administrativas, políticas, de servicios o turísticas., tal complejidad se agudiza en grandes urbes donde ni siquiera pueden reducirse a esas características monofuncionales”* (Canclini:2011) La Ciudad de México es una de estas ciudades complejas, que contiene una diversificación de áreas, siendo promocionada y articulada desde diferentes sectores tales como: ciudad de conocimiento, ciudad turística, ciudad con capital humano, ciudad de negocios, ciudad industrial, ciudad artística. ⁴⁷(Gobierno del Distrito Federal, 2015)

Por otra parte Gino Germani define a la ciudad de diferente manera, mencionando que las ciudades son *“El núcleo de la modernidad, donde fue posible desprenderse de las relaciones de pertenecía obligadas, primarias, de los contactos intensos de tipo familiar y barrial propios de los pequeños pueblos y pasar al anonimato de las relaciones electivas y diversificación de roles”* (Canclini: 2011)

Saskia Sassen define a la ciudad como *“Una instancia territorial o escalar dentro de una dinámica transurbana, donde se concibe a las ciudades no como unidades cerradas, sino como estructuras complejas, las cuales se pueden articular por medio de una variedad de procesos transfronterizos que son reconstituidos como condiciones parcialmente urbanas”* (Sassen: 2007). De este modo el concepto de ciudad se proyecta más allá de una construcción espacialmente arquitectualizada.

⁴⁷ Gobierno del Distrito Federal- Turismo. 2014. Visto en <<http://www.anhp.org.mx/>> acceso 15 de Junio del 2015.

Para mí la ciudad se transforma en una unidad donde se dan una serie de procesos creados por los individuos que habitan en ella, la ciudad se convierte en un campo de interacción entre sus habitantes y la especialidad de la misma, las personas que interactúan con la ciudad la construyen al mismo tiempo que la habitan. Como en el caso de la Ciudad de México, la cual en los últimos treinta años ha sufrido una serie de cambios dentro de su estructura física, los cuales podemos observar, sentirlos y vivirlos con nuestro andar diario. En el centro de la ciudad podemos encontrar las remodelaciones realizadas a la Alameda Central, la aparición de museos, salas de cine, nuevas rutas de transporte y en las orillas de la ciudad encontramos la expansión de la mancha urbana, en el espacio catalogado como Área Metropolitana de la Ciudad.

Las personas que habitamos en ella nos hemos adaptado a los cambios que la estructura física ha creado en nuestros espacios públicos o privados, haciendo que encontremos nuevas formas de relación entre nosotros y la ciudad, Antonio Zirión en su libro *La construcción del habitar*, plantea el concepto de habitar, como la relación entre el sujeto y su entorno, explicando que *“el habitar no es algo dado ni predispuesto, sino que se construye socialmente y se transforma de manera constante como un producto cultural”* (Zirión, 2013) siguiendo esta idea podemos decir que las personas que habitamos la ciudad no solo contribuimos al proceso de vivir en la ciudad, si no que formamos parte del proceso de construcción y articulación de la misma.

De este modo, las grandes avenidas que conectan una parte de la ciudad con otra, las principales vías de acceso, las rutas de transporte público que existen en una parte de la ciudad y en otra no, forman parte de un proceso de articular a la ciudad de forma física, estas articulaciones físicas corresponden a un proceso de organización territorial, el cual nos marcan cuáles son los principales centros habitacionales, económicos, laborales, educativos, etc. Que contiene la ciudad, sin embargo existen otro tipo de articulaciones, las cuales se dan por medio de sus habitantes, quienes se encargan de conectar ya sea de manera vertical u horizontal diferentes puntos de la ciudad.

La manera en que los habitantes construyen la ciudad no solo en el sentido físico y económico. Ya que las personas construimos ciudad desde nuestros sentimientos, saberes, trabajo y experiencia, la ciudad que vemos regularmente es solo el almacén en el que convergemos personas las cuales a cada minuto nos encontramos edificando un pedazo de ciudad desde diferentes actividades.

