

Ramiro Altamira-Camacho^{1a}

¹Fundación Índex, Área de Documentación, Grupo Nodal Transdisciplinario para la Investigación en Salud, Cuidado y Tecnología (G-NTISCyT Lab). Granada, España

Doi: 10.5281/zenodo.23165380

ORCID

0000-0003-3403-6901^a

Palabras clave (DeCS):

Enfermería
Cuidado de la Salud
Justicia Social
Autonomía Profesional
Investigación en Enfermería

Keywords (DeCS):

Nursing
Health Care
Social Justice
Professional Autonomy
Nursing Research

Correspondencia:

Ramiro Altamira Camacho

Correo electrónico:

ramiroaltamira@correo.ugr.es

Fecha de recepción:

21/08/2026

Fecha de aceptación:

01/09/2026

Resumen

La enfermería contemporánea ha alcanzado una importante consolidación como disciplina científica y profesión del cuidado. Sin embargo, esta consolidación no resuelve por sí misma una cuestión más profunda: qué significa ejercer autonomía cuando los problemas de salud, las instituciones y las prácticas de cuidado se encuentran cada vez más mediados por tecnologías, protocolos, indicadores y modelos de conocimiento producidos en contextos diversos. Este editorial propone comprender la autonomía de la enfermería como capacidad para formular preguntas propias, producir conocimiento, ejercer juicio y participar en las decisiones que afectan al cuidado.

La vigilancia epistémica permite interrogar críticamente los conocimientos que se presentan como universales y recuperar la importancia del contexto, la experiencia y los saberes históricamente marginados. El cuidado adquiere así una dimensión científico-política: científica, porque requiere conocimiento disciplinar y juicio profesional; política, porque se relaciona con la dignidad, la vulnerabilidad, los derechos y las condiciones sociales en las que transcurre la vida. Se plantea, finalmente, que el desafío contemporáneo consiste en impedir que la tecnologización y la científicidad de la evidencia determinen por sí mismas qué puede ser reconocido como cuidado.

Abstract

Contemporary nursing has achieved significant consolidation as a scientific discipline and a caring profession. Yet this consolidation does not by itself resolve a deeper question: what does autonomy mean when health problems, institutions, and caring practices are increasingly mediated by technologies, protocols, indicators, and knowledge models produced in diverse contexts? This editorial proposes understanding nursing autonomy not merely as professional independence, but as the capacity to formulate its own questions, produce knowledge, exercise judgment, and participate in decisions affecting care.

Epistemic vigilance makes it possible to critically examine knowledge presented as universal and to recover the importance of context, experience, and historically marginalized forms of knowledge. Care thus acquires a scientific-political dimension: scientific because it requires disciplinary knowledge and professional judgment; political because it is connected to dignity, vulnerability, rights, and the social conditions in which life unfolds. Finally, the editorial argues that the contemporary challenge is not to reject technology or evidence, but to prevent them from determining by themselves what may be recognized as care.

¿Qué significa ser enfermería hoy?

Quizá una de las preguntas más difíciles que puede formularse una disciplina es aquella que, a primera vista, parece innecesaria: ¿qué somos? La enfermería lleva décadas construyendo respuestas a esta interrogante. Ha desarrollado teorías, modelos conceptuales, programas de investigación, formación doctoral, revistas especializadas y espacios propios de producción científica. Ha dejado de ser entendida exclusivamente como una actividad auxiliar para reconocerse como disciplina y profesión, con un campo de conocimiento relacionado con el cuidado humano.^{1,2,3,4}

Sin embargo, la consolidación institucional de una disciplina no equivale necesariamente a su autonomía. Una profesión puede disponer de universidades, revistas, programas doctorales y cuerpos académicos, y, al mismo tiempo, continuar utilizando categorías que otros han definido para interpretar su realidad. Puede producir investigación y, sin embargo, investigar predominantemente las preguntas que ya han sido formuladas desde otros lugares. Puede contar con protocolos y tecnologías cada vez más sofisticadas y, paradójicamente, tener menos capacidad para decidir qué aspectos del cuidado no pueden reducirse a un protocolo.

