



REFLEXIONES - ENSAYOS

El cuidado en peligro en la sociedad global

The care at risk in global society

*Germán Bes, C., **Hueso Navarro, F., ***Huércanos Esparza, I.

*Profesora Titular. Departamento de Enfermería. Universidad de Zaragoza. **Máster en Ciencias de la Enfermería. Enfermera del Centro de Salud de Cortes de Navarra. ***Doctoranda. Universidad de Zaragoza.

Palabras clave: Cuidado invisible; Globalización; Ética; Género.

Keywords: invisible care, globalization, ethics, gender

RESUMEN

La profunda crisis económica y social de la sociedad global tiene importantes repercusiones en los sistemas sanitarios, dirigidos por élites biomédicas que, bajo el paradigma de la biotecnología, desatienden los cuidados. En nuestro país a las personas dependientes, las altas prematuras y las cirugías mayores ambulatorias se derivan a las familias para ahorrar costes. No se tienen en cuenta que ya no tienen la misma disponibilidad de cuidado que hace unas décadas y que la familia ha cambiado. Esto hace que aumente la demanda domiciliar de enfermería de primaria y que tengan que recurrir, cuando pueden pagarlo, a la contratación de inmigrantes.

Los cuidados se tienden a considerar en su vertiente ética y apenas en su vertiente profesional, debido a la herencia patriarcal que asocia los cuidados al mundo privado, femenino y gratuito. Valores que se han trasladado a la profesión enfermera, en su mayoría femenina y socializada en la subordinación conceptual a la medicina. Se propone investigar sobre el riesgo de la pérdida de los cuidados invisibles o humanizados tanto en la sociedad como en la profesión enfermera, dado que están en crisis de valor, posiblemente, como la propia sociedad.

ABSTRACT

The deep economic and social crisis of global society has important implications for health systems, led by biomedical elites which, under the paradigm of biotechnology, neglect the care of people. In our country, there are increasingly premature hospital discharges and the amount of ambulatory surgery is also rising, which means, people depend in some way on their families to save costs, not to take into account that families no longer have the same availability of care that a few decades ago and that the model has changed. This increases the demand for primary nursing care at home and they have to turn to hiring immigrants when they can afford to. Care tends to be considered from its ethical side and hardly at all from its professional side, due to the patriarchal legacy that links care to the private, feminine and free world. These values have been transferred to the nursing profession. Most nursing professionals are women and they have been educated in conceptual subordination to

medicine. This article proposes investigating the risk of loss of invisible or humanized care in society and in the nursing profession, because nursing is undergoing a crisis of values, possibly like society itself.

INTRODUCCIÓN

La historia de la humanidad ha sido y es un continuo intercambio de mercancías, ideas, instituciones y personas no exento de problemas entre las personas y de estas con la naturaleza. En la actualidad estos intercambios se producen con tal rapidez que resulta difícil asimilar los efectos que producen.

Las consecuencias de la relación entre la globalización y salud no son nuevas, como han puesto de manifiesto los historiadores en los efectos que produjo el contacto entre el Viejo y el Nuevo Mundo. La conquista de América por los europeos arrebató la salud de tres de cada cuatro indígenas¹ ya que los descubridores introdujeron enfermedades como la varicela y la gripe que en algunas zonas llegaron a causar un “holocausto demográfico”. En los últimos treinta años el número de viajeros internacionales se ha triplicado. La Asociación para la Defensa de la Salud pública considera que la facilidad en las interconexiones, potencia el riesgo de que se produzca una globalización de determinadas enfermedades, bien a través del tránsito de personas o de mercancías. El aumento de los viajes internacionales produce cientos de potenciales contactos infecciosos a diario. Incluso los vuelos intercontinentales más largos son más cortos que el período de incubación de cualquier infección humana². Pero el verdadero riesgo de la globalización para la salud son las desigualdades sociales y económicas y la degradación ambiental que estamos ocasionando con las políticas agrotóxicas. En todos los países, existen notables diferencias en cuanto al nivel de salud y enfermedad, entre hombres y mujeres y entre clases sociales. Cuanto más baja es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud.

En los países desarrollados son diversos los factores que hacen que vivamos en una sociedad en la que la frase quizás más frecuentemente pronunciada es “no tenemos tiempo”. La rapidez de las comunicaciones, la gran variedad de estímulos a las que estamos expuestos especialmente por los medios de comunicación de masas, así como la gran competitividad laboral que requiere una permanente actualización forman parte de nuestra percepción de esa falta de tiempo. Nos surgen algunas preguntas básicas que son las que vamos a tratar de explicar y en la medida de lo posible contestar en este artículo. Probablemente a causa de este ritmo de vida, estamos abandonando los cuidados de las personas de nuestro entorno y como consecuencia ¿Están perdiendo valor los cuidados profesionales?, ¿Cuáles serían las causas y en qué medida podemos buscar soluciones? ¿Es el descuido un efecto de la globalización negativa?