Con base en esta idea podemos observar dos ciudades, por un lado tenemos la ciudad global de la salud que contiene instituciones con normas de calidad e higiene médico que son implementadas a nivel mundial, regulando así las prácticas con las que operan las instituciones sanitarias. Mientras que por otro lado tenemos a la ciudad transnacional de la salud, donde los procesos de integración de los individuos a la ciudad global se dan por medio de las habilidades adquiridas por las personas en diferentes esferas sociales de las que son parte.

La creación y operación de la ciudad de la salud se encuentra compuesta por espacios específicos de articulación como hospitales, escuelas y hogares, que funcionan en la creación de ejes de información, sin embargo para que esta información pueda ser transformada en mercancía necesita el cuerpo y la experiencia de las enfermeras y enfermeros los cuales habitan y construyen a la ciudad.

La enfermería es una profesión que actualmente se encuentra en una coyuntura política, que se vio reflejada con el surgimiento del movimiento por la profesionalización, el cual no es un acontecimiento aislado ya que responde a una serie de problemáticas globales, como es la precarización y flexibilización del trabajo.

La lucha por la profesionalización encarna una contienda por un reconocimiento de los saberes y conocimientos, que los trabajadores poseen y los cuales utilizan para poder ejercer su trabajo. Estos saberes y conocimientos no son visibles en un primer plano, sin embargo son utilizados constantemente por los sistemas de salud en los que transitan.

El concepto que el Estado tiene de la enfermería como un trabajo artesanal, refleja la desvalorización de esta profesión y coloca a los individuos dentro de un proceso de producción de capital humano para la cadena de mercancías, los conocimientos que los individuos tienen se entienden como un acto natural que se da en el proceso de cuidado. Sin embargo no se contempla el proceso en el que estos han sido adquiridos y la gran variación e importancia que estos tienen, los saberes que las y los enfermeros tienen, son el resultado de transitar por el complejo entorno en el que viven los cuales van desde la cultura urbana de la ciudad de la que son parte, hasta los medios de comunicación en los que están en contacto y que exceden las fronteras nacionales.

Las y los enfermeros cumplen papeles específicos dentro de la función de las cadenas, sin los cuales estas no podrían desarrollarse son integradores de diferentes esferas sociales, fragmentadores de conocimientos y traductores específicos de diversos significados que varía de acuerdo con los conocimientos del grupo en el que se encuentran.

BIBLIOGRAFÍA.

Agencia de Gestión Urbana de la Ciudad de México. 2014. En AGUCM <<http://www.agu.df.gob.mx/presenta-mancera-proyecto-zodes-ciudad-de-la-salud-representa-inversion-de-6-mil-mdp-generacion-de-empleos-y-rediseño-de-la-zona-sur-de-la-capital/>> Acceso 3 Julio del 2015.

Aguilar, Gilberto y Esquerro, Peraza.1936. *“Los Hospitales de México”*. México.

Arias Aragonés Francisco, Caraballo Payares Mauricio, Matos Navas Enrique. 2012 *“El turismo de salud: Conceptualización historia, desarrollo y estado actual del mercado global”*. (Colombia- Clío América). Número 11. Enero – Junio.

Asociación Nacional de Hospitales Privados. 2014. ANHP en <<http://www.anhp.org.mx/>> Acceso 15 de Junio del 2015.

Besserer, Federico. S/f *“Fetiches y mediaciones en la biotecnología. Nuevas construcciones de la “naturaleza” en el capitalismo tardío. (El caso del jitomate ‘FlavrSavr’).”* México.

Besserer, Federico 2001 “Luchas culturales en la agricultura del capitalismo tardío” En *Alteridades* Año 11, Núm. 22. Pp. 15-28

Besserer, Federico y Oliver Daniela. 2014. *Ensamblando la ciudad transnacional. Etnografía especular de los espacios transnacionales urbanos”*. Colección de Estudios Transnacionales. Universidad Autónoma Metropolitana/ Juan Pablos Editor. México.

Besserer, Federico y Nieto Raúl. 2015. *La ciudad transnacional comparada. Modos de vida, gubernamentalidad y desposesión* Colección de Estudios Transnacionales. Universidad Autónoma Metropolitana/ Juan Pablos Editor. México.

Carta de la Asamblea Nacional de Enfermeras de México. 2016. En <https://www.youtube.com/watch?v=i9xGzZowaNQ>. Acceso 28 de Febrero del 2016.

