

El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia*

Nursing care when facing adversity: commitments to resistance from academia

MARÍA NUBIA ROMERO BALLÉN**

Resumen

Se presenta un análisis de contexto sociopolítico de la salud, en el que se evidencian los efectos perversos que se ciernen sobre la enfermería de hoy en Colombia, producto de las políticas públicas y de seguridad social que el actual modelo neoliberal ha diseñado y puesto en práctica a través de la Ley 100 de 1993 y de todas sus reglamentaciones, que desdibujaron la salud como derecho y la convirtieron en jugosa mercancía para el sector rentista.

En este contexto surge la primera premisa, que se argumenta para evidenciar que “las condiciones en que estamos ejerciendo los cuidados de enfermería en nuestro medio son de pauperización y alto conflicto social, político y económico, aspectos que permean la vida familiar, profesional, institucional y social del gremio de enfermería y que han puesto en alto riesgo el ejercicio del cuidado de la salud como un bien público y todo lo que hasta hoy hemos conquistado en el re-

conocimiento social de la profesión y en el cuerpo de conocimiento disciplinar. Todo ello está obligando a ejercer un *cuidado en la adversidad*. Como consecuencia de este contexto, surge la segunda premisa, en la que se argumenta que “un cuidado caracterizado por una expropiación de su esencia y de su sujeto está llevando a desvirtuar la esencia del rol profesional. Estas circunstancias se expresan en el retorno de viejas formas de exclusión o enajenación, o en la presencia de nuevas, por las que pasa la acción social de los y las profesionales de enfermería, quienes están constreñidos(as) por los miedos que genera una vida en prolongada crisis social, política y económica, como la que vivimos en Colombia”.

La parte final del artículo contiene una serie de propuestas que orientan la pregunta: ¿Hacia dónde direccionar la gobernabilidad del cuidado? Se parte del principio de que el mundo de la enfermería no es el mundo del rentismo. La enfermería enarbola una filosofía humanista que promueve la solidaridad, el reconocimiento a la diferencia y el derecho a la igualdad, entre otros; por ello opta por el camino de la resistencia con tres compromisos: 1) resignificar el acto de cuidado, 2) trabajar por una educación y una pedagogía en enfermería que potencien las libertades y 3) reconstruir la imagen social de enfermería.

Palabras clave: educación en enfermería, política social, seguridad social, rol de la enfermera (fuente: DeCS, BIREME).

* Este artículo recoge ideas y argumentos presentados en diferentes eventos científicos internacionales y nacionales como el XXII Congreso Nacional de Salud Mental, Cáceres, España, abril de 2005, y el XVI Congreso Nacional de Enfermería, Medellín, julio 27-30 de 2005, entre otros.

** Docente titular, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Directora Grupo Exclusiones y resistencias en el cuidado de la salud, GERCUS. gercusuptc@gmail.com; mnromero@gmail.com

Recibido: 24-09-06

Aprobado: 12-10-07

Abstract

An analysis of the social and political context on health is presented, where there is evidence of the perverse effect that surrounds nursing today in Colombia, as a result of public policies and those of social security that the current neo liberal model has designed and implemented with the 100th Law dated 1993 and all its norms, which changed the right to health in a juicy merchandise for the “for profit” industry.

In this context a first premise arises, which is argued to show how “the conditions under which we are providing nursing care in our market are awful and under high social, political and economic conflict, aspects that permeate family life, professional life, institutions and the world of nursing while putting at high risk the practice of health care, distancing it from being a public good. All achievements in terms of social recognition for the profession and for the practice and the discipline have also been placed at risk. All is forcing one to provide care in the “*midst of adversity*”. As a result of such an environment, a second premise arises, that argues that “care characterized by the expropriation of its essence and of its subject is leading one to erode the essence of the role for a professional. These circumstances are expressed when we return to old ways of exclusion or alienation, or in the presence of new ways of expressing social action by the nursing professionals, who have been limited by the means available that generate a way of life in prolonged social, political and economic crisis, which is the way of life for Colombia today”.

The final part of the article contains a series of proposals that are geared to tackling the question: Where should we orient the governance of care? We start from the principle that the nursing world is not a for profit world. Nursing has a flagship of humanistic philosophy that promotes solidarity, that recognizes differences and the right to equality, among others; that is why it opts for the path of least resistance with three commitments: 1) redefining the meaning of care, 2) working towards an education and pedagogy in nursing that leverages liberties and 3) reconstructing the image of social nursing.

Key words: Education, Nursing, Public policy, Social security, Nurse’s role.

INTRODUCCIÓN

La crisis por la que atraviesa el gremio de enfermería en Colombia, y quizá en América Latina, tiene unas expresiones particulares que debemos abordar en procura de establecer, de manera conjunta, estrategias que puedan ser lideradas y acompañadas por las organizaciones de

enfermería y por todas y cada una de las enfermeras y enfermeros de esta militancia del cuidado de la salud. Independientemente del rol que ejerzamos, es preciso que repensemos esta crisis y reflexionemos sobre el impacto que está sufriendo la enfermería en el país, y con ella sus profesionales, y elaboremos estrategias de resistencia, de sobrevivencia y de fortalecimiento de la misión histórica de la enfermería en este país.

El artículo se trabaja alrededor del análisis y caracterización de cuatro compromisos:

1. Evidenciar los efectos perversos que se ciernen sobre la enfermería.
2. Resignificar el acto de cuidado.
3. Trabajar por una educación y una pedagogía en enfermería que potencien las libertades.
4. Reconstruir la imagen social de enfermería.

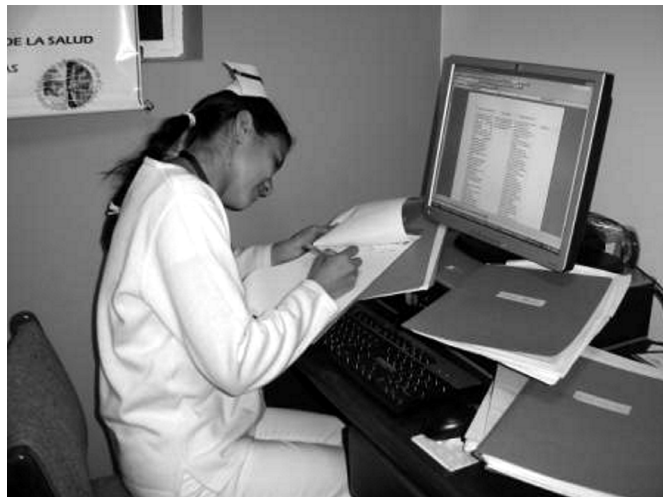
Efectos perversos que se ciernen sobre la enfermería

El primer compromiso docente pretende evidenciar los efectos perversos que se ciernen sobre la enfermería actual, producto de las políticas públicas y de seguridad social que el sistema vigente nos brinda. Para ello presento dos premisas, que me permito argumentar rápidamente.