DEFINICIÓN DE CUIDADOS

Es frecuente encontrar en los textos sanitarios un uso polisémico de la palabra cuidado ya que tanto se utiliza por quien realiza un ecografía o para aplicar tratamiento de base genética como para la atención a un recién nacido o a un moribundo. Y es que se utiliza como sinónimo de asistencia o atención, lo que requiere aclaración, ya que no es lo mismo hacer una técnica con cuidado que brindar cuidados a las personas en el sentido enfermero.

La enfermera Vera Regina Waldow expresa su concepción del cuidado como “una forma de vivir, de ser y de expresarse, una postura ética y estética, frente al mundo. Es un compromiso de estar con el mundo y contribuir al bienestar general, en la conservación de la naturaleza, en la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de nuestra

espiritualidad, es contribuir a la construcción de la historia y del conocimiento de la vida”³. Cuidar es, en este sentido, una postura ética que acompaña a la atención de las personas en estado de salud y enfermedad.

Se tiende a considerar que tener una postura ética es solo estar dispuesto a querer ser buena persona y por tanto será suficiente la voluntad para cuidar. ¿Es esto realmente así? Desde nuestra experiencia profesional como enfermeras pensamos que cuidar requiere de una formación específica que comprende al menos dos etapas y niveles, uno básico que es el que aprendemos en nuestra familia, en la escuela y en la sociedad en la que nos socializamos, y el especializado que adquirimos en el aprendizaje profesional.

Nuestras hipótesis son que ambos niveles formativos pueden estar en crisis debido a la forma en que estamos viviendo y enfrentando la globalización. Una segunda hipótesis es que los cuidados han estado y en gran parte lo siguen estando asociados a las mujeres como parte inherente a su desempeño femenino, en el ámbito privado y de forma gratuita, por lo que al, no ser un valor de mercado, no ha tenido buen reconocimiento social y apenas han sido investigados. La tercera hipótesis es que podría estar dándose un fenómeno en la sociedad al igual que observamos en la enfermería y es el siguiente: al no reconocerse el trabajo del cuidado humano o invisible, las y los enfermeros tienden a la realización de las acciones técnicas y las jóvenes tienden a elegir los trabajos donde obtienen mayor reconocimiento.

Lo que hoy día entendemos por “globalización” o “mundialización”⁴ hace referencia a los cambios en las economías nacionales, cada vez más integradas en sistemas sociales abiertos e interdependientes, sujetos a los efectos de libertad de los mercados, las fluctuaciones monetarias y los movimientos especulativos del capital.

A partir de la década de los 90, con la expansión de internet y del neoliberalismo económico a nivel mundial, se ha conseguido imponer un totalitarismo económico, cultural, tecnológico o “globo totalitarismo”⁵.

Es un proceso que presenta contradicciones ya que, por un lado, puede ser oportunidad para la unión del ser humano a través de redes que favorezcan la solidaridad y el intercambio de conocimientos. Por otro, puede ser un fenómeno devorador que sólo contribuye a aumentar las diferencias entre ricos y pobres que impactan en la salud de las poblaciones a escala planetaria, ya que, la prepotencia económica y técnica de algunos países ha desencadenado una crisis económica y socio-ambiental a nivel mundial. De momento, la globalización está propiciando una crisis de solidaridad, a partir de la ruptura de algunos valores que hacen aumentar las desigualdades sociales y entre los países. Es por ello que los ciudadanos se ven obligados a emigrar, dejando parte de su familia, a veces sus propios hijos pequeños, en su país de origen y establecerse en otros destinos, en los que con frecuencia son humillados, rechazados, explotados laboralmente y obligados a vivir en condiciones indignas. Tanto que parecen neoesclavos, sobre todo los inmigrantes ilegales que trabajan en economía sumergida en países desarrollados.

Las políticas neoliberales que nos han impuesto los mismos artífices de la crisis económica actual, son las que dictan a los gobiernos medidas para paliarla, parece que pretenden agrandar, más si cabe, la gran brecha que distancia a los ricos de los pobres. Pues estas medidas implican reducir, cuando no eliminar, prestaciones sociales que garantizaban el estado del bienestar, basado en un principio de solidaridad entre las personas.