Por ello, preguntar por la *enfermería hoy* exige algo más que enumerar los avances alcanzados; obliga a interrogar sobre el conocimiento que se produce, desde dónde se produce y para qué se utiliza. Así, la cuestión de la autonomía deja de ser exclusivamente profesional y se convierte también en una cuestión científica, epistemológica y política. Por supuesto, la enfermería necesita conocimientos provenientes de otras disciplinas; de otro modo, el cuidado de la salud sería difícilmente comprensible sin la contribución de las ciencias biológicas, sociales, humanas y tecnológicas.

El problema no reside en esta interdependencia. Una disciplina madura no es aquella que se aísla, sino aquella capaz de dialogar con otros saberes sin perder la capacidad de formular sus propias preguntas. Por tanto, la autonomía científica no consiste en reclamar un territorio intelectual impermeable, sino en poder decidir qué problemas del cuidado merecen ser pensados, investigados y transformados desde la perspectiva disciplinar de la enfermería.^{2,3} Con esto, es importante reconocer, con humildad, que la enfermería no es ni la “*ciencia del cuidado*” ni “*la profesión más antigua e importante de la historia*”.

Aquí es donde adquiere sentido una distinción que puede parecer terminológica, pero que encierra una cues-

tión de fondo: *no es exactamente lo mismo hablar de una “enfermería científica” que de una “ciencia de enfermería”*. La primera expresión describe una práctica que incorpora resultados producidos por la ciencia; la segunda plantea la existencia de una disciplina capaz de generar conocimiento acerca de fenómenos que reconoce como propios.¹

La diferencia no es menor; en el primer caso, la enfermería aparece principalmente como usuaria competente del conocimiento disponible; en el segundo, como sujeto productor de conocimiento. Por ejemplo, la investigación clínica se presenta como un conocimiento que emerge de la ciencia básica de enfermería y se retroalimenta en la ciencia aplicada. La pregunta por la autonomía comienza precisamente ahí.

Producir conocimiento para poder decidir

La autonomía disciplinar no se alcanza proclamándola. Requiere instituciones, investigadores, teorías, comunidades académicas y espacios donde el conocimiento pueda ser discutido y legitimado. Las teorías de enfermería han constituido una de las principales expresiones históricas de este esfuerzo por construir una mirada propia sobre el cuidado.^{3,4} No significa que todas las teorías deban ser exclusivas de la enfermería, ni que el conocimiento disciplinar pueda desarrollarse al margen de otras ciencias. Significa que la disciplina necesita conservar la capacidad de construir conceptos y explicaciones que permitan interpretar problemas que no quedan suficientemente representados cuando el sujeto es reducido a un diagnóstico (o etiqueta), un órgano o un resultado clínico.

Esta cuestión adquiere una relevancia singular en la formación de posgrados. El crecimiento de los programas de doctorado en enfermería en Iberoamérica representa una oportunidad para fortalecer la investigación y la capacidad de liderazgo académico, pero su existencia no garantiza por sí misma una mayor autonomía.⁵ Un doctorado puede reproducir preguntas, categorías y modelos de investigación ya establecidos o puede convertirse en un espacio para interrogar críticamente aquello que la disciplina ha aceptado como dado. La diferencia es sustancial.

La formación doctoral tiene valor disciplinar cuando, además de construir investigadores expertos en aplicar métodos, también permite problematizar los objetos de conocimiento. La autonomía científica comienza antes de la elección del método: comienza cuando una comunidad disciplinar puede decidir qué pregunta merece ser formulada. En este sentido, producir conocimiento propio no

significa rechazar el conocimiento producido en otros campos, sino dejar de asumir que todo problema del cuidado debe ser definido desde categorías externas.^{5,6} Observemos, por un lado, que la enfermería se ha emancipado de estructuras disciplinares objetivadoras biomédicas; por el otro, desubjetiva los procesos psíquicos repitiendo estructuras de la psicología. Pensemos: ¿cuáles han sido los problemas reales de la sociedad a los que se han dado respuesta desde los programas de doctorado? De los cuales hay cada vez más egresados de estos posgrados.