Castañeda, Camacho, *“Identificación Geográfica de un clúster de turismo médico en la ZMG”*. Universidad de Guadalajara.

Centro Médico Dalinde. 2015. En <http://www.dalinde.com/historia/acerca-de/historia.html>. Acceso 5 de Noviembre del 2015. 228 pp.

Chang, Heewon. 2008. *Autoethnography as Method*. Ed. Left Coast Press. E.U.A.

Dini Marco; Carlo Ferraro y Carolina Gasaly. 2007. *“Pymes y articulación productiva. Resultados y lecciones a partir de experiencias en America Latina”* en Unidad de desarrollo Industrial y Tecnológico. (Naciones Unidas, CEPAL). Serie Desarrollo Productivo, Número180.

Duncan Ramírez José, 1982. *“Estructura y Funcionamiento de los Hospitales de México”*. México.

Farmacéutica Pisa. México. En <http://www.pisa.com.mx/corporativo/nuestra-historia/>. Acceso el 15 de julio del 2015.

Fumagalli, Andrea, 2010. *“Bioeconomía y capitalismo cognitivo. Hacia un nuevo paradigma de acumulación”*. Madrid. Traficantes de sueños.

García Canclini, Néstor. 2005. *“La antropología urbana en México”*, Fondo de Cultura Económica. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

González Arellano, Salomón. 2011. *“Patrones de clusterización espacio-temporales de una ecología social de la Zona Metropolitana del Valle de México.”* En **Alejandro Mercado Celis y María Moreno Carraco (coord...)** *“La ciudad de México y sus clústers”*. 2011. Universidad Autónoma Metropolitana.

Grupo Hospitalario Ángeles México. 2015. En
<<http://hospitalesangeles.com/mexico/>>. Acceso 5 de Noviembre del 2015.

Grupo Hospitalario Médica Sur. 2015. En
http://www.medicasur.com.mx/es_mx/ms/ms_gms_historia. Acceso 5 de
Noviembre del 2015.

Guajardo Cuevas Leticia y Guillén Cadena María Dulce. 2012. *“Breve historia de la enfermería en México”* en Cuidarte el arte del cuidado. (México. FESI- UNAM) Volumen 1. Número 1. Febrero.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). En
<<http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/enfermera0.pdf>>
acceso 24 de Julio del 2016.

Kindelán Delís Félix. *“El velo blanco. Dimensión sociohistórico y cultural de los cuidados de enfermería en la sociedad”*. Universidad de ciencias médicas. Santiago de Cuba.

Leal Fernández, Gustavo y Sánchez Pérez, Héctor Javier. 2014. *“Seguridad Social “Universal” “Pisos” Básicos de Protección 2013”*, Temas de salud y sociedad 13. Universidad Autónoma Metropolitana y El Colegio de la Frontera Sur.

Loyo Varela Mauro, Díaz Chazaro Horacio. 2009 *“Hospitales en México”* en Cirugía y Cirujanos. (México. SNC-IMSS). Volumen 77. Número 6. Noviembre-Diciembre.

Marcus, George 2001 *“Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal.”* En Alteridades Año 11, Núm. 22. Pp. 111 – 127.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *“Estadísticas de personal sanitario”*
Visto en < http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/> acceso 24 de Julio del 2016.

Portal Iberoamericano de Marketing Farmacéutico. En PIMF

<<http://www.pmfarma.com.mx/noticias/8149-pisa-continuar-el-milagro.html>>

Acceso 15 de julio del 2015.

Portal Pediatría Privada del Colegio de Pediatría de Jalisco A.C. En <

<http://www.grupodepediatriaprivada.com/#!/socios-honorarios/c1y55>>. Acceso

16 de julio del 2015.

Programa de Promoción por Profesionalización del Personal de Enfermería, Trabajo Social y de Terapia Física y Rehabilitación 2015

(PPETSTFyR). Secretaría de Salud. 2016. En

http://www.profesionalizacion.salud.gob.mx/Programa_Enfermeria/acceso.php.

Acceso 28 de Febrero del 2016.

Ramírez Teresita y Zurita Beatriz. 2000. *“Desempeño del sector privado de la salud en México”* en Caleidoscopio de la Salud. (México). Volumen 2.