Sostengo que:

Las condiciones en que estamos ejerciendo los *cuidados* de enfermería en nuestro medio son de pauperización y alto conflicto social, político y económico, aspectos que permean la vida familiar, profesional, institucional y social del gremio de enfermería y que han puesto en alto riesgo el ejercicio del *cuidado* de la salud como un bien público y todo lo que hasta hoy hemos conquistado en el reconocimiento social de la profesión y en el cuerpo de conocimiento disciplinar. Todo ello está obligando a ejercer un *cuidado en la adversidad* (1).

El contexto en que surge esta premisa es el siguiente (1): la situación colombiana refleja la adopción y los avances de las reformas económicas y sociales que orientan el FMI, el Banco Mundial y demás organismos financieros del mundo para garantizar que ante la severa crisis económica, no solo colombiana sino también latinoamericana, que estalla en los años setenta, no se dejen de pagar la deuda externa y su servicio.



Privilegiar el pago de la deuda externa para nuestro país ha generado pasivos públicos de casi el 50% de su PIB (2). Mientras que para el año 1998 la deuda total del Sector Público No Financiero (SPNF) representaba el 42,7% del PIB, a marzo de 2005 sobrepasa el 68%, situación preocupante y muy por encima de los parámetros de una economía sana, según Ballesteros (3). Colombia, como la mayoría de países latinoamericanos, empieza a cumplir las órdenes de la banca internacional para tener acceso a nuevos créditos, que en últimas han significado agrandar la hipoteca, que se refleja en los siguientes datos: para el 2001 el monto de las deudas interna y externa ascendía a 21,4 billones de pesos (2); a comienzos de 2003 (4), la deuda pública interna llegó a los 46,4 billones de pesos, y ya en septiembre de 2005 la deuda interna del sector público subió a 79,2 billones, mientras la deuda externa alcanzó los 73,7 billones (3). Estas cifras explican la subsecuente y dramática reducción de los recursos para la inversión pública y social en la región y que son parte de los argumentos para la adopción del neoliberalismo, sus aperturas comerciales y financieras y su oleada privatizadora de las empresas públicas.

La época se caracteriza, entre otras, por “una alta concentración del capital y la consolidación de oligarquías financieras” (5), elementos centrales del modelo de desarrollo neoliberal, en el que el factor rentista se impone. Este capital financiero se caracteriza por ser especulativo y usurero, no crea trabajo ni riqueza; por ello “nada cuesta” liquidar empleados y cerrar

hospitales, con el fin de obtener mayores recursos para el pago del servicio de la deuda, que es un pago rentista.

En este marco, el sector servicios es puesto en la mira del capital financiero (el sector salud queda “atrapado” como un sector de servicios) y nuestros gobiernos se afanan por “liberarlo” y ponerlo como nueva mercancía, como mina de oro para esta etapa de acumulación rentista. La salud, el agua, la energía, dejan de ser bienes públicos de consumo básico y pasan a ser servicios que se compran y se venden. El Estado va poco a poco despojándose de su responsabilidad en el manejo de los intereses de lo público para transferirlo al sector privado. Ejemplo de ello es lo que pasa en el sector salud:

Aunque anualmente se invierten por el gobierno y los trabajadores que cotizamos cerca de 19 billones de pesos = unos 7.600 millones de dólares en el sistema de salud, el 38% de los colombianos están por fuera del sistema. Los verdaderos beneficiarios del sistema son las empresas privadas que se han apoderado de su administración (EPS) y que se han enriquecido con el negocio, convirtiéndose en gigantescos “pulpos” (6).

La salud se vuelve un negocio apetitoso para las multinacionales del sector financiero y para los grupos económicos locales, porque Colombia ha movido tasas que han alcanzado 10 puntos del PIB, unos 18 billones de pesos (7.500 millones de dólares, aproximadamente), que son entregados en gran parte al sector privado denominado Empresas Promotoras de Salud, EPS. “De hecho, dos de estas EPS aparecen en el listado de las 20 empresas más grandes de Colombia. Las ganancias de estas empresas superaron el año pasado los 2 billones de pesos = 800 millones de dólares” (6).

A pesar del crecimiento económico que ha tenido el sector salud, el impacto es negativo sobre los indicadores de calidad de vida y sobre la salud mental de la población, y se evidencian profundas expresiones de inequidad social; basta con leer el informe sobre metas y objetivos del milenio (7) para darnos cuenta de la magnitud del problema, del cual los profesionales de enfermería no están exentos.

Parte de estas profundas inequidades sociales se expresan cuando la salud es convertida en un servicio,

pues llegan las reformas del sector para Colombia. El carácter y la esencia de ellas están en el modelo de Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que consagró como esencia del sistema el “mercado de la salud y la seguridad social”, desvirtuando la naturaleza del derecho a la salud y la responsabilidad del Estado (8) de ser garante de los derechos fundamentales de ciudadanos y ciudadanas. Queda expuesto, entonces, que la salud deja de ser un *bien público* (9) para pasar a ser una mercancía de la que se lucra el sector financiero (10). Por ello se hace uso de la política de flexibilización laboral, que afecta la estabilidad, los derechos a la asociación, a la capacitación, a la autonomía profesional, al ejercicio del cuidado a la luz de los valores propios de la profesión y, en fin, a la negación de unas condiciones dignas de vida para enfermeras y enfermeros.