Esta capacidad también tiene consecuencias profesionales. El juicio enfermero difícilmente puede ser plenamente autónomo cuando las categorías mediante las cuales se interpreta la realidad, los criterios con los que se considera válida una evidencia y los problemas que merecen investigación han sido establecidos sin la participación suficiente de quienes cuidan (que no son solamente enfermeras). La implementación de evidencias muestra, precisamente, que entre producir conocimiento e incorporarlo a la práctica existe una distancia que no puede resolverse mediante la simple transferencia de resultados.⁷ El conocimiento adquiere significado cuando entra en relación con contextos, personas, instituciones y decisiones concretas.

Por ello, la autonomía científica no debería confundirse con una aspiración corporativa o institucional. Su finalidad no es que la enfermería se contemple a sí misma, sino que pueda participar en mejores condiciones en las decisiones que afectan al cuidado.

La necesidad de una vigilancia epistémica

Pero producir conocimiento no basta; también es necesario aprender a sospechar de él. Toda disciplina corre el riesgo de convertir sus conceptos en certezas y sus modelos en universales; *la enfermería no es una excepción*. Una parte importante de sus marcos conceptuales, terminologías y modelos educativos se han construido en contextos históricos y culturales determinados, los cuales han circulado como si su validez pudiera trasladarse sin mediación a cualquier realidad. La cuestión no es rechazar todo aquello que procede de otros contextos, sino preguntarse qué ocurre cuando un conocimiento situado se transforma en norma universal.

A esta capacidad crítica se le puede denominar vigilancia epistémica, como la disposición permanente a examinar los supuestos desde los cuales conocemos, investigamos y actuamos.^{6,7} No significa desconfiar de todo

conocimiento; supone interrogar las condiciones que hicieron posible que determinado conocimiento llegara a ser considerado válido, legítimo o universal.

Esta vigilancia resulta particularmente necesaria cuando se examinan las relaciones entre enfermería y colonialidad. Con este enfoque, la *violencia epistémica* no siempre adopta la forma evidente de una prohibición; también puede manifestarse cuando determinados saberes son considerados secundarios, cuando ciertas experiencias son excluidas de la producción científica o cuando una lengua (o idioma), metodología o teoría adquiere una posición de autoridad que otras formas de conocimiento difícilmente pueden disputar.⁸

Pensemos, por ejemplo, en el lugar que ocupan las múltiples formas de saberes cuando las enfermeras adoptan acríticamente la llamada evidencia científica, frecuentemente promovida por farmacéuticas y/o laboratorios. Desde esta perspectiva, recuperar saberes populares y experiencias históricamente invisibilizadas no supone idealizarlos ni convertirlos automáticamente en conocimiento científico. Significa reconocer que existen dimensiones de la experiencia del cuidado que pueden quedar fuera de los marcos institucionales de producción del conocimiento y que merecen ser interrogadas.⁹

La *transdisciplinariedad* puede contribuir a este propósito cuando no se limita a sumar disciplinas; más bien, permite cuestionar las fronteras desde las cuales se define qué cuenta como conocimiento.¹⁰ Esta cuestión resulta especialmente relevante para las enfermería latinoamericanas, cuando se habla de las epistemologías del sur y de las experiencias situadas en Abya Yala, ya que permite desplazar la mirada hacia las condiciones históricas y culturales en las que las enfermeras viven, cuidan y producen conocimiento.¹¹

Pero hacerlo críticamente exige evitar otra simplificación: *el sur no es*, por definición, epistemológicamente emancipador, del mismo modo que *el norte no es*, por definición, epistemológicamente opresor. El problema aparece cuando cualquier conocimiento es descontextualizado y presentado como universal, sin reconocer las condiciones históricas que lo produjeron. La *autonomía epistemológica* no consiste, entonces, en sustituir una hegemonía por otra, sino en adquirir la capacidad de elegir, dialogar, adaptar, cuestionar y producir. Si la autonomía científica permite a la enfermería producir conocimiento, la dimensión política del cuidado permite comprender para qué se produce.