EFFECTOS DE LA GLOBALIZACIÓN EN LA SALUD

En los países desarrollados se ha conseguido alargar la vida obteniendo expectativas medias de 80 años; los *media* divulgan implícitamente la idea de que todo o casi todo se puede curar con las nuevas tecnologías aplicadas a la medicina, de tal forma que se puede estar creando “la ilusión” de que estamos cerca de lograr la inmortalidad. Mientras, en otras zonas del mundo, un tercio de la humanidad vive con menos de un dólar al día; en 2010, cada 5 minutos murió de hambre un niño menor de 10 años y los que sobreviven, por sus condiciones de pésima salubridad, cobijo y alimentación, tienen unas expectativas de vida similares a las de la Edad Media Europea. Millones de personas tienen dificultad de acceso a los medicamentos debido a la política de patentes y el alto coste de estos, lo mismo ocurre con la tecnología médica (una de las vías preferentes para la circulación de capitales) que a escala global promueve el *apartheid* tecno-social: un abismo entre quienes tienen acceso a las nuevas tecnologías y los que se quedan fuera ⁶.

El informe de la OMS de 2008 habla de justicia social, término que se refiere a aquello que afecta al modo de vivir de la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura. Las prioridades más acuciantes de la humanidad son erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA) y otras enfermedades, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

Los efectos de la globalización en la salud se producen tanto en los países empobrecidos –o en desarrollo– como en los desarrollados. En estos últimos, la crisis del estado de bienestar tuvo sus precedentes en la última década del siglo XX, con los informes del gobierno de Thatcher en Inglaterra y el Informe Abril en España, gobernando todavía Felipe González^{7,8,9}. Ambos pusieron el énfasis en la rentabilidad económica del sistema público de salud, introduciendo medidas de mercado interno que no parece que hayan tenido demasiado éxito a la vista de los debates actuales sobre la sostenibilidad del sistema sanitario. A ello hay que sumar la irrupción de las nuevas biomedicinas cuyo foco de atención es la solución de un problema más que averiguar sus causas. La escasísima investigación con fuentes públicas y las relaciones de ciertas élites médicas y sus vínculos con la industria farmacéutica nos introducen en un círculo vicioso económico en el que la mayor parte de la industria farmacéutica va a priorizar sus intereses económicos por delante de los intereses de la comunidad¹⁰. Además, con frecuencia, utilizan el marketing para crear nuevos temores en la población ante nuevas enfermedades a la vez que se lanzan mensajes dando a entender que siempre hay medicamentos para resolver cualquier enfermedad¹⁰

Este paradigma de la tecno-medicina requiere centros hospitalarios cada vez más costosos, en los que en la distribución de los mermados presupuestos para ahorrar costes, priman la alta tecnología en detrimento de la plantilla de enfermería que se ve reducida. Las pésimas políticas de contratación de personal de enfermería que se caracterizan por: el no reconocimiento de especialización, movilidad de servicios, la precariedad, tiempos parciales de días y hasta una hora al día. Contratos precarios que ponen en riesgo a las personas que atienden y a la propia salud de los profesionales que se enfrentan a servicios desconocidos. Estas condiciones, con frecuencia, perduran durante más de una década, lo que lleva a las enfermeras y enfermeros españoles a emigrar a países donde se sienten más respetados^{11,12,13}

Por otra parte, también se trata de acortar la estancia en el hospital², se dan altas prematuras, surgen nuevas modalidades de atención como las unidades de hospitalización

a domicilio y de cuidados paliativos en domicilio^{14,15,16}, y de cirugía mayor ambulatoria^{17, 24} que suponen un doble efecto en los cuidados. Por un lado, estas políticas están desplazando el cuidado, con lo que los hospitales se están convirtiendo cada vez más en unidades de diagnóstico y tratamiento, con pocas posibilidades para cuidar.

Y por otro lado, el cuidado se ha trasladado al ámbito del domicilio, lo cual tiene dos principales repercusiones: el elevado coste de tiempo familiar y el aumento de la dedicación de la enfermería de atención primaria, que ve incrementada la demanda de este tipo de enfermos, así como del seguimiento de pacientes crónicos.

Es reseñable que el 88% del cuidado recae en el ámbito familiar y que en su mayoría sigue realizándose por mujeres^{18,19,20,21}. Pero el modelo de familia tradicional patriarcal en el que se basan los cuidados apenas existe en la actualidad; los modelos de familia están cambiando y cada vez hay menos disponibilidad de personas cuidadoras dentro del propio núcleo familiar.