Ross, K. 2001. *“Health tourism: an overview”*. HSMAI Marketing Review en:

< <http://www.hospitalitynet.org/index.html> >. Acceso 18 de Julio del 2014.

Ruelas Barajas, Enrique, *“El camino hacia la certificación internacional de hospitales en México”*. Consejo de Salubridad General.

Sassen, Saskia. 2007. *“Ciudades globales: la recuperación del lugar y las prácticas sociales”* en *Una sociología de la globalización*. Katz Editores, p.p. 125-164.

Sassen Saskia. 2007. *“El reposicionamiento de las ciudades y regiones urbanas en una economía global: ampliando las opciones de política y gobernanza”* en *Eure* (Santiago de Chile), Numero 100, Volumen 23, p.p 9-34. Diciembre.

Silvia Tamez, Claudia Bodek, Catalina Eibenschutz. 1995. *“Lo público y lo privado; las aseguradoras y atención médica en México”*. Departamento de atención a la salud. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco.

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. 2010 *“Cien años de salud pública en México, Historia en Imágenes”*.

Urbina Laza Omayda, Pérez Sánchez América, Delgado Moreno Juana Elsa y Martín Linares Xiomara. 2003. *“El modelo de educación en enfermería y su modelo humanista”*. Escuela Nacional de Salud Pública.

Vargas Hernández, José. *“El Mercado transfronterizo de servicios de salud privados entre Tijuana, México y San Diego, EE.UU”*. Instituto Tecnológico de Ciudad Guzmán.

Zirión, Antonio. 2012 *“La construcción del habitar: transformación del espacio y cultura albañil en la ciudad de México a principios del siglo XXI”*. México. UAM. Juan Pablo editor.

ZODES. La Ciudad de la Salud. 2013. *“Proyectos conceptuales de las anclas”*. Documento de divulgación. Del Gobierno del Distrito Federal. Calidad de Vida, Progreso y Desarrollo para la Ciudad de México S.A de C.V.

ESQUEMAS.

González Flores Mayra Nallely. 2014. *“Ciudad global ciudad transnacional”*
Esquema 1.

González Flores Mayra Nallely. 2014. *“Cadena de valor cadena de saberes”*
Esquema 2.

IMÁGENES.

González Flores, Mayra Nallely. *“Marcha de enfermeras”*. 3 de Diciembre del 2014. México Distrito Federal. Técnica Digital. Archivo de la Autora. Imagen 1.

Anónimo, Enfermera visitadora en la unidad sanitaria cooperativa de tierra blanca. Archivo Fotográfico de la fundación Rockefeller Archive Center. Imagen tomada de *“Cien años de Salud pública en México. Historia en Imágenes”*. Edición a cargo de Gudiño Cejudo, María Rosa, México, Secretaría de Salud. 2010, p. 87. Imagen 2.

Anónimo. Catéter “Cola de cochino”. En <http://www.pronamac.com/curl-cathcateter-peritoneal-espiral-705.shtml>. Acceso 10 de Marzo del 2016. Imagen 3.

González Flores, Mayra Nallely. 2015 “Manual elaborado por las enfermeras del hospital publico” Imagen 4.

MAPAS.

González Flores Mayra Nallely. 2014. *“Hospitales con acreditaciones internacionales”*. Mapa Clúster. Número 1.

González Flores Mayra Nallely. 2014. *“Hoteles que poseen convenios con los hospitales y transportación directa de los pacientes”*. Mapa Clúster. Número 2.

González Flores Mayra Nallely. 2014. *“Laboratorios que poseen acreditaciones y negocios que no están por la Secretaría de Turismo”*. Mapa Clúster. Número 3.

González Flores Mayra Nallely. 2015. *“Conexión que las enfermeras realizan entre el hospital público y privado”*. Mapa Clúster. Número 4.

González Flores Mayra Nallely. 2015. "*Principales estados con farmacéuticas*". Mapa Clúster. Número 5.

Laboratorio PiSA. 2016. "Principales países con presencia de PiSA". Mapa. Número 6.

González Flores Mayra Nallely. 2015. "*Plantas productoras de la farmacéutica PiSA*". Mapa Clúster. Número 6. "*Principales estados con farmacéuticas*". Mapa Clúster. Número 5.