Cuidar nunca ocurre en el vacío; ocurre en hogares, hospitales, comunidades, instituciones y territorios atra-

vesados por desigualdades y desventajas. Cuidar se manifiesta cuando existen recursos suficientes y cuando escasean. Acontece ante la vulnerabilidad, la enfermedad, la dependencia, el envejecimiento y la muerte. Por ello, aunque el cuidado tenga una dimensión íntima y relacional, sus condiciones de posibilidad son también sociales.

Decir que el cuidado es político no significa convertir la enfermería en una actividad partidista. Significa reconocer que toda práctica de cuidado se desarrolla dentro de relaciones sociales en las que algunas necesidades son visibles y otras permanecen ocultas; en las que determinados problemas reciben recursos y otros esperan; en las que ciertas voces tienen capacidad para definir prioridades y otras apenas son escuchadas. Desde esta perspectiva, la autonomía profesional adquiere una dimensión pública. Una enfermera que ejerce juicio sobre el cuidado no está solamente ejecutando una competencia técnica; está participando, dentro de los límites de su responsabilidad profesional, en decisiones que afectan la dignidad, la seguridad y la vida de otra persona.

Esta dimensión política se vuelve especialmente evidente en contextos de desigualdad. El cuidado de quienes viven en condiciones de vulnerabilidad no puede comprenderse exclusivamente mediante variables clínicas. Requiere reconocer las condiciones sociales, culturales y materiales que producen o agravan esa vulnerabilidad. En este punto, la enfermería tiene una responsabilidad que excede la ejecución correcta de procedimientos: debe ser capaz de reconocer aquello que los procedimientos no alcanzan a nombrar.

Aquí es donde aparece la dimensión doméstica del cuidado. Antes de convertirse en profesión institucionalizada, buena parte de las prácticas de cuidado se desarrollaron en el ámbito cotidiano de los hogares. Recuperar esta dimensión no significa romantizar el trabajo doméstico ni desconocer su histórica distribución desigual. Significa recordar que el cuidado profesional no agotó el significado del cuidar. La experiencia cotidiana conserva conocimientos, prácticas y formas de relación que permiten comprender aquello que sucede cuando el cuidado deja de ser o no puede ser una tarea institucional y vuelve a la vida concreta de las personas.¹²

La cuestión política del cuidado comienza, quizás, cuando preguntamos quién sostiene la vida y en qué condiciones.

Cuando la tecnología empieza a definir el cuidado

La enfermería contemporánea enfrenta una paradoja. Nunca había dispuesto de tantas técnicas y herramientas para observar, registrar, predecir, protocolizar y decidir; y, al mismo tiempo, nunca había sido tan necesario preguntarse qué dimensiones del cuidado pueden perderse cuando aquello que no puede medirse comienza a considerarse menos relevante.

La *tecnología* y la *técnica* no son el enemigo del cuidado. Tampoco lo es la evidencia científica. La técnica forma parte del cuidado porque todo cuidar implica un saber hacer. La tecnología amplía las posibilidades de ese hacer. El problema comienza cuando la racionalidad tecnológica deja de estar al servicio del cuidado y empieza a determinar qué entendemos por él. Los protocolos pueden mejorar la seguridad y las tecnologías pueden ampliar las posibilidades diagnósticas, terapéuticas y comunicativas.