El 50% de las mujeres, lógicamente adultas, trabajan fuera de casa. Además España tiene una de las tasas de natalidad más bajas del mundo 1,4 hijos por mujer. Por tanto, hacerse cargo de la crianza, de los cuidados de mayores, crónicos y dependientes y además de las altas prematuras hospitalarias es una ilusión, que puede llegar a generar lo que Marcela Lagarde²² llama “descuido” de los enfermos y de sus cuidadores. Esto se percibe en las altas tasas de ansiedad que sufren los cuidadores^{23,25}.

La disminución de mujeres del entorno familiar que asuman los cuidados de los diferentes miembros de su familia, está produciendo un aumento de los flujos migratorios implicados en el cuidado, siendo las cuidadoras tradicionales sustituidas por trabajadoras inmigrantes^{26,27}. Trabajo que se está realizando en forma de economía sumergida, sin ningún requisito de cualificación, y en condiciones también precarias^{28, 29}. La puesta en marcha de la Ley de Dependencia en 2007, suponía que iba a ser un gran avance, en cuanto que reconocía la labor de las mujeres como cuidadoras, pero apenas iniciada su aplicación, ha visto sus recortes debido a la crisis económica provocada por las grandes entidades financieras que han recibido mucho más dinero que el que se ha retirado a las políticas sociales.

Somos conscientes de que la sociedad actual debe hacer frente a nuevos retos que el fenómeno de la globalización ha agravado. En primer lugar, cómo afrontar la atención de una población envejecida que conlleva cada vez mayor prevalencia de discapacidad, sobre todo en los colectivos más desfavorecidos, entre otros, las clases sociales con ingresos más bajos y las mujeres, por su mayor expectativa de vida^{30,31} y por otros motivos, como la discriminación por razón de género. En la última década, diversos estudios realizados con enfoque de género nos han mostrado que existen diferencias en la disponibilidad de alta tecnología médica, de la que los hombres son los que más se benefician, pues acceden antes a los medios diagnósticos y terapéuticos^{32,33,34,35,36,37,38}.

En segundo lugar, en la última década, España se ha convertido en un país de acogida de gran número de inmigrantes. Según el censo del 2009, el 12% de los residentes en España era de nacionalidad extranjera³⁹. El hecho de tener acceso libre a los servicios sanitarios hace que los consulten con frecuencia, por lo que algunos sectores les acusan de colapsar el sistema sanitario y de importar todo tipo de enfermedades¹, lo que no se refleja en la sociedad. Lo que sí es un hecho es que su salud se ve más afectada a causa de desigualdades, por diferencias culturales, socio-laborales, legislativas, económicas e idiomáticas⁴⁰.

En tercer lugar, la globalización también ha contribuido al aumento de la exportación legal e ilegal de bienes, como drogas y tabaco⁴¹. Observamos que entre los jóvenes la mortalidad y discapacidad va en aumento, debido sobre todo a accidentes de tráfico y enfermedades como el SIDA, relacionadas con el uso de drogas por vía parenteral o trastornos mentales por el abuso de otros tipos de drogas^{42,43}

Finalmente, cada vez más, esta larga crisis económica global afecta en España a miles de familias que pierden su vivienda y su trabajo, lo que les lleva a la desesperación y altera su estado de salud, en un aumento de ansiedad y de depresión crecientes⁴⁴.

EL RETO DEL CUIDADO

El humanista brasileño Leonardo Boff considera que vivimos tiempos de impiedad debido al abandono de niños, ancianos, pobres y excluidos, soledad de los adolescentes..., “en fin, en el abandono del sueño de la generosidad y la solidaridad, en la concentración individual y el abandono de la cosa pública...”⁴⁵. Las enfermeras lo observamos en nuestro entorno y la cuestión que se nos plantea es: ¿Se está produciendo una crisis de civismo generalizada? Si es así, esta crisis del cuidado es un reto para las enfermeras⁴⁶.

M^a Françoise Colliere⁴⁷ habló a finales del siglo XX de la necesidad de recuperar el sentido original del cuidado. A ella corresponde la frase “A veces, con frecuencia, se puede vivir sin tratamiento pero no se puede vivir sin cuidados”. El cuidado es un acto de relación entre seres humanos, el estar con el otro es lo que da sentido a la vida humana.

Enfermeras como, Watson, Leininger en EE.UU., y Vera Regina Waldow en Brasil, señalan el cuidado del ser humano en su complejidad, como objeto epistemológico de la enfermería, comprendido como un cuidado que rompe con la fragmentación cuerpo/mente, normal/patológico; un cuidado integrador, humanizado, favorecedor de una vida mejor y más saludable^{3,48,49}. Para Waldow, es la más bella de las artes, pues no hay nada más bello, que ser capaz de facilitar la vida humana.