Mientras el Banco Mundial le propone a Colombia “flexibilizar” aún más el salario mínimo legal mensual, para aumentar la miseria de los pobres,

la concentración de la riqueza y de las propiedades en el país continúa siendo asfixiante. El 1% de la población acapara el 41% del ingreso nacional. En contraste, entre 1997 y 2005, los ingresos laborales reales de los trabajadores cayeron un 9%. Se han creado más puestos de trabajo en el tiempo del gobierno de Uribe, pero el 61% de los empleos creados son puestos de trabajo precarios, en el sector informal de la economía, sin condiciones de estabilidad y seguridad social (6),

y es este estilo de trabajo el que se oferta actualmente a los(as) profesionales de enfermería, vulnerando el derecho a un trabajo digno que garantice una calidad de vida acorde con la inversión social que se ha hecho para obtener un título profesional. Mientras tanto, “los tres hombres más ricos del país: Santodomingo, Sarmiento Angulo y Ardila Lulle tienen propiedades que superan los 10 mil millones de dólares, suma que equivale al ingreso de más del 50% del total de los habitantes del país, unos 21 millones de personas” (6).

Así vivimos y sentimos cotidianamente las transformaciones negativas, entre ellas: la desaparición del carácter social del cuidado de la salud, porque queda atrapado en las redes de la esencia de lo privado, que es el “libre” mercado; el detrimento de la calidad de los

programas de promoción y prevención de las personas y colectivos que enfermería ha liderado durante los últimos 30 años; el deterioro generalizado de los indicadores positivos de salud; la deformación de los fines de la educación en salud y el desvirtuar de los roles profesionales de todos los actores del sistema, no solo de enfermería. Todos estos impactos negativos configuran y desconfiguran el ejercicio del *cuidado* de las personas y lo reorientan en el espacio de lo público y lo privado.

Como consecuencia de este contexto surge la segunda premisa:

Un *cuidado* caracterizado por una expropiación de su esencia y de su sujeto está llevando a desvirtuar la esencia del rol profesional. Estas circunstancias se expresan en el retorno o presencia de nuevas formas de exclusión o enajenación, por las que pasa la acción social de los y las profesionales de enfermería, quienes están constreñidos(as) por los miedos que genera una vida en prolongada crisis social, política y económica, como la que vivimos en Colombia (1).

Estas premisas las argumento a través de la siguiente caracterización: la primera característica del *cuidado en la adversidad es la expropiación del sujeto del acto de cuidado*, que se da en la medida en que se viene perdiendo desde hace años lo que ha constituido la esencia del *cuidado*, es decir, la relación intersubjetiva entre enfermera y paciente. Pérdida que hoy se agudiza, en la medida en que los “objetos” dominan sobre el *cuidado* del sujeto.

El sujeto (paciente-usuario) se ha invisibilizado, porque el centro de atención ya no es la relación sociocultural que media en los procesos de comprensión de las necesidades de salud de las personas que requieren de la acción de *cuidado* directo; el centro de atención se profundiza hoy en el “objeto”, expresado en las nuevas e intensas funciones administrativas, en los nuevos roles que el mercado impone a enfermeras y enfermeros, roles que los aleja de la relación dialógica con el sujeto de *cuidado*, pues los centra en el control de calidad de la “eficiencia y la productividad”, medida en costos a partir del control, vigilancia y acción que enfermeras y enfermeros han de hacer sobre el proceso financiero (1).

Aquí se observa un giro profesional importante, pues el tiempo dedicado al *cuidado* con el paciente o el usuario cada día es menor, en comparación con el

tiempo dedicado a los procesos administrativos, con lo que se desvirtúa el rol profesional.

La enfermería está atrapada en el modelo rentista; sus profesionales obedecen obsecuentemente a las funciones que demanda la institución y no defienden las funciones para las que fueron formados; por ello se concentran en vigilar y controlar que se utilicen los mínimos insumos previamente establecidos en el protocolo rentista: lo que no esté incluido en el Plan Obligatorio de Salud (POS) queda excluido del cuidado de la salud, así la persona o los colectivos lo requieran (1), y la enfermera o enfermero no oponen resistencia alguna a estos actos indebidos, por el temor a la pérdida. Sus derechos a la palabra y a la objeción de conciencia están precarizados; su voluntad está dominada, constreñida por la adversidad, y su incapacidad de acción les lleva al sufrimiento y a la impotencia, porque son conscientes pasivos de que se les desvirtúa y expropia del ejercicio profesional.

La segunda característica de este cuidado en la adversidad es la *expropiación de la esencia de la profesión*,

pues la *lexis*, que es el discurso sobre el *cuidado*, el discurso sobre la esencia, pareciera un discurso que no significa, que no cobra sentido en la *praxis*. Una vez que se despojan, muy fácilmente, de la conciencia de la enfermera y el enfermero los principios y las teorías que dan sentido al cuidado, la creatividad de éstos se centra en el “nuevo objeto” que le ha otorgado el modelo rentista, es decir, en los “insumos-contabilidad de costos”. Es aquí donde se exige que fluya la energía del profesional; es alrededor de este “nuevo objeto” que se utiliza el mayor tiempo y espacio de su jornada laboral. Cada vez se piensa menos en la interacción con el sujeto de cuidado. El modelo rentista ofrece un “nuevo objeto” de indagación, de investigación, de aprendizaje; por ello se reclama a las universidades formadoras de profesionales de enfermería formar desde competencias laborales, ya no desde las profesionales (1).

Las leyes del mercado impiden la realización de las necesidades existenciales y axiológicas que tiene el ser con miras a su desarrollo humano (11), tanto de enfermeras(os) como de usuarios; además las evidencias empíricas demuestran que el mercado de la salud y sus nuevos gerentes no requieren enfermeras ni enfermeros para ayudar a vivir las necesidades humanas:

requieren administradores o contadores; cada vez cobra menos valor la interacción humana en el *cuidado* (12).

La tercera característica de la premisa central son las formas “modernas” de contratación laboral, que están *expropiando el estatus profesional*. Estatus logrado con la producción de conocimiento, con el aporte social en el campo de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, con el liderazgo mundial y regional asumido en defensa de los sectores más vulnerables y con el reconocimiento interprofesional logrado por la calidad de sus acciones frente al *cuidado* de la salud y la vida. Esta expropiación del estatus la calificamos como “proletarización” profesional, porque la vinculación laboral a través de la intermediación ha rebajado, en algunos casos, en un 50% o más el salario. Estas condiciones laborales expropian a enfermeras y enfermeros de los derechos fundamentales a un trabajo y un salario dignos (13).