El cuidado no puede reducirse completamente a aquello que puede convertirse en indicador. Una relación humana no pierde su valor porque una parte de ella no pueda ser cuantificada; del mismo modo, la incertidumbre clínica no desaparece porque exista un algoritmo capaz de procesar miles de variables. La experiencia profesional tampoco se vuelve irrelevante porque exista evidencia científica disponible. Es importante, ante todo, considerar las experiencias y los contextos. Esto significa reconocer que la decisión de cuidar ocurre en un espacio donde convergen conocimiento científico, contexto, experiencia, valores, preferencias y juicio profesional.

La pregunta, por tanto, no debería ser si la enfermería debe ser tecnológica o humanista, si el cuidado se deshumaniza o se debe humanizar (el cuidado siempre es y será humano). Esa oposición resulta tan insuficiente como la antigua separación entre ciencia y cuidado. La cuestión es otra: ¿Quién decide para qué se utiliza la tecnología y qué dimensiones del cuidado quedan fuera de aquello que la tecnología puede reconocer?

La respuesta tiene consecuencias epistemológicas y políticas. Si un protocolo determina de manera absoluta qué constituye una práctica correcta, el profesional corre el riesgo de convertirse en ejecutor de una racionalidad que ya no puede interrogar; del mismo modo, si un indicador define el valor de una intervención, aquello que no puede registrarse puede terminar desapareciendo de la consideración institucional. En consecuencia, si un algoritmo participa en una decisión clínica, la autonomía profesional exige comprender, además del resultado, también sus límites.

El desafío, entonces, es utilizar la *tecnología* sin permitir que la racionalidad tecnológica determine el significado del cuidado. Quizá la *autonomía de la enfermería* no deba medirse solamente por cuánto ha conseguido diferenciarse de otras profesiones; tal vez podría medirse por su capacidad para interrogarse a sí misma. Preguntarse por el conocimiento que produce, los conceptos que utiliza, las voces que escucha y las experiencias que deja fuera. También por los problemas que considera relevantes, los modelos que acepta como universales, el lugar que concede al contexto, su concepción de la evidencia y el papel que reserva al juicio profesional. Finalmente, por el significado de cuidar en un contexto donde las instituciones tienden a transformar la complejidad humana en categorías administrables.

La enfermería requiere una ciencia capaz de dialogar con otras ciencias sin desaparecer en ellas. También requiere de profesionales capaces de utilizar evidencia sin convertirse en meros ejecutores de evidencias, así como tecnologías que amplíen las posibilidades del cuidado sin sustituir la relación que da sentido a ese cuidado. A ello se suma una formación doctoral orientada a producir investigadores, pero también intelectuales capaces de interrogar los fundamentos de aquello que investigan, y sobre todo, conservar la capacidad de reconocer que cuidar es una práctica situada.

Por eso, la pregunta “¿Enfermería hoy?” no puede responderse únicamente señalando cuánto hemos avanzado. También exige examinar qué hemos dejado atrás, qué hemos incorporado sin suficiente examen y qué todavía no hemos aprendido a nombrar.

La autonomía que reclama la enfermería no es aislamiento; es la capacidad de diálogo sin subordinación. Tampoco es rechazo del conocimiento externo; es la capacidad crítica para incorporarlo, transformarlo o cues-

tionarlo. No es oposición a la tecnología; más bien, es una decisión sobre sus fines. Por lo tanto, no implica abandono de la evidencia, sino comprensión de sus alcances y límites.

En último término, una enfermería autónoma no será aquella que tenga todas las respuestas. Será, en todo caso, la que pueda formular sus propias preguntas y sostenerlas con conocimiento, juicio y responsabilidad.

El cuidado, entonces, puede ser entendido como un acto científico-político porque cuidar supone producir conocimiento sobre la vida y actuar dentro de las condiciones que hacen posible o dificultan esa vida. La ciencia aporta herramientas para comprender; la ética orienta las decisiones; la política determina, en buena medida, las condiciones en las que esas decisiones pueden realizarse. Entre esas dimensiones se encuentra la enfermería.