Los límites académicos que la enfermería española ha tenido hasta hace poco, le han impedido investigar sobre el tema, de manera que hasta ahora ha sido casi imposible hacer investigaciones sobre los cuidados y su importancia y repercusión en la vida de las personas.

Son incipientes los trabajos publicados por el experto en bioética, Francesc Torralba i Roselló^{50,51}, y los últimos trabajos publicados de Germán y Hueso⁵², Jorcano⁵³, Huércanos⁵⁴ en nuestro entorno más cercano, los cuales tratan de dar identidad a los “cuidados invisibles”, describiendo varias dimensiones y probando algunos instrumentos de medida.

Los “cuidados invisibles” implican que las enfermeras deberemos de ser excelentes al establecer la relación del cuidado con las personas, desarrollando habilidades de ayuda, personalizando el cuidado, logrando confianza, tranquilidad, y seguridad por parte de las personas cuidadas. Favoreciendo el empoderamiento para enfrentarse a los retos que la salud, la dolencia o la enfermedad plantean a las personas y sus familias. Porque los cuidados profesionales se dan en todas en las etapas de la vida, como son las de nacer, crecer, madurar, envejecer y morir. Todo ello con una gran dosis de privacidad o intimidad, afecto y serenidad para lograr la mayor autonomía y calidad de vida posible.

Debemos saber escuchar, tocar, dar ánimo y alegrar si se puede, acompañar, reemplazar y sufrir con el otro. Ofreciendo nuestra disponibilidad, con nuestra presencia y vigilancia, pero

a la vez mostrando respeto y preservando su intimidad. Procuramos dar el máximo confort, lo que incluye el alivio del dolor y siempre ofreciendo la posibilidad de aprender, para recuperar o mejorar su capacidad de autocuidado, su autonomía y su seguridad clínica^{55,56,57,58,59,60,61,62}.

El cuidado se construye en las interrelaciones humanas comprendiendo la importancia de principios y valores tales como tolerancia, cooperación, humildad, respeto y justicia, sin los cuales la vida social se extinguiría. El cuidado permite la revolución de la ternura al dar prioridad a lo social sobre lo individual y al orientar el desarrollo hacia la mejora de la calidad de los seres humanos y de los demás organismos vivos. El cuidado hace que surja un ser humano complejo, sensible, solidario, amable y conectado con todo y con todos en el universo. Sin el cuidado el ser humano se volvería inhumano.

La profesión enfermera tiene el deber político y el compromiso social de influir y participar activamente de las políticas sanitarias y sociales para hacer una adecuada redistribución de los recursos. Nos sumamos a la idea de que los cuidados son un derecho universal y debemos crear las condiciones para que eso sea factible. ¿Es posible cuidar sin tener intención de hacerlo? Si cuidar se entiende solo como un servicio al modo en que lo hacían los esclavos, hoy en día, un robot podría hacerlo de manera más económica. Sin embargo, cuidar tal y como lo enunciamos, requiere una intención y una formación.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La crisis económica en esta sociedad globalizada, está afectando a los más desfavorecidos, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. En los países desarrollados los grupos élites, bajo la presión de las grandes empresa multinacionales que controlan la investigación y el mercado de productos sanitarios, pueden estar desestabilizando el sistema sanitario público por una mala gestión de sus responsables políticos. La política de contratación de personal de enfermería es la peor que se ha vivido nunca y está fomentando malestar y emigración. La gestión de ahorro de costes con altas prematuras, afecta sobre todo a las familias que se ven obligadas a contratar a inmigrantes, y afecta asimismo al personal de enfermería de atención primaria, que ve aumentar su demanda de cuidados domiciliarios, a veces en familias con gran precariedad social. La incipiente Ley de Dependencia, al igual que prestaciones sociales frente al desempleo y el ya desaparecido “cheque bebé”, sin desmerecer su utilidad, dejan desasistidas a numerosas familias dando lugar a un gran riesgo sanitario.

El tema de los cuidados humanizados o invisibles que comportan una buena dosis de ética apenas se han comenzado a estudiar. Esto se debe a la historia social del cuidado, asociado a su estrecha relación con el género y la economía privada. Cuidar ha sido financieramente gratis, ya que se ha realizado por las mujeres durante milenios en el ámbito doméstico. La profesión enfermera muy sesgada por la influencia de género, caracterizada por la subordinación y la sumisión histórica apenas está en los lugares donde se toman las decisiones. La enfermera Denise Gastaldo et al.⁶³ han denominado a esto “anorexia de poder”.