Como mujer-enfermera o como hombre-enfermero les es expropiado el futuro. La esperanza de lograr una mejor calidad de vida está oscurecida y difuminada en el horizonte. Esta expropiación, además, refleja el valor social que se sigue asignando a los roles que tienen una característica predominante en lo femenino, como es la enfermería. ¿Estaremos contribuyendo a la feminización de la pobreza? o ¿nos querrán ver como al alfarero de Saramago, en *La caverna*, como innecesarias y sustituibles por un personal más barato? (1).

La cuarta característica es que *se desvirtúa la esencia del rol profesional*. El acto de *cuidado*, como esencia de la profesión, ha caído bajo el criterio eficientista, a través del “uso racionalizado y austero de los recursos” (14), como se ha orientado desde las políticas del SGSSS. Desde este momento se inicia el proceso de expropiación del objeto de estudio de la profesión y del sujeto del cuidado, con lo que *se desvirtúa la esencia del rol profesional* de enfermería, a pesar de las resistencias que se han venido ejerciendo en nuestro país y de tener leyes propias para enfermería que han permitido la autorregulación(15). Veamos cómo se falsea el rol profesional:

a) *El cuidado integral*, que es el soporte de la interacción en el cuidado, *se subsume, se invisibiliza*, porque la forma de contratación, revestida de una sobrecarga laboral

(mayor número de horas laborales, de personas enfermas a su cargo y de actividades de escritorio), disminuye de manera significativa el tiempo de contacto con los usuarios hospitalizados o en comunidades. Además, la figura que trata de imponerse como modalidad de trabajo a través de “eventos” (acciones específicas, como aplicar medicamentos) fragmenta de manera cruel y ofensiva al ser que se cuida, y la enfermera o enfermero se convierte en un trabajador mecanizado que subordina la relación con el paciente y pierde el sentido humanizado del *cuidado*, y rompe con el sentido de integralidad, porque su “objeto” de trabajo lo resuelve con un procedimiento técnico (16).

b) *Se ocasiona una ruptura epistemológica* entre la lexis académica y la praxis social, pues una es la formación misional de la enfermería de acuerdo con la construcción histórica y el desarrollo científico que se ha construido alrededor del *cuidado*, y otra es la exigencia de intereses privados de hacer una práctica sujeta al interés rentista y empresarial.

c) *Se desconfigura la identidad profesional*, porque se viene forjando una imagen social de la profesión que no articula su historia, su misión y su esencia. Es evidente hoy que a pesar de la formación integral que se brinda a los y las profesionales de enfermería en las universidades, su representación simbólica no corresponde a su perfil profesional, pues la imagen que la sociedad y los grupos humanos tienen no logra ser una imagen diferenciada y clara de los distintos niveles de formación en enfermería (1).

Esta identidad profesional desconfigurada tiene incidencias en la representación simbólica profesional (17).

La quinta y última característica que configura el *cuidado en la adversidad* es la *inacción de enfermería: una expresión de exclusión o enajenación*.

Las condiciones adversas tocan el alma de la sobrevivencia, el núcleo de las necesidades de enfermeras y enfermeros, y las condena a vivir silenciadas, a resistir en la soledad de sus recintos, porque han aprendido que en esta sociedad la civilidad está constreñida. El miedo campea por todos los escenarios de la vida; resistir activamente es correr el riesgo de perder el trabajo, y así la remuneración no sea digna y la carga laboral sea extensa, las necesidades de la sobrevivencia se imponen. Por ello no es un ser libre y se expresa en las siguientes exclusiones:

a) *La exclusión social y política* que viven las enfermeras asistenciales se expresa en que hoy, por la flexibilidad laboral, han perdido todos los derechos de protección social. Con el mismo sueldo que devengaban vinculadas a las instituciones de salud mediante un contrato indefinido, pasaron a enfermeras sin relación contractual; su vinculación no es directa sino indirecta, a través de una figura mal denominada “cooperativa”, que les sustrae el 46% de su paga; la ley las denominó “cooperativas de trabajo asociado” (18); están dirigidas en su mayoría por mercaderes de la salud que se convirtieron en intermediarios, expropiando todos los derechos laborales del trabajador. El empleador “desaparece”, se ha invisibilizado, no hay relación entre el trabajador y el dueño de los medios de producción a quien reclamar sus derechos. La enfermera o enfermero paga de su remuneración todas las prestaciones sociales, porque no hay relación laboral, no hay empleador que aporte el 18% de su seguridad social; entonces ella o él pagan el excedente para completar el 25,5%, más la afiliación a riesgos profesionales y una prima que la cooperativa les exige del 15 al 30% de su remuneración, sin derecho a devolución. En países como Colombia, sin mecanismos de control serios que protejan los derechos humanos, ocurren desafueros vergonzantes como estos de las mal llamadas cooperativas, que desvirtúan el concepto y desangran al trabajador.

b) *Están siendo excluidas culturalmente* porque su saber, sus conocimientos, sus competencias y su derecho a la palabra, en muchas ocasiones, no les son reconocidos. Aquí se expresa, agravada, una vieja exclusión de género. Otros deciden el rumbo (ratifica la expropiación). La exclusión se expresa porque no son tenidas en cuenta por los organismos de poder que legislan o toman decisiones a escala central, regional o local. Tampoco las enfermeras(os) han alcanzado grados de empoderamiento para participar en estos niveles de poder, aunque se resiste activamente por parte de las líderes de las organizaciones de enfermería, haciendo presencia de variadas formas, una de ellas a través de confederaciones sindicales, con el deseo de unir esfuerzos y visibilizar los problemas propios, o en el Tribunal ético de enfermería desde el que se moviliza la conciencia ética de la profesión.

c) *El no empoderamiento* lleva a la exclusión, porque no se toman decisiones en los puestos de trabajo para transformar las amenazas contra el ejercicio con calidad del *cuidado* de la salud y la vida. Quizás esta falta de empoderamiento se deba a que no han hecho conciencia de la vulnerabilidad en que está cayendo la profesión y la razón de ser de su ejercicio profesional. La salida es que la dirigencia actúe por ellas; no optan por resistir

activamente; se han entregado al ajuste administrativo. Aunque existe una conciencia crítica endógena, de salón, pese a que sienten y viven la inequidad, no actúan. La acción está silenciada por el miedo. La exclusión implica para las enfermeras de hoy una incertidumbre permanente: sobreviven el presente, pero sienten que no tienen oportunidad, no tienen futuro con sentido de calidad de vida; sus necesidades, su libertad y sus derechos a la salud y a la dignidad laboral están socavados (1).