Y, entonces, quizás ahí reside la pregunta que sigue abierta: ¿qué significa ser enfermería hoy cuando producir conocimiento, cuidar y ejercer autonomía son también actos políticos?

Nota del autor:

Para fines de una mejor comprensión y reflexión del texto en torno a la práctica de enfermería hoy, considerar los siguientes términos como:

- *Técnica*: Saber hacer; procedimiento; habilidad; forma concreta de realizar una acción
- *Tecnología*: Sistema de conocimientos, técnicas, dispositivos y procedimientos para intervenir y organizar la realidad
- *Racionalidad tecnológica*: Forma de comprender y organizar la realidad bajo criterios de eficiencia, control, cálculo, medición, previsibilidad y disponibilidad

Referencias

1. Altamira-Camacho R. Definición de Enfermería: repensar la disciplina desde los márgenes. *Index Enferm.* 2025;34(2). DOI: <https://doi.org/10.58807/indexenferm20257608>
2. Watson J. Opinion Paper: What is Nursing Science? Ontological – Epistemological Disciplinary Questions. *Adv Nurs Sci.* 2025;48(4). DOI: 10.1097/ANS.0000000000000587
3. Barrett EAM. What Is Nursing Science? *Nurs Sci Q.* 2002;15(1):51-60. DOI: 10.1177/089431840201500109
4. Im EO. Nursing Theories in the Current Sociopolitical Contexts of Nursing. *Adv Nurs Sci.* 2026. Ahead of print. DOI: 10.1097/ANS.0000000000000624
5. Guedes dos Santos JL, Rodríguez-López JI, Ortiz-Anaya Y, Aponte Franco SM, Rodríguez-Martín D, Galbany-Estragués P, et al. Doctoral Education in Nursing in Ibero-America: An Analysis of Its Evolution and Perspectives for the Future. *J Adv Nurs.* 2025;0:1–10. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.70422>
6. Altamira Camacho, R. Epistemología de la enfermería: de las visiones del mundo y su adecuación al método científico. *Temperamentvm.* 2023;19:e14221. DOI: <https://doi.org/10.58807/tmptvm20235776>
7. Rumbo Prieto JM, Martínez Ques AA, Sobrido Prieto M, Raña Lama CD, Vázquez Campo M, Braña Marcos B. Implementar evi-

- dencias e investigar en implementación: dos realidades diferentes y prioritarias. *Enferm Clin.* 2016;26(6):381-386. DOI: 10.1016/j.enfcli.2016.10.002
8. Mijangos-Fuentes KI. Violencia epistémica: una realidad en la cotidianidad del profesional de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2025;33(1):e1527. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14366797>
 9. Herrera Justicia S. Recuperación y revitalización de los saberes populares en salud en la Andalucía rural contemporánea. *Revista PH.* 2026; 118: 356-358. DOI: <https://doi.org/10.33349/2026.118.6098>
 10. Peñuela Velásquez LA. La transdisciplinariedad más allá de los conceptos, la dialéctica. *Andamios.* 2005;1(2):43-77. <https://www.scielo.org.mx/pdf/anda/v1n2/v1n2a3.pdf>
 11. Suárez-Baquero DFM. Nursing Epistemologies From the South: The Lived Experience of Nurses in Abya Yala Through Dussel's Lens. *Adv Nurs Sci.* 2025. Ahead of print. DOI: 10.1097/ANS.0000000000000608
 12. Herrera Justicia S. El arte de cuidar en el hogar como acto de resistencia y autonomía *Cul Cuid.* 2026;30(72):1-4. DOI: <https://doi.org/10.14198/cuid.30378>
-
- Cómo citar este artículo/To reference this article:**
- Altamira-Camacho R. ¿Enfermería hoy? El cuidado como acto científico-político. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2026;34(4):e1701. doi: 10.5281/zenodo.23165380