La filósofa Nancy Frazer⁶⁴ propone tres dimensiones: redistribución, reconocimiento y representación, para analizar los procesos de invisibilidad social. Es necesario seguir investigando acerca de la influencia del género en el valor de los cuidados desde las diversas perspectivas, en particular, desde la teoría de la complementariedad en la que mujeres y hombres son iguales en unas cosas y diferentes en otras.

Si las enfermeras no están bien retribuidas, con malas condiciones laborales y su identidad social es la de meros ayudantes auxiliares, probablemente se deteriorarán cada vez más los cuidados. Sería deseable que las enfermeras y enfermeros nos involucráramos más en las políticas públicas que contemplen más espacio para los cuidados humanizados.

Para terminar, ahora que las enfermeras tenemos oficialmente la posibilidad de investigar, ya que acabamos de lograr el derecho académico a hacerlo, es imprescindible disertar sobre la distribución de los recursos dedicados a la investigación. Los grupos científicos que determinan la distribución de recursos para la investigación están constituidos únicamente por personas con alto nivel y mucho nos tememos que con un pensamiento muy influenciado por la tecno-medicina. Con frecuencia, se comenta en el ámbito profesional que carecemos de interlocutores para discutir los objetivos y la relevancia social de la investigación enfermera. ¿Será porque no tiene como propósito central lograr productos patentables?

BIBLIOGRAFÍA

1. Roca Saumell C. Enfermedades importadas en inmigrantes: mito y realidad. Anales Sis San Navarra 2006, 29 (1)
2. Sánchez Bayle Marciano(coord), Alguacil Gómez Julio, Benito Diego Gregorio, Cejudo Reverte, Homedes Nuria, Lethbridge Jane, García Manuel Martín, Navarro Vicente, Palomo Luis, Ponte Carlos, Ugalde Antonio, Uría Serrano Juan Luis. Globalización y salud 2009. Madrid: Unigráficas GPS; 2009 Disponible en: <http://www.nodo50.org/fadsp/pdf/globalizacion%20y%20salud.pdf>. [Consultado el 18-1-2011]
3. Waldow Vera Regina. Nuevas ideas sobre el cuidado. Aquichán 2008, 8(1): 85-96.
4. Soler F. Mundialización, globalización y sistema capitalista. Universidad Valencia. Disponible en: cci.net/globalizacion/2001/fg155.htm - Autores como el sociólogo Ulrich Beck y varios enfermeros entre ellos Manuel Amezcua han desarrollado el término de Glocalización como una combinación para estudiar la influencia de la cultura local en la sociedad global y proponiendo una metodología cualitativa.
5. Tendler S. Encontro com Milton Santos o mundo global visto do lado de cá [videocassete]. Caliban Produções Cinematográficas; Río de Janeiro (Brasil) 2006. Citado por: Angel Vargas Liliانا, Torres Andrés Juan Pablo, Fonseca Veloso de Oliveira Thaís. Las relaciones entre Globalización, Medio Ambiente y Salud: Retos para la enfermería en el siglo XXI. Index Enferm [revista en la Internet]. 2010 Sep [citado 2011 Abr 11]; 19(2-3): 152-156. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200018&lng=es.
6. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud subsanar las desigualdades en una generación e la Salud. Ginebra: OMS; 2008
7. Ponte Mittelbrum C. Neoliberalismo en España: efectos sobre el sistema de salud en Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Globalización y salud. Disponible en: <http://www.nodo50.org/fadsp/pdf/globalizacion%20y%20salud.pdf> Consultado el 18-1-2011
8. Palomo L. Fundamentos de la globalización y de sus efectos sobre la salud en: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Globalización y salud. Consultado el 18-1-2011. Disponible en: <http://www.nodo50.org/fadsp/pdf/globalizacion%20y%20salud.pdf>. Consultado el 18-1-2011
9. González Guzmán Rafael. La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Medicina Social 2009; 4(2): 135-143. Disponible en: <http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/view/315/652>

10. Blech Jörg. Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes. Madrid: Destino; 2005.

Ver también la bibliografía de Miguel Jara, periodista especializado. Dentro de poco se espera la publicación de su último libro: Los laboratorios de médicos. O sus anteriores: La salud que viene. Los traficantes de salud.