Hacer *escisión*, es decir, hacer conciencia de cómo ejercemos el rol de cuidadoras y cuidadores para escapar de la enajenación que conlleva toda exclusión, es tarea urgente; por ello, a riesgo de cometer errores de percepción o errar en las sugerencias para la acción, me adentro en las siguientes estrategias de resistencia para direccionar el cuidado:

De la gobernabilidad del cuidado

Contrario a la filosofía rentista, la enfermería enarbola una filosofía humanista que promueve la solidaridad, el reconocimiento a la diferencia y el derecho a la igualdad, entre otros; por ello es necesario desarrollar estrategias de *resistencia* por un desarrollo humano del *cuidado* para la vida y la salud. Mi propuesta está en la *defensa del derecho al cuidado de la salud* como un *bien público*^(*), desde los pilares fundamentales que sustenta la teoría del desarrollo a escala humana (11), que implica una expansión de la conciencia crítica en enfermería para:

1. *Resignificar el acto de cuidado* como un derecho fundamental conexo al derecho a la vida, porque su esencia está en las personas y no en los objetos. No podemos ejercer una práctica que busque lucrarse con la pobreza; el derecho a la vida no puede ser un negocio promovido ni ejercido por la enfermería, porque contradice sus más profundos principios y valores éticos universales.
2. *Ejercer el cuidado asistencial desde el desarrollo de lo humano* implica poner en el centro de nuestra *praxis* (acción) y *lexis* (discurso) el derecho a trabajar desde la salud por la adecuada satisfacción de las necesidades humanas del orden existencial y axiológicos, superando los conceptos

(*) La defensa de este derecho a la salud fue promulgada en el Segundo Congreso Nacional por la salud y la seguridad social, entre muchos otros, realizado en noviembre de 2004 en Bogotá.

convencionales que nos confina al ser biológico, y evaluar la calidad y cantidad de satisfactores acordes con sus contextos y condiciones de vida.

3. También implica privilegiar la *diversidad de lo cultural* en el cuidado, diciendo no a la homogeneidad de las evidencias; implica propiciar la *autonomía del ser* que cuida y del que es cuidado; implica recuperar la *persona-sujeto* como centro de nuestra interacción comunicativa, y profundizar los procesos *democráticos y participativos* en el cuidado de los colectivos.

4. Es necesario *no perder la memoria histórica*, estar atentos a lo que acontece, en qué momento ocurre, por qué y de qué modo interpretamos la realidad. Es necesario resistir a la ortodoxia del modelo biologista y mercantil; esto implica descentrarnos del "objeto" que nos atrapa (de la técnica y la contabilidad de costos). Es decir, hacer conciencia permanente de la necesidad de evaluar el mundo, las personas y sus procesos, esto significa ser sujetos de derechos civiles, ser sujetos políticos.

5. *Hacer uso consciente del rol de liderazgo* que la historia de enfermería y la sociedad nos ha entregado, para que nuestra dignidad y la de los demás no sea avasallada por una conciencia mercantilista en la salud. En varias ocasiones me he referido a la necesidad de fortalecer el espíritu político de las enfermeras; esta es una ocasión para ejercerlo.

6. *Asumir con responsabilidad social los desafíos del contexto*, resistiendo a las exclusiones y enajenaciones que nos imponen, participando activamente en los espacios locales o regionales, visibilizando las inequidades e iniquidades que atentan contra la calidad y la ética del cuidado, construyendo inter y transdisciplinariedad

7. *Resignificar la imagen social de la enfermería*, ejerciendo los anteriores retos y asumiendo el *derecho de abogacía* con los vulnerables y el *derecho a la objeción de conciencia* cuando las condiciones adversas atenten contra la dignidad humana en cualquier circunstancia en que se brinde el acto de cuidado.

8. Y todas las demás estrategias creativas e iniciativas que quieran seguir escribiendo sobre este texto (1).

La fuerza de estas condiciones adversas nos obliga a las docentes de enfermería en este país a reflexionar de manera concreta sobre cada una de estas estrategias de resistencia. Pero continuemos con otras reflexiones sobre los tres compromisos faltantes, después de

evidenciar los efectos perversos que se ciernen sobre la enfermería.

Resignificar el acto de cuidado

El ejercicio de la profesión centrado en los objetos y no en el sujeto va en contravía del cuidado humanizado, que ha sido un reclamo y un anhelo permanentes de la práctica de enfermería, al ser defensora del derecho a la salud y, por ende, de la dignidad de la vida humana, especialmente en estas épocas de crisis. Las condiciones adversas generan un cuidado deshumanizado, por ello la resignificación del acto de cuidado es el segundo compromiso que desde la docencia y la asistencia debemos liderar. Pues lo que observamos hoy en la práctica es que esa vocación profesional de ejercer un cuidado humanizado parece ausente o negada por el mismo sistema de salud; por ello, hoy más que nunca la reclamamos. Aunque las teorías de enfermería están atravesadas por esta perspectiva ontológica, la deshumanización parece ser un hecho histórico contundente, no solo en su relación con el ejercicio del *cuidado*, sino con su relación social en todos los niveles de la estructura del SGSSS. Muestra de ello es la profunda crisis de valores, de postura ética y de condiciones socioeconómicas, que linda con la opresión, la explotación, la injusticia y todo tipo de inequidades que permean las clases media y baja, en las que la gran mayoría de profesionales de enfermería vivimos y ejercemos el rol del *cuidado* de la salud y la vida. Estas son condiciones deshumanizantes.

El *cuidado* humanizado, que se expresa en un acto de acción-reflexión, no se ejerce con la actitud humanitaria, se ejerce en la medida en que comprendemos que la profesión estudia

los problemas referidos al cuidado de enfermería, a los contextos donde éste se realiza, a las relaciones interpersonales enfermera-persona cuidada, a las intervenciones de enfermería durante las transiciones de los procesos vitales, o entre diferentes tipos de cuidadores o entre espacios diversos de cuidado [...] conoce las vivencias y necesidades de los cuidadores familiares y la percepción de la gente frente a experiencias vividas con alteraciones en su salud física y mental o en el enfrentamiento de procesos diagnósticos y terapéuticos (19).

Como podemos darnos cuenta, estos procesos que aborda nuestra profesión tienen que ver con la existencia humana en sus entornos culturales, y esta existencia es la que nos compete cuidar a través de esa acción dialógica que implica una práctica ligada a la palabra auténtica, a la palabra viva, es decir, a aquella que trabaja por la transformación de los problemas y la satisfacción de las necesidades del ser, y no de los objetos; aquella palabra que combate la rutina diaria y que no se queda con el mínimo de tiempo para sus pacientes; aquella palabra que combate la enajenación y la sumisión a normas y conductas opresoras que no permiten que el *cuidado* de la salud sea un *cuidado* centrado en los sujetos y no en la contabilidad de costos; en fin, una palabra que no trabaja la acción por la acción, sino que otorga sentido al *cuidado* en la medida en que contribuye a transformar la existencia humana, porque el grado de dependencia o autonomía en la relación de *cuidado* “se vincula directamente con la madurez, integridad, suficiencia, conocimiento, claridad en la percepción de la realidad, capacidad afectiva e interés de aquel que requiere de la acción de cuidado” (20).

El *cuidado* humanizado, en tanto cuida la existencia humana, no puede ser un cuidado pasivo, en el que el saber y el actuar son solo de la enfermera, ignorando el potencial de las personas que cuida; no es un cuidado que se otorga solo a través de la técnica, convirtiendo al sujeto en un instrumento de su acción, ni es solo la palabra afectuosa del profesional: ha de ser un cuidado que pregunte, que dialogue, que hable por el mundo y la realidad que hace la existencia humana, no para que la contemple, sino para que genere acciones que la transformen, ya sea en el ámbito individual o colectivo, en un encuentro con las personas que cuida. Si, como dice Pablo Freire, “la humanización y la deshumanización, dentro de la historia, en un contexto real, concreto, objetivo, son posibilidades de los hombres como seres inconclusos y conscientes de su inconclusión” (21), me pregunto: ¿cómo desde la docencia contribuimos a la humanización o deshumanización del cuidado?, ¿cuál es el papel de la educación en enfermería en las actuales condiciones sociopolíticas del país? Y ¿qué papel desempeñan los docentes en este proceso? (22).

Trabajar por una educación y una pedagogía en enfermería que potencien las libertades

Tratando de dar respuestas a los anteriores interrogantes, aparece otro compromiso desde la docencia: hacer que la educación en enfermería cobre otro sentido, otra perspectiva, que no sea una educación para “depositar ideas de un sujeto en el otro” o narrar una realidad inerte, ahistórica y ajena a la experiencia de los *cuidados* de enfermería, pues la realidad que se nos presenta es tan compleja que la educación en enfermería no puede utilizar un solo lenguaje. No se puede quedar, como afirma Marcovich, en “el ‘monoglotismo’ científico o cultural [que] sucede cuando profesores o estudiantes encaran la realidad con sólo una ciencia” (23). Si cuidamos la existencia humana desde la salud, entonces las ciencias humanas y económicas tienen que ser lenguajes transversales para comprender lo que pasa por dentro y por fuera del aula, para comprender el mundo que impacta la salud de las personas, mundo al que se enfrentará el futuro profesional y en el que ejercerá las acciones de *cuidado* para las que formamos.

Freire dice que “los hombres no se hacen en el silencio, sino en la palabra, en el trabajo, en la acción, en la reflexión. Mas si decir la palabra verdadera, que es trabajo, que es praxis, es transformar el mundo, decirlo no es privilegio de algunos hombres, sino derecho de todos los hombres” (21). La educación en enfermería tiene que propiciar un conocimiento amplio del conjunto de la sociedad y de sus principales carencias en relación con las políticas públicas y de salud que nos conciernen, pero no desde la retórica de los docentes de humanidades, sino desde la acción práctica de las y los docentes enfermeras o enfermeros que enseñan el área disciplinar.

Una educación que expanda las libertades (24) para el desarrollo humano y potencie la crítica, para que cuando se ejerza profesionalmente no se asuman posturas sumisas y alienadas; una educación propositiva, argumentativa, que haga lectura crítica de la realidad, que forje en los sujetos educandos un empoderamiento (25) real con la profesión y su esencia del *cuidado*, además de construir nuevas formas de ciudadanía y sentido

social. En este aspecto encontramos muchos vacíos en nuestros profesionales, no hay conciencia clara de las implicaciones del acto de cuidado desde una perspectiva humanista, que tiene que ver con la necesidad de las personas de sentirse seres de desarrollo social, seres con potencialidades, seres con necesidades existenciales, que a través del acto de cuidado se puedan promover como sujetos históricos, sociales y políticos; visto así, habría coherencia cuando afirmamos que los procesos salud-enfermedad son procesos histórico-sociales; de lo contrario estaríamos atrapadas en el modelo biológico-individual-unicausal que tanto hemos criticado.

Una educación problematizadora lograría resistir a la expropiación de la esencia de la profesión, pues el discurso sobre el *cuidado* recobraría sentido y significado en la praxis social, porque, como afirma Consuelo Gómez, “La enfermería es una práctica del *cuidado* del otro, como también del *cuidado* de sí. El imperativo ético de cuidar de otro se deriva de la profesión y exige también el cuidar de sí mismo” (20). Ante esta situación, cabe la reflexión autocrítica docente: ¿será que durante el ejercicio pedagógico desarrollado en el proceso de formación de los profesionales de enfermería nuestro discurso ha sido de naturaleza transmisionista, narrativa o, como dice Freire, “ajeno a la experiencia existencial de los educandos”, que con el tiempo se petrificó quedando sólo el sonido de las palabras que significan al *cuidado* pero sin cobrar sentido en la compleja realidad que engloba el proceso salud-enfermedad? Me queda la duda sobre si este proceso pedagógico es el que no logra sembrar la fuerza transformadora que requiere el profesional de enfermería para que construya en la cotidianidad de su ejercicio profesional estrategias que resistan a la expropiación de la naturaleza verdadera del *cuidado*; pues la verdad es que en las primeras indagaciones y observaciones sobre la realidad de la práctica de enfermería en el contexto del actual sistema de SGSSS (12), se encuentra una mayor adaptación y ajuste al modelo rentista, y los tiempos de la enfermera son cada vez menores para la relación dialógica en el acto terapéutico, preventivo o asistencial.

Las actitudes pasivas, acrílicas y en las que el poder creador está minimizado pueden ser consecuencia de ese

modelo pedagógico transmisionista que creo sigue predominando en la enseñanza de la enfermería (26), a pesar de las innovaciones pedagógicas y didácticas que se hayan tenido, pues los rezagos de la vieja pedagogía, en la que el educador es el que sabe, el que piensa, el que habla, el que elige los contenidos y, además, es quien tiene el poder sobre el educando (21), lleva consigo estas consecuencias funestas sobre la incapacidad liberadora del sujeto de las situaciones que le oprimen, que le arrebatan la naturaleza de su profesión, que le excluyen de ser ciudadano o ciudadana de primera.

Es posible que la gran mayoría de docentes no seamos conscientes de las prácticas pedagógicas deshumanizantes que utilizamos en el proceso de formación, y digo deshumanizantes, porque cuando enseñamos los diversos actos de *cuidados* en cada uno de los procesos de salud-enfermedad nos olvidamos de que el humanismo riñe con la clásica educación *bancaria* que presenta la realidad como algo estático y fuera del sujeto de *cuidado*, que no aborda los problemas de la profesión como algo inherente al ejercicio del *cuidado*, que oculta los entramados históricos, económicos y políticos de las acciones de *cuidado* y porque olvida la vocación ontológica del ser por humanizarse. Y es que humanismo no es humanitarismo; el primero implica tener coherencia dialógica, es decir, no nos ha de basar la transformación de las maneras de pensar los problemas, sino ir a lo fundamental, a cómo transformar las situaciones que nos excluyen, que nos oprimen y que nos desvirtúan el rol profesional; el humanitarismo, como dice Freire, “radica en la preservación de la situación de que son beneficiarios”; con esta perspectiva, hoy tendríamos que dar “gracias por tener empleo”, así este linde con la indignidad laboral. Esta falsa generosidad de los nuevos empresarios del sector salud es lo que tenemos que evidenciar como otro de los problemas graves por los que atraviesa la profesión.

La educación superior en enfermería no puede estar de espaldas a la cruda realidad de la precarización de la fuerza laboral y, es más, es necesario trabajar por una educación en la que sus participantes (docentes y estudiantes) no sean seres que estén en el mundo universitario por estar, por pasar. Hacer de la educación un proceso en que estemos *con* el mundo y *con* el otro o la

otra. Esto implica, en primer lugar, estar en común-unió, participando y comprendiendo las múltiples inequidades y desigualdades sociales que viven las personas y los colectivos que cuidamos. En segundo lugar, hacer conciencia del mundo y de los sujetos que nos rodean, pero una conciencia que no sea solo estar presentes en las realidades, sino estar dentro de ellas, es decir, mediatizados por una educación que potencie la crítica, que diga no a la pasividad, que intercomunique con las realidades que vive la enfermería fuera del aula y el mundo de las personas que cuidamos, y que no se siga exaltando la educación libresco, que no comunica, que apenas informa y transmite unas experiencias no vividas, que no habla de las inequidades de género en la salud de las personas ni de los logros o exclusiones de la enfermería. Quizá por ello el alcance de nuestros procesos de formación no consiguen forjar espíritus que sean capaces de percibir la vida como un acto permanente de liberación y no de opresión; pues la libertad de acción, de pensar, de decidir, de expresarse, de elegir, no concibe seres alienados ni una práctica social sin acción ni reflexión sobre el mundo que se vive para transformarlo. Amartya Sen afirma que “la libertad no sólo es la base de la evaluación del éxito y del fracaso, sino también un importante determinante de la iniciativa individual y de la eficacia social” (24).

Reconstruir la imagen social de la enfermería

Todo lo anterior desconfigura la identidad profesional, porque se viene forjando una imagen social de la profesión que no articula su historia, su misión y su esencia, y por tanto se convierte en otro problema que implica compromisos estratégicos, pues la desvirtuación de la esencia del rol profesional de enfermería se inicia desde el momento en que comienza el proceso de expropiación del objeto de estudio de la profesión y del sujeto del *cuidado*.

Estas múltiples expresiones de un *cuidado en la adversidad* nos hacen pensar que “los currícula y planes de estudio han sido débiles en la formación sobre desarrollo humano, lo que no ha favorecido el fortalecimiento de la esfera política, de los niveles de autoestima y de liderazgo en el ejercicio profesional” (27). Por

ello los niveles de resistencia en los profesionales de enfermería son muy precarios, pues estamos encontrando una baja capacidad para ayudarse a sí mismos y al colectivo en su institución, con el fin de influir en iniciativas que mejoren sus condiciones laborales, profesionales y de vida, pues estos temas son fundamentales para el proceso de desarrollo humano y el posicionamiento de la enfermería en el contexto de las demás profesiones y de la sociedad en general.

Ante esta debilidad del rol profesional es necesario tejer otro compromiso social y gremial conjunto entre la docencia, la asistencia y nuestras organizaciones, como ANEC, Acofaen, el Consejo Técnico de Enfermería y el Tribunal Nacional de Ética en Enfermería, en Colombia, y Aladefe, en América Latina, con el fin de buscar acciones conjuntas que visibilicen una imagen real del ser, del pensar y del quehacer de la enfermería. Esta quizá ha sido una gran debilidad nuestra: el nunca trabajar la imagen social a través de los medios masivos de comunicación y el no persuadir a los funcionarios públicos y privados que tienen poder de elección en la asignación de cargos a profesionales de la salud. Una buena imagen social de nuestro rol profesional incide en las políticas públicas y contribuye a construir poder local en salud mediante una educación intercultural y un diálogo crítico de saberes. Estamos acostumbradas a realizar un trabajo endógamo, solo para nosotras, sin divulgar con fuerza, en imagen y con hechos, las competencias profesionales para las cuales hemos sido formadas. Es hora de iniciar en el país, en todos los rincones donde exista una enfermera o enfermero, una campaña que reconstruya la imagen social de la enfermería en su dignidad profesional, empezando por promover una afiliación masiva, pero consciente, a las organizaciones gremiales, como ANEC, como estrategia de mayor consolidación y cohesión profesional para afrontar los retos presentes y futuros.

La enfermería tiene una oportunidad histórica de salir renovada de la crisis, contribuyendo desde su acumulado de conocimientos y prácticas en el *cuidado* de la salud para que otra salud, otro *cuidado*, sean posibles, así como anhelamos en Colombia y América Latina que “otros mundos sean posibles”.

Si no asumimos el desafío, nadie será inocente. Todos seremos cómplices de generar sociedades enfermas (Manfred Max-Neef).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) ROMERO B., María Nubia. “El cuidado de enfermería en la adversidad”. Revista *Presencia*, Vol. 1, No. 1, junio 2005, www.index-f.com/presencia/n1/11articulo.php, pp. 3, 6, 7, 8, 9.
- (2) AHUMADA, Consuelo. “Globalización y salud”. En: *Salud Pública Hoy, enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Memorias Cátedra Manuel Ancizar. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, agosto de 2002, pp. 21, 22.
- (3) BALLESTEROS, Ricardo, Deuda pública interna: a punto de implosión. Septiembre 1 de 2005 www.geocities.com/vozx-col/bogota.htm
- (4) Véanse los artículos publicados de GONZÁLEZ RAMÍREZ, Ana Isabel. La deuda pública de Colombia, <http://www.monografias.com/trabajos22/deuda-publica/deuda-publica.shtml#intro> [consultado el 15 de enero de 2006]. ACOSTA MEDINA, Amylkar D. La espiral de la deuda, http://www.deslinde.org.co/Dsl36/dsl36_la_espiral_de_la_deuda.htm [consultado el 21 febrero 2006].
- (5) CONDE COTE, Alfonso. Representante de la Federación Nacional de Profesores Universitarios. “Reformas a la educación superior en Colombia”. En: Seminario Taller “Presente y futuro de la profesión de enfermería en el contexto de las reformas de la seguridad social en Colombia”. Bogotá, ANEC, marzo de 2005. www.anecnal.org.co
- (6) CEPALC. “Economía: el casino de la bolsa”. *Revista Encuentro*, julio 13 de 2006. Disponible en <http://www.adital.org.br/site/noticia.asp>, p. 4.
- (7) CEPAL, *Síntesis del panorama social de América Latina 2002-2003*.
- (8) Véanse datos del MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Estadísticas manejadas por la ANEC, www.anec.org.co y los movimientos por la defensa de la salud pública en Colombia.
- (9) Se puede ampliar este análisis en los artículos publicados en: *Revista ANEC*, publicación oficial de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, No. 63, enero de 2005; *La Salud Pública hoy: Memorias Cátedra Manuel Ancizar*, Universidad Nacional de Colombia, agosto de 2002; Periódicos *UN*, <http://unperiodico.unal.edu.co>; *El Tiempo*, años 2003-2004, www.eltiempo.com que presenta muchos artículos de columnistas analistas de la Ley 100 y sus impactos, entre muchos otros.
- (10) REVISTA SEMANA No. 1147, citada por Beatriz Carballo.

- (11) MAX-NEEF, Manfred, Antonio Elizalde y Martín Hopenhayn. *Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro*. CEPAUR. Fundación Dag Hammarskjöld. Medellín, Proyecto 20 Editores.
- (12) Véanse trabajos de grado para optar al título de enfermeras en la línea de investigación El cuidado en la adversidad, del Grupo de Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 2006.
- (13) Véase MESA, Lorena y Carol A. GÓMEZ. “El cuidado de la salud y la vida y su relación con la precarización del trabajo en enfermería”, trabajo de grado, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, agosto de 2006.
- (14) PALABRAS DEL PRESIDENTE URIBE en el mensaje de instalación del Programa Nacional de Salud 2002-2006, p. 1.
- (15). PARA EL CASO DE COLOMBIA está la Ley 266 de 1996, por medio de la cual se reglamenta la profesión de Enfermería en el país y se definen sus competencias y la Ley 911 de 2004 que define las responsabilidades deontológicas para el ejercicio profesional.
- (16) Véase GALINDO, Jasmidt y Deicy FÚQUENE. “Sentido y significado del consentimiento informado en la relación de cuidado enfermer@-usuario-familia”, trabajo de grado, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, agosto de 2006.
- (17) GALINDO, Mayra Solange. “Pervivencias y resistencias históricas en la resignificación del uniforme de enfermería. Trabajo de grado”, Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, agosto de 2006.
- (18) GÓMEZ PALACIO, Marjorie. “¿Son las cooperativas de trabajo asociado una alternativa laboral?”. *Revista ANEC* N.º 62, mayo de 2004.
- (19) CASTRILLÓN AGUDELO, María Consuelo. “Teoría y práctica de la enfermería: retos actuales”. En: *Investigación y educación en enfermería*, Vol. XIX, No. 1, marzo de 2001.
- (20) GÓMEZ SERRANO, Consuelo. “Cuidar de otros, cuidar con otros y cuidar de sí mismo”. *Revista Avances de Enfermería*, Vol. XIX, No. 2 de 2000, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.
- (21) FREIRE, Pablo. *La pedagogía del oprimido*, edición No. 37, Montevideo, Uruguay, Tierra Nueva, Siglo XXI Editores.
- (22) Véase HERNÁNDEZ, Sandra y Ludy GUTIÉRREZ. “Significado del discurso de cuidado del docente en la formación del estudiante frente al acto de cuidado humanizado”, trabajo de grado, Escuela de Enfermería Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, agosto de 2006. Disponible en Biblioteca Virtual LasCasas, www.index-f.com
- (23) MARCOVICH, Jacques. “Los desafíos de las humanidades en Brasil y en el mundo”. En: *La universidad en la sociedad del siglo XXI*, 1ª. ed. Madrid, Fundación Santander Central Hispano. Fondo de Cultura Económica, 2001.
- (24) Véase SEN, Amartya. *Desarrollo en libertad. Desarrollo y libertad*. Bogotá, Editorial Planeta, mayo de 2004.
- (25) Véase CARO, Clara Virginia. “El empoderamiento de y con enfermería”. En: *Cuidado y práctica de enfermería*. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2000.
- (26) ROMERO B., María Nubia. “Modelos pedagógicos en enfermería: una proyección del papel histórico de la mujer”. *Revista Perspectiva salud-enfermedad*, Vol. 8, N.º 1, marzo de 1993.
- (27) Conclusiones de la VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. II Simposio Internacional de políticas y regulación de recursos humanos de enfermería. Medellín, octubre 6, 7 y 8 de 2003. Disponible en: www.anec.org.co