11. Germán Bes Concha. Enfermera sí pero no así. *Mujer y Salud* 2010; 27-28:23-26

12. Mostazo Serralvo FJ. Emigración enfermera. *Arch Memoria* [en línea] 2006 [Consultado el 22 de junio de 2007]; 3(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/3/n40602.php>

13. Buchan J, Sochalski J. Migración de personal de enfermería: tendencias y políticas. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* [en línea] 2004 [Consultado el 11 de enero de 2011] Disponible en:

<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/8/buchan0804abstract/es/index.html>

14. González Ramallo VJ, Valdivieso Martínez Bernardo, Ruiz García Vicente. Hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (17): 659-64

15. Canal Sotelo J, Lara Nieto JM, Martins Toló E. Atención a enfermos paliativos oncológicos en el domicilio: visión desde una unidad de emergencias médicas. *Medicina paliativa* 2008; 15(4): 196-199

16. Varela YA, Rodea AS, Álvarez MP. Relación de la calidad de vida con diferentes modelos de atención domiciliaria en enfermos oncológicos terminales. *Rev Esp Salud Publica* 2003; 77(5): 567-579

17. Rodríguez Reyes Juana, Alonso Romero Juana, Lobo Díaz Isabel M^a, Ruiz Sánchez Sonia; Muñiz Santos Gema, Robledo Cárdenas Fernando J. Actividades de cuidados en la Unidad de cirugía mayor ambulatoria del Hospital de Riotinto (Huelva, España). *Doc Enferm* 2009; 12(36): 28-29

18. Germán Bes Concha. Enfermera sí pero no así. *Mujer y Salud* 2010; 27-28: 23-26

19. Izquierdo M.J. Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. En "Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado". Emakunde SARE; 2003

20. La Parra D. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gaceta Sanitaria*. 2001; 15: 498-505.

21. Francisco del Rey Cristina, Mazarrasa Alvear Lucía. Cuidados informales. *Rev Enferm* 1995; 18 (202): 61-65

22. Lagarde Marcela. Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. "Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado". Emakunde SARE; 2003. P.1-5

23. Serrano MSM. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria*. 2003; 32:77-83. Germán Bes Concha. Enfermera sí pero no así. *Mujer y Salud*. 2010; 27 y 28:23-26

24. Romero Ruiz, Adolfo. Manejo del paciente de cirugía ambulatoria. *Enferm Clínica* 2008 ene-feb 18(1):53-54

25. Germán Bes Concha y Hueso Navarro Fabiola. El mandato de género en los cuidadores de alta dependencia y larga duración. VI^o Congreso de la Sociedad Iberoamericana de Ciencia, tecnología y género. La Habana 2008. Acta del congreso.

26. Martínez Raquel. El cuidado de ancianos: un nicho laboral para mujeres inmigrantes y un reto de gestión para las entidades del tercer sector. *Revista Española del Tercer Sector* 2006; 4: 99-127. Disponible en:

http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=EJEMPLAR&revista_busqueda=10949&clave_busqueda=166271

27. Rogero García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev Esp Salud Pública 2009; 83(3): 393-405
28. Casado Mejía Rosa. Cuidadoras Inmigrantes Familiares. ¿Oportunidad de crecer en la calidad del cuidado y la salud o nuevas formas de desigualdad? [Tesis Doctoral] Universidad Sevilla; 2008
29. Martínez Buján Raquel. Política social, migración internacional y trabajo de cuidados. El caso español. Disponible en: www.espanet-spain.net/congreso2009/archivos/ponencias/TP11P13.pdf [Consultado el 20 de enero de 2011]
30. Solsona M, Viciano Francisco. Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio. Gac Sanit 2004; 18 (1): 8-15
31. Jiménez EG. Necesidades y demandas actuales de la población mayor. Repercusiones en el espacio domiciliario. Gerokomos 2001; 12 (2): 52-8
32. De Torres Tajés JP, Ciro Casanova M. EPOC en la mujer. Arch Bronconeumol 2010; 46: 23-27.
33. Carrasco-Portiño Mercedes, Ruiz Cantero M^a Teresa, Fernández Sáez José, Clemente Gómez Vicente, Roca Pérez Victoria. Desigualdades en el desarrollo geopolítico de género en España 1980-2005. Un determinante estructural de la salud. Rev Esp Salud Pública 2010; 84(1): 13-28
34. Ruiz-Cantero María Teresa, Verdú-Delgado María. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gac Sanit [en línea] 2004 [consultado el 13 de enero de 2011]; 18(1): 118-125. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv18s1/03sesgo.pdf>
35. Monteagudo-Piqueras Olga, Sarriá-Santamera Antonio. Diferencias entre varones y mujeres respecto a la mortalidad hospitalaria y la utilización de procedimientos en el infarto agudo de miocardio. Gac Sanit [revista en Internet] 2006 [citado 2011 Ene 17]; 20(1): 77-78. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000100015&lng=es
36. Calvo-Embuesa R., González-Monte C., Latour-Pérez J., Benítez-Parejo J., Lacueva-Moya V., Broch-Porcar M.J. et al. Desigualdad de esfuerzo terapéutico en mujeres con infarto agudo de miocardio: 10 años después. Med Intensiva [revista en Internet] 2008 [citado 2011 Ene 17]; 32(7): 329-336. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912008000700002&script=sci_arttext
37. Marrugat J et al. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares. Rev Esp Card 2006; 59(3): 264-74.
38. Velasco Laiseca J. Sexo, género y salud. Educare21 [edición digital] 2006 [acceso 17 de enero de 2011]; 36. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare>
39. Desconocido. Wikipedia. [Enciclopedia digital]. Inmigración en España. <http://es.wikipedia.org/>
40. Solé M, Rodríguez M. Disparidades entre inmigrantes y nativos en el impacto de las condiciones laborales en la salud. Gac Sanit 2010; 24(2):145-150
41. Aguirre M. La globalización en el espejo de la salud. El País. 18 04 2001; Pág. 12.
42. Del Rio MC. Alcohol, jóvenes y accidentes de tráfico de tráfico. Trastornos adictivos 2002; 4(1):20-27
43. Gómez Redondo R. Vejez prolongada y juventud menguada. Tendencias de la esperanza de vida de la población española 1970-1990. Reis 1995; 71-72: 79-108
44. Bassi C. Los efectos psicológicos del desempleo. Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/>
45. Boff Leonardo. El cuidado esencial. Madrid: Trotta; 2002

46. Do Prado, Marta Lenise, Chmidt Reibnitz Kenya. Salud y globalización: retos futuros para el cuidado de enfermería. Invest Educ Enfermería 2004; 22 (2): 104-111
47. Collière M^a Françoise. Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero. Notas de Enferm 1991; 1: 53-66
48. Waldow Vera Regina, Borges RF. El proceso de cuidar según la perspectiva. Rev Latino-am Enfermagem 2008 julho-agosto; 16(4) Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
49. Waldow Vera Regina. Nuevas ideas sobre el cuidado Aquichan 2008; 8(1): 85-96
50. Torralba i Roselló Francesc. Antropología del cuidar. Institut Borja de Bioética, Editado por Fundación MAPFRE Medicina, España, 1998, p.131
51. Torralba i Roselló Francesc. ¿Que es la dignidad humana? Ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris. Institut Borja de Bioética. Universitat Ramon Lull. Barcelona: Herder, 2005, p. 152.
52. Germán Bes Concepción, Hueso Navarro Fabiola. Cuidados humanizados, enfermeras invisibilizadas. Rev Paraninfo Digital 2010; 9.
53. Jorcano Lorén Pilar. La comunicación no verbal: un reto en los cuidados enfermeros de calidad. Biblioteca LasCasas [online] 2005 [13 de enero de 2010]; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0017.php>
54. Huércanos Esparza, Isabel. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Biblioteca LasCasas [online] 2010 [13 de enero de 2010]; 6(1). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php>
55. Báez-Hernández Francisco Javier, Nava-Navarro Vianet, Ramos-Cedeño Leticia, Medina-López Ofelia M. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichán 2009; 9(2):127-134
56. Hernández Martínez Rafael, Carrillo Hidalgo Dolores, Barber María Virginia, Codern i Bové Núria. La relación enfermera-paciente en la atención primaria de salud. Un estudio cualitativo. Rev Paraninfo Digital, 2008; 5.
57. Santos CCV, Shiratori K. Comunicación no verbal: su importancia en los cuidados de enfermería. Enferm Global [Edición digital] 2008 [Acceso el 17 de enero de 2011] 12. Disponible en: <http://www.revistas.um.es/eglobal/article/download/912/902>
58. Mejía Lopera María Eugenia. Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. Index Enferm 2008; 17(4): 231-235
59. Baggio MA. O Significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. Revista Electrónica de Enfermería 2006; 8(1): 9-16. Disponible en: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm
60. Varela Curto M^a Dolores, Sanjurjo Gómez M^a Lourdes, Blanco García, Francisco J. El lenguaje de los cuidados. Enfuro 2009; 3(111):8-10
61. Heluy de Castro C, Efigênia de Faria T, Felipe Cabañero R, Castelló Cabo M. Humanización de la Atención de Enfermería en el quirófano. Index Enferm 2004; 44-45.
62. Rodrigues N. Educação: da formação humano à construção do sujeito ético. Educação e Sociedade 2001; 76: 232-257.
63. Lunardi Valéria, Peter Elisabeth, Gastaldo Denise. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. Enferm Clin 2006; 16(5): 268-274.
64. Fraser Nancy. Escalas de justicia. Barcelona: Herder. 2008.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia