



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Complejidad de la situación social en Enfermería

Complexity of the social situation in Nursing

Aries Cecilia RÉ^{a,*}

Recibido: 06 de septiembre de 2018

Aceptado: 08 de noviembre de 2018

PALABRAS CLAVE:

Salud de la mujer;
Paradigmas
opresivos; Inseguridad
laboral; Precariedad
socioeconómica;
Cultura del ejercicio
profesional;
Dependencia
profesional.

RESUMEN

Este trabajo de revisión es producto de la triangulación efectuada entre el pensamiento complejo de Edgar Morin, la praxis libertaria pedagógica de Paulo Freire y el paradigma feminista. Presenta un panorama actual de las condiciones sociales en que se efectúa el ejercicio profesional enfermero.

La historia, la educación recibida y los organismos regulatorios, combinados con el paradigma patriarcal, el paradigma cartesiano-positivista y el modelo económico liberalista-capitalista conducen a la precariedad económica, a la opresión científica y a la dependencia contractual laboral.

El currículo oficial tiene incidencia en la cultura de formación de enfermeras y luego, en la cultura en la que se realiza su enseñanza y su práctica. Además, imprime procesos cognitivos comportamentales y decisionales, seguidos por las enfermeras enseñantes que, finalmente, modelan la forma de pensar y de hacer de las enfermeras estudiantes. Se reproducen las prácticas culturales para resolver situaciones problemáticas clínicas y del ejercicio profesional, epicentro de convergencia de diversos sistemas sociales y de diversas ciencias, así como las prácticas culturales sexistas.

Numerosas situaciones problemáticas en el ejercicio profesional no son percibidas como tales. Reconocerlas demanda poseer competencias, actitudes y conocimientos previos interdisciplinarios, combinados con estrategias del pensamiento reflexivo, crítico y creativo contextualizados. Confrontarlas incluye un buen manejo emocional (inteligencia emocional) y del sentimiento personal de confianza y de seguridad en las competencias profesionales. Estos aspectos influyen el respeto que cada enfermera se otorga e influencia la imagen percibida por otros.

La enfermera no recibe adiestramiento en conductas que refuerzan el cuidado endógeno, hacia sí misma y hacia el grupo profesional en cuanto su autoestima, por medio de la preservación y protección de su salud física y mental; del refuerzo de su valor como persona y como profesional con incidencia económica. La enfermera debe realizar un esfuerzo reflexivo sobre de sí misma (autoconocimiento personal): aspectos cognitivo y valorativo-actitudinal en relación con el autocuidado y a su contribución social.

^a Universidad Nacional de la Patagonia Austral, Argentina.

* Autor para correspondencia: ceciliare1@hotmail.com

KEY WORDS:

Womens health;
Oppressive paradigms;
Job insecurity;
Socio-economic
precariousness; Culture
of the professional
exercise; Professional
dependence.

ABSTRACT

This article is product of the triangulation carried out between the thought complex of Edgar Morin, the praxis libertarian teaching of Paulo Freire and the paradigm feminist. Presents leading educational and social strategies to promote and mobilize the professional quorum of economic insecurity to prosperity, from oppression to labor contract independence, mediated by the curricular redesign.

Official curriculum has incidence in the culture of training of nurses and then in the culture in which is his teaching and his practice. It prints behavioral cognitive processes and decision-making, followed by nurse's teachers that ultimately shape the way of thinking and to student nurses. She is playing practices to resolve problematic situations clinical and professional practice, epicenter of convergence of different social systems and different Sciences. Solve problematic professional situations demand own competencies, attitudes and interdisciplinary knowledge, combined with the reflective, creative and critical thinking strategies contextualized. Also, includes a good management of your emotions (emotional intelligence) and their personal sense of personal confidence and security in their professional skills. These aspects influence the respect is elle is given and influence the image perceived by others. Currently, the nurse does not receive training in behaviors that reinforce the endogenous care, to herself and to the professional group as soon as their self-esteem through the preservation and protection of their physical and mental health; reinforcement of your value as a person and as a professional with economic impact. The nurse must be a reflective effort envelope itself (personal self-knowledge): cognitive aspects and value- attitude in relation to their own self-care already his social contribution.

INTRODUCCIÓN

Amar a la vida por su trabajo, es intimar con el más profundo secreto de la vida.
Khalil Gibran

Las enfermeras y las estudiantes se confían en el currículo educativo ofertado por la institución formativa, influenciado por paradigmas que prolongan su condición social de Cenicienta.

La incorporación de elementos de la Ciencia de la complejidad, con la categoría de *El bien pensar* de Edgar Morin en el currículo de la carrera de enfermería, incide en el análisis decisional realizado por las enfermeras en situaciones del ejercicio profesional,

descubriendo debilidades intelectuales, epistemológicas y humanas transmitidas por el currículo. Se conceptualiza a la complejidad como una cualidad compuesta por diversos elementos. En términos generales, tiende a ser utilizada para caracterizar algo con muchas partes que forman un conjunto intrincado y difícil de comprender.¹

El currículo tiene incidencia en la práctica cultural de brindar cuidados exógenos y es un intermediario en la perpetuación de inequidades sociales existentes en el ejercicio profesional.

La enseñanza de la enfermería está circunscrita por perspectivas ideológicas de género, políticas y económicas tácitas, que no son cuestionadas ni repensadas por el *quórum* profesional despersonaliza-

do. Esto es producto de la cultura corporativa que describe, prescribe y justifica la obligación continua que tiene una enfermera para dar el máximo de las propias posibilidades.² Ninguno de los componentes del currículo educativo enfermero es negociado, porque para conciliar hay que tener conciencia sobre la existencia de estos factores, conocimientos y competencias conductuales y actitudinales específicas para eliminarlos.

CONOCER SU HISTORIA PARA CAMBIAR EL FUTURO

La cultura occidental del ejercicio profesional enfermero adquiere forma histórica, fundada en la división sexual del trabajo, reflejo de la religión, tanto católica como protestante, reproduciendo el paradigma mental patriarcal de forma inconsciente.³ Este paradigma subordina a la mujer, considerada un ser inferior y menos competente. Así, el arte de curar con su modelo médico hegemónico, centrado en la enfermedad, supedita el arte de cuidar con su modelo de promoción del bien estar biopsicosocial, centrado en promover y proteger la vida, conservando la salud.

La reconstrucción histórica de las prácticas de salud de las mujeres, sobre la base de una importante cantidad de estudios empíricos disciplinarios y ajenos, delinea una imagen congruente, transcultural en occidente, prescindiendo del espacio geográfico y temporal. Los cimientos históricos permiten responder cuestiones sociales en las que la perspectiva de género, la experiencia, la autoridad y los procesos de legitimación profesional están presentes.

Históricamente, este arte de cuidar no académico, ejercido por mujeres, es confundido con el de sanar o curar, en manos de los médicos hombres, en posesión de conocimiento erudito, después del siglo XVIII, el que destrona y domina durante siglos a este hacer que viene apareado a la naturaleza fémina. Los cuidados –y las enfermeras– son calificados y vistos como “sujetos a subordinación, obedientes, sometidos y esclavizados a la profesión médica”.⁴ Las enfermeras han sido descritas como “parásitos útiles”.⁵

Ejecutar un arte requiere la utilización de los sentidos y de la percepción interpretativa para ver más allá de una imagen, de un objeto, de un cuerpo, de una situación. Un arte necesita de la emoción para descubrir aquello que parece oculto. La historia del arte está vinculada a la cultura de una sociedad y de ésta se desprende la filosofía de las ciencias, reflejada en la enfermería como profesión, disciplina y ciencia en combinación con el arte. Es arte porque requiere de múltiples competencias para adaptarse a las necesidades de las personas, ponerse literalmente en los

zapatos del otro para comprenderlo en diversos contextos, lo que debería hacerla creativa e innovadora.

En el siglo XX, la enfermería se perfila como profesión, moderna y científica (alejándola de la emoción y, puntualmente, de la inteligencia emocional) asociada con la mano de obra femenina: mujeres que, para poder vivir, trabajaban por un salario bajo.

La mayor parte de las investigaciones sobre profesiones sanitarias, inequidad y género y de los escritos históricos sobre las prácticas de cuidado:

Tratan de sanadoras empíricas, enfermeras, nodrizas y médicas y muestran una realidad constante que parece transtemporal y, hasta donde nos permite la diversidad europea, también transcultural, como es el trabajo sanitario de las mujeres y su persistente interés por ser reconocidas como expertas en salud.⁶

Desde la óptica de la filosofía, la enfermería es una actividad mecanicista reduccionista, refleja reactividad, prioriza el conocimiento, o su estructura, y se centra en el ser y su experiencia de salud: busca comprender el significado, la interpretación, las preocupaciones y las situaciones que vive el cliente.

Por otro lado, muchas de las intervenciones para cuidar son “imposibles de medir”, son “invisibles”,⁷ por ejemplo, dar esperanza a sus clientes, sonreírle, acompañarlo en momentos críticos de los procesos diagnósticos y terapéuticos, acomodar una almohada, tacto terapéutico, diálogo terapéutico.

Estos momentos, invisibles para el sistema de salud, marcan la diferencia en la calidad de los cuidados profesionales dispensados. Si el cuidado humano es obviado no hay sanación (convalecencia y rehabilitación), y el paciente puede morir. Más importante aún si la persona está en aislamiento físico y social o en condiciones de vulnerabilidad (recién nacidos, adultos mayores, personas en coma).

El diagnóstico médico y la terapia farmacológica no son suficientes: “Es interesante observar que, en los países donde sólo la medicina ha alcanzado un alto grado de progreso y la enfermería no, el estado de salud de la población no refleja el nivel de progreso logrado por la medicina”.⁸ Reducir los servicios enfermeros a sus técnicas es negar la condición humana e interferir en su aporte profesional, lo que constituye una violación ética y para muchos países, legal, por su ley de ejercicio profesional.

Los factores sociales históricos de coincidencia universal occidental son:

1. Inicios del ejercicio de la enfermería a cargo de mujeres, muchas veces solas, pobres y sin estudios.

2. Algunas de estas cuidadoras eran, o habían sido, prostitutas o carcelarias, lo que ocasionaba prejuicios morales sospechándolas de robo, maltrato hacia los pacientes o falta de honestidad.
3. Otras cuidadoras eran profundamente religiosas, con o sin carrera sacerdotal, con transmisión de la imagen de devoción, resignación, sacrificio de su propia persona por compasión y amor al prójimo.
4. Algunas mujeres eran cuidadoras benévolas: gratuidad.
5. Luego de Florence Nightingale, las aspirantes a enfermeras fueron seleccionadas por demostrar vocación, valores morales, compasión, dedicación, servicio y deseo de formarse.
6. Fidelidad al médico (reafirmación del modelo médico hegemónico verticalista).
7. Formación rígida, estructurada, muchas veces sin tomar en cuenta a la emoción, la intuición, lo estético y lo creativo individual.

Es importante analizar estos aspectos *porque* “todo grupo humano, todo pueblo tiene la obligación moral y estricta de reconstruir su pasado, de hacerse su historia, máxime si este pasado tiene un valor paradigmático”, dice Moreno.⁹

Las inequidades sociales cobran identidad sexual en las estadísticas: “Las mujeres suponen más de la mitad de la población del mundo, realizan casi las dos terceras partes de su trabajo, reciben solamente la décima parte de sus ingresos y poseen menos de la centésima parte de los bienes mundiales”.¹⁰

El refuerzo histórico del aspecto caritativo, y de asistente del médico, permite pensar que la corriente feminista pasó cerca de las enfermeras, pero no lo suficiente como para lograr autonomía profesional, mejores salarios, ventajas sociales y una mayor participación en el sistema de salud; aspectos que se obtienen por agruparse con bases sólidas y por no ser obsecuentes con las hegemonías existentes. En efecto, “la figura de la enfermera se aproxima al estereotipo de mujer del que se pretende huir desde las filas feministas”.¹¹

El conocimiento sobre su historia permite caracterizar las condiciones sociales presentes. Influenciada en su ejercicio por organizaciones internacionales (la Organización Internacional del Trabajo, el Consejo Internacional de Enfermeras, la Organización Mundial de la Salud, El Banco Mundial de Desarrollo), muchos condicionamientos administrativos se unen para evitar su despegue y su desarrollo laboral independiente con respecto a la medicina.

El Consejo Internacional de Enfermeras puntualiza algunos de los roles esenciales profesionales éstas, los que “incluyen la defensa, la promoción de un

medio ambiente sano, la investigación, la participación en el desarrollo de políticas de salud y en la gestión de los sistemas de salud y de pacientes-organización del trabajo- así como en la educación”.¹²

CONDICIONES LABORALES NO TAN PROFESIONALES

Ellis y Hartley (citados por Sosa-Rosas) propusieron siete características comunes a todas las profesiones. En su análisis aplicado a Enfermería, puntualizó debilidades en los puntos cuatro, seis y siete:¹³

1. Tener un cuerpo definido y organizado de conocimientos intelectuales que puedan ser aplicables a la actividad del grupo.
2. Utilizar el método científico.
3. Formar los profesionales en instituciones de alto nivel educacional (universidades).
4. Funcionar con autonomía en la formulación del control profesional de sus actividades profesionales.
5. Desarrollar un Código de Ética o Deontológico.
6. Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad por los servicios que presta.
7. Realizar esfuerzos para ofrecer compensación a los profesionales por medio de autonomía, desarrollo profesional y seguridad económica.

La modernidad occidental ha dado paso a la palabra experto para todo lo que se necesita hacer, pero se ha olvidado de formar expertos en el arte de apreciar la vida. El pasaje teórico (estudios técnicos, licenciatura, maestría, especialidades, doctorados, post- doctorados), el contar con leyes que enmarcan su enseñanza obligatoria y su ejercicio profesional clínico, así como contar con un Código Ético, no han sabido traer consigo una verdadera autonomía profesional, ni progreso económico, ni mejoras en las condiciones de trabajo, tres aspectos esenciales que inciden negativamente en la calidad de vida, en el ciclo de salud-enfermedad de las cuidadoras –mal cuidadas después de siglos–, con repercusión en la representación social acerca de su identidad e imagen de doméstica: “‘Esposa’ del médico en su función de ayudante, ‘madre’ de los pacientes en su curación y cuidado y ‘servidora doméstica’ de las instituciones de salud” como lo explica García Bañón.¹⁴ Lo doméstico, históricamente, puede relacionarse con el término violencia, por medio de formas sociales que señalan las palabras servidumbre, esclavitud y colonialismo. Flexner explica que:

Enfermería puede ser descrita como otro brazo –el otro son los farmacéuticos– del médico o del cirujano. Su

función es instrumental, aunque no sólo mecánicamente instrumental. Tal vez en ciertas relaciones, ella es casi una colaboradora. Sin embargo, básicamente es el médico quien observa, reflexiona y decide. La enfermera está en sus manos, lleva a cabo sus órdenes. Es convocada como un centinela en casos de emergencia, quien subordina con lealtad su inteligencia a la teoría y las políticas del médico, y secunda sus esfuerzos.¹⁵

La enfermería es netamente curativa hospitalaria, con un rol preventivo secundario, organizándose el hospital como se lo hace con una industria. De allí la necesidad de obreras especializadas; nacen las especialidades médicas y las de enfermería a la par, fundadas en la idea de división, con privilegio a la competencia técnica, acentuación del servicio individualizado, lo que lleva a la división de tareas y la necesidad de aumentar el recurso 'Auxiliares de enfermería', porque se le paga menos.

En Canadá, en 2001, se realizó el "Foro sobre la Fuerza Trabajadora de Enfermería" convocando a países desarrollados industrialmente por el CIE. Todas las ANE (Asociaciones Nacionales de Enfermería) manifestaron preocupación por el empeoramiento de las condiciones de trabajo por:

1. Escasos puestos de trabajo.
2. Aumento de la carga de trabajo (implicando un deterioro en la salud, con consecuencias sobre la salud de la progeñe).
3. Reducción del tiempo de relación con los pacientes.
4. Mayor probabilidad de tener que quedarse en el trabajo o tener que volver al trabajo en horas libres.
5. Aumento de la jornada de trabajo (de 8 horas a 12 horas).
6. Exigencias en cuanto a los insumos utilizados durante el trabajo (realización de técnicas). Los países con más alta tasa de violencia en el lugar de trabajo son Francia, Argentina, Rumania, Canadá e Inglaterra, que han señalado las tasas más elevadas de agresiones y acoso sexual en el lugar de trabajo, según indica la Oficina Internacional del Trabajo.¹⁶
7. Un peor entorno físico y psicológico de trabajo tiene para las enfermeras consecuencias como las siguientes: aumento de las horas extraordinarias trabajadas, dificultades para contratar personal y retenerlo, además de ausencias por enfermedad, invalidez y suicidio.

El mismo informe aborda estos aspectos espinosos. Resumidamente:

1. Todos los países tienen o tendrán escasez de enfermeras.

2. Iniciativas para escalonar y retrasar la jubilación (proceso altamente negativo).
3. La violencia en el lugar de trabajo incluye abuso verbal, acoso sexual y psicológico.
4. Las ratios enfermera/pacientes no se han establecido en los países desarrollados, menos en los subdesarrollados.
5. Rechazo de la asignación: las enfermeras tienen que participar en todas las formas de enfermería y de atención a los pacientes, con tal de que la situación conlleve actividades que sean éticas y cumplan las normas profesionales. Esto produce un estrés psicológico en éstas porque deben ejecutar contra su sistema ético y de creencias (lo que es paradójicamente antiético). Así, una enfermera puede ser obligada a participar en un aborto, aún si su creencia religiosa o su conciencia dictamina que es un crimen o un acto malvado.
6. La comunidad de enfermería es vulnerable. Esta vulnerabilidad se produce porque la fuerza de trabajo de enfermería disminuye en número, tiene una desigual distribución por edades y está compuesta por enfermeras, cuyos orígenes culturales no reflejan los de la población en general, según Canadá.

Esta creencia es incorrecta. Enfermería es el personal sanitario más numeroso del mundo y dentro de un hospital, hay más enfermeras que cualquier otro tipo de profesional. La edad tiene influencia en la organización del trabajo, dado que biológicamente, trabajar de noche o en rotación, 8 horas por día, se hace más penoso a partir de los 45 años, sin contar la carga física ni mental del trabajo a efectuar.

Los orígenes culturales no tienen incidencia porque el currículo imprime valores humanos universales. Éstos provienen de la Ética, rama de la filosofía, reflejados en los códigos deontológicos, todos nacidos a partir de la posición universal realizada por el CIE.¹⁷ También se encuentran en las ciencias de corte social y psicológico. Estos mismos valores pueden estar reflejados en la/s ley/es del ejercicio profesional porque el Derecho tiene su fuente también en la Filosofía y la Ética.

7. Las enfermeras laboran en ambientes peligrosos: pinchazos infecciosos o mortales¹⁸

Numerosos aspectos del trabajo enfermero no son analizados, investigados y, por lo tanto, permanecen sin cambios positivos:

1. El porqué de la duración de la jornada laboral fijada en ocho horas, identificación con el trabajo de fábrica o industria.
2. Los bajos salarios.
3. El trabajo penoso de noche, los fines de semanas y en rotación.
4. La obligación de hacer horas extraordinarias o suplementarias.
5. El ambiente físico de trabajo (ruidos, radiaciones ionizantes y no, iluminación, temperatura, contaminantes químicos, biológicos, distancias recorridas).
6. La carga física de trabajo: peso, cambios posturales calculados en una hora;¹⁹
7. La organización del trabajo, carga de trabajo (número de pacientes por enfermera), su división (co-equipo con auxiliares de Enfermería –AE– y con ayudantes básicos), complejidad de atención (tareas simples, medianas y complejas por paciente), número y tiempo de técnicas a efectuar por paciente.
8. La carga mental del trabajo: tiempo dedicado a escribir, tiempo dedicado a establecer el diagnóstico y a planificar las intervenciones, estrés por complejidad o gravedad del paciente, etc.
9. La presencia de factores humanos que inciden en el trabajo y que pueden tener efectos para la salud de las personas a nivel físico, mental y social, entre los que se encuentran: falta de autonomía para la toma de decisiones (dependencia estricta de médico o de otro personal del equipo de salud); la insatisfacción con las tareas propias del oficio y sobrecarga cualitativa (tareas difíciles o complejas); el trato poco amable y cordial por parte del equipo de salud, de la clientela y del Departamento de Recursos Humanos (DRH); una supervisión despótica; las dificultades para obtener permisos y pausas; la falta de estabilidad laboral; la inexistencia de ascensos con base en méritos, rendimiento, educación; la inexistencia de manuales con la descripción del puesto de trabajo del Personal de enfermería; la inexistencia de manuales con políticas y procedimientos internos claros y específicos; la existencia de conflictos sindicales o gremiales.
10. Los riesgos profesionales (Biológico, Físico, Químico, Psicosocial, Ergonómico).
11. Los insumos, materiales, equipos en número suficiente y en condiciones de utilización.
12. La cobertura con respecto a los accidentes de trabajo y a las enfermedades profesionales, la maternidad y la paternidad;
13. La ejecución de un programa de salud ocupacional y la presencia de medidas y normas de seguridad, no son abordados.

Un discurso deontológico, mal catalogado de ético, justifica la obligación de estirarse como un chicle, dando el máximo de posibilidades de manera constante, llevando al agotamiento. La enfermería es una profesión sin ventajas sociales a pesar de ser el trabajo con más riesgos para la salud y uno de los realizados bajo las peores condiciones, sin considerar las características fisiológicas y psicológicas féminas, muy distintas al sexo opuesto (ver Anexo 1, Tabla 1).

LIBERALISMO PARA ALGUNOS, ESCLAVISMO PARA OTROS

Por razones económicas, el número de profesionales de la salud para-médico y el para-enfermero (Auxiliares en enfermería, *Préposés aux bénéficiaires* –figura canadiense no existente en América Latina, equivalente a Ayudante básico, permite desglosar el cuidado de enfermería en su complejidad, pues realiza funciones menores al de un/a Auxiliar dependiendo ambos de una Licenciada en enfermería o enfermera–, camilleros, técnicos en laboratorio y radiología, etc.) ha sido reducido, hecho conducente a un aumento en la carga de trabajo y a una multiplicación de los protocolos de tratamiento que obligan a la enfermera a hacer más en menos tiempo, lo que no motiva ni facilita el razonamiento clínico enfermero ni las actividades independientes.²⁰ El factor tiempo para la realización de técnicas ha desaparecido de los manuales de aprendizaje y esta desaparición no es inocente.

Con la llegada del modelo capitalista-neoliberal, se ha presentado un deterioro de las condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras. Así,

No se cuenta con programas de salud ocupacional; bajaron las participaciones de las enfermeras en las organizaciones gremiales, científicas y sindicales; cambiaron los tipos de contratación fija por ocupaciones provisionales, con la consiguiente pérdida de la estabilidad y desprotección en seguridad social; aumentaron las actividades administrativas asignadas a los enfermeros (as), en detrimento del cuidado directo; y en cuanto a los rangos salariales, se mantienen aceptablemente en los contratos a término indefinido, pero persiste el primer rango de menos de 2 salarios mínimos, sobre todo, en las formas de contratación provisional.²¹

La enfermería como profesión, conformada en su mayoría por mujeres, se enfrenta a múltiples riesgos laborales, que la convierten en la profesión sanitaria con mayores riesgos para la salud personal y la menos remunerada del campo. Es sin duda, el área de la discapacidad la que mejor da cuenta sobre la necesidad de considerar la relación entre salud y trabajo, trabajo y desigualdad social, condiciones que empeoran si la víctima es inmigrante y mujer.²²

Silencio y olvido sobre los suicidios provocados por el sistema de salud que se vuelve contra las enfermeras.²³⁻²⁵ Oído sordo a las quejas de agotamiento, señales de angustia, de tristeza, de desesperanza, de socorro por parte de las vestidas de blanco. Ojos ciegos frente al acoso, el estrés y a todas las manipulaciones antiéticas que las enfermeras sufren de manos del personal de la Medicina del Trabajo, con apoyo del área de recursos humanos, de las organizaciones sindicales, de las oficinas gubernamentales, de los partidos políticos y del sistema jurídico, que no acatan los códigos éticos, hiriendo y matando más que sanar, representar, defender y hacer justicia.

Por otra parte, el Capitalismo-liberalismo desea ver a todas las mujeres alejadas de la noción familiar, porque criar a los hijos les quita fuerza y tiempo para trabajar. La posición feminista socialista explica que las mujeres están en constante tensión psico-social entre el sistema doméstico y el sistema económico. En el doméstico, el patriarcado desea que la mujer reste en la casa gratuitamente; en el económico, el Capitalismo desea verlas a todas fuera de la casa, produciendo por muy poco dinero o gratis. En el doméstico, se crean obreros; en el segundo, se crean los puestos de trabajo (Anexo II, Gráfico 1).

“El que parte y reparte se queda con la mejor parte”. El patriarcado controla las oportunidades de empleo y las remuneraciones a mujeres. Esta paga

miserable las empuja a casarse, hacia lo doméstico y a la dependencia masculina.

La división sexual del trabajo doméstico es perpetuada en el mundo laboral y viceversa, complementándose con el Capitalismo-liberalismo y los dos sistemas contra la mujer: “El patriarcado es un conjunto de relaciones sociales entre los hombres que tienen una base material, y que, aunque son jerárquicas, crean una interdependencia y solidaridad entre los hombres que les permite dominar a las mujeres”.²⁶

Los hombres utilizan las instituciones y relaciones capitalistas para asegurar su situación de privilegio sobre la mujer y para tenerla subordinada, fomentando largamente las conductas de explotación y de sobreexplotación. Se le niega a la mujer el acceso a la riqueza y a los derechos fundamentales de desarrollar su personalidad, su educación y de tener salud.

El género y el concepto de patriarcado se enriquecen dinámicamente en el marco del desarrollo de opciones políticas. Así, el interés por la problemática de género es más que académico, pero la transformación debe comenzar desde la educación.

El ejercicio médico y el de otras profesiones, además de su presencia en el sistema de salud en número, tiene consecuencias directas en el ejercicio de la enfermería. El método por el que se remunera a los médicos también influye en la determinación del alcance del ejercicio y del salario enfermero.

Si el médico recibe un honorario por cada procedimiento que lleven a cabo o por cada servicio que presta, probablemente preferirá encargarse él mismo de efectuarlo y de efectuarlo bien, porque sin resultado, no debería recibir dinero. Cuando no es así, lo más probable es que esos procedimientos y servicios se conviertan en parte del ejercicio de la enfermería (aplicar inyecciones, extraer muestras para el laboratorio, iniciar y vigilar la transfusión de líquidos, insertar o colocar dispositivos intrauterinos, sondas y catéteres, impartir educación sanitaria, etc.).

Es muy importante saber si el médico cobra por estos actos o si se saca el paquete pasando su trabajo a la enfermera, pero percibiendo los honorarios. A salarios médicos desorbitantes, corresponde menos puestos para la enfermería, con más carga de trabajo y con un salario colectivo de miseria. La remuneración es un factor decisivo en la contratación y retención del personal de enfermería, volviendo a ésta una ocupación mal remunerada y sin incentivos en la mayoría de los países; con sueldos más bajos que los de grupos profesionales equivalentes.

Este factor salarial, sumado a las condiciones de trabajo, influyen en que la formación no sea elegida como opción gratificante, empuja al abandono profesional prematuro. Sin un número suficiente de enfermeras bien formadas y con tiempo de trabajo suficiente para

efectuar sus intervenciones independientes de forma eficaz, no hay desarrollo científico, representación política ni avances profesionales.

En algunos países, la enseñanza de la enfermería se efectúa bajo condiciones pobrísimas, en centros de formación en muy mal estado y sin otro insumo que la voluntad humana de la enseñante y de la estudiante.

En semejante situación es improbable que la enfermería sea una carrera atrayente por la cual optar, o bien, mantenerse, por lo que poco a poco se detendrá el desarrollo del ejercicio profesional. La enfermería agoniza.

ORGANISMOS POLÍTICOS REGULADORES DE LA PROFESIÓN

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) establece las normas del trabajo, formula políticas y elabora programas promoviendo el trabajo decente (TD) de todos, de mujeres y de hombres en conjunto con gobiernos, empleadores y trabajadores. Las enfermeras nunca son formalmente consultadas ni escuchadas en sus pocos intentos de participación democrática.

Los objetivos principales de la OIT son promover los derechos laborales, fomentar oportunidades de TD para todos, mejorar la protección social y fortalecer el diálogo al abordar los temas relacionados con el trabajo (Anexo III Gráfico 2). La OIT no trabaja sola. Para lograr sus finalidades, necesita que los trabajadores estén en salud porque si no, no hay producción. Además, trabaja ligada a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ésta, amarrada al Banco Mundial de Desarrollo y a las Naciones Unidas (ONU):

la OMS, con el apoyo de su red de centros colaboradores para la salud de los trabajadores y en colaboración con otras organizaciones intergubernamentales internacionales, trabajará con los Estados Miembros para aplicar este plan de acción de la siguiente manera: promoviendo alianzas y medidas conjuntas con la OIT y otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, organizaciones de empleadores, sindicatos y otras partes interesadas de la sociedad civil y del sector privado, con miras a fortalecer los esfuerzos nacionales en favor de la salud de los trabajadores, y participando en esas iniciativas.²⁷

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) está al servicio del público y no al servicio de las enfermeras, si bien invita y explica al grupo profesional porque ocupar una plaza activa de liderazgo para protegerse y fortalecerse.²⁸ Este organismo no actúa buscando mejoras salariales, reducción de horas de trabajo, reorganización del trabajo para evitar la sobrecarga

laboral, las enfermedades en el grupo profesional, evitar los accidentes durante el tiempo de trabajo, entre otros aspectos vitales profesionales. Siendo el grupo profesional más numeroso del planeta, ¿cómo es posible que subsistan históricamente las malas condiciones laborales en que se desarrolla el ejercicio enfermero en la mayoría de los países occidentales?

El Convenio sobre el Personal de Enfermería, 1977 (núm. 149) deja toda decisión a los empleadores y a los gobiernos, en definitiva, se lava las manos con sus recomendaciones (num.157). Entre algunas de ellas, merecen ser analizadas las realizadas sobre la remuneración, seguridad social, disposiciones especiales para los estudiantes. La OMS en su informe sobre Enfermería manifiesta que “el ambiente económico, social y cultural de cada país es único, pero los problemas con que se enfrenta el desarrollo del ejercicio de la enfermería parecen ser comunes. Estos problemas aparecen en diferentes combinaciones en distintos contextos”.²⁹

Existe una relación directa entre el currículum de enseñanza de cuidados enfermeros hacia afuera (el cliente) elaborado a partir de posiciones tradicionales. Silenciado en los discursos, castrados directamente en la formación, sin efectuarse investigaciones transdisciplinarias entorno a un ejercicio profesional humano, respetuoso de la dignidad humana, de la condición biológica y psicológica femenina. La salud de las enfermas no es cuidada y su trabajo no es suficientemente remunerado. Marie Françoise Collière, en su libro *Promover la Vida*, considera que “cuidar, es ante todo una relación humana” sostengo que “cuidar y cuidarse debería ser, ante todo, una acción y una reacción humana”.

La retórica de la explotación, de la opresión que someten a las enfermeras es doble: el discurso biomédico hegemónico exterior a la profesión y en su interior, la organización inflexible que constituye una prisión, rigidez característica de “el mal pensar” descrito por Edgar Morin.

ENFERMERÍA VERSUS CUIDADO

Recordemos que enfermería, del latín “in” –partícula negativa–, más “firmus” –firma–, “firmum” –firme, resistente, fuerte–, y “eria” –actividad o establecimiento–; resulta una primera aproximación sobre su definición, que refleja perfectamente su pasado y su presente: “actividad (relacionada) con lo inestable, lo enfermo, lo débil”, posible de aplicarlo exógenamente y endógenamente. La razón de ser de esta ciencia es cuidar la salud, entonces, ¿en qué condiciones de salud se encuentran las enfermeras en ejercicio y por qué?

La raíz del mal de la enfermería se funda en el hecho de no despegarse totalmente de la medicina para dar paso a la ciencia y al arte del cuidado. Hasta aquí, ha sido sostenedora de dos paradigmas: el patriarcal y el de enfermedad. Culturalmente, la profesión debería incorporar el paradigma feminista y el paradigma del cuidado. Cambios sociales, científicos y políticos, endógenos y exógenos favorables, se operarán desde sus filas.

Psicológicamente, si uno escucha: “soy enfermera” inmediatamente hacemos la asociación con enfermedad y con todo lo negativo que implica. Nos lleva a pensar en que la efectora también terminará enferma. Sólo alguien insano o que no se ama podría poner en riesgo su salud y su vida. Entonces, la frase se transforma en “soy enferma” o “estoy enferma”. Cuando escuchamos “cuidado”, inmediatamente pensamos en prevención alejándonos de todo lo que sea negativo. Así, si yo me amo, yo me cuido. Preveo y evito que algo malo me suceda o le suceda a alguien. Cuidado y el objetivo ético Amor/Autoestima son indisociables.

Enfermería debería cambiar su nombre por el de Cuidadología: Ciencia, estudio y arte del cuidado. La enfermera sería cuidadóloga, especialista del cuidado, alguien que sabe cuidar y que, por lo tanto, también se cuida. Responsabilizarse con eficacia de su propia integridad física femenina, requiere una personalidad de líder y una formación científica multifacética (Biología, Ética, Antropología, Política, Administración, Derecho, Pedagogía crítica, etc.).

CONCLUSIONES

El rol de cuidar se ha presentado como auxiliar al rol de curar, sin tenerse en consideración la complementariedad de ambas. No es posible la una sin la otra.

La Enfermería produce salud, asegura la supervivencia y la evolución de las poblaciones, pero su sexo es el femenino y se adquiere inmediatamente la forma cultural de secundario respecto al masculino.

La división sexual del trabajo doméstico es perpetuada en el mundo laboral y viceversa, complementándose ambos contra la mujer: “El patriarcado es un conjunto de relaciones sociales entre los hombres que tienen una base material, y que, aunque son jerárquicas, crean una interdependencia y solidaridad entre los hombres que les permite dominar a las mujeres”.

Mitigar el hambre, el dolor, la incomodidad y el sufrimiento de las enfermeras en función es primordial

para prevenir accidentes y enfermedades, así como para crear un ambiente sano en donde este cuidado pueda transmitírsele a la sociedad.

Se siente la urgencia de enseñar la Ética, de enseñar el amor por sí mismo, la comprensión, la defensa de los derechos humanos y civiles, enmarcados por el amor universal, conceptos que pueden incorporarse en un currículo de formación socio-crítico o post-crítico.

Para ello, hay que lograr fortificación interna en número y en solidez organizativa. Una acción sistemática de unificación de fuerzas se impone para sobrevivir siendo respetadas como mujeres, madres, profesionales y ciudadanas, mediado por un giro cultural. Los discursos no dicen toda la verdad y hay que saber crear significados e interpretaciones a lo que se lee.³⁰

Abogar por devenir una profesión liberal, libre de prejuicios y atavismos, es una urgencia profesional por no agonizar.

RECOMENDACIONES

1. Planificar la reforma a partir de los contenidos de formación.
2. Hacer visible lo que es invisible para el sistema de salud, trabajo que parte desde los currículos educativos.
3. Iniciar investigaciones interdisciplinarias dirigidas al grupo profesional, triangulando con Ergonomía, Psicología, Salud ocupacional, Psicología, Antropología, Ética, Derecho, entre otras.
4. Insistir en las investigaciones que pongan en evidencia la discriminación y la violencia laboral, describiendo el rol desempeñado por sindicatos, recursos humanos y la oficina de salud, para hacer ‘ciencia con ciencia’.³¹
5. Investigar la relación carga de trabajo, pausas, accidentes laborales, lesiones y enfermedades laborales, discapacidad y suicidio entre las enfermeras.
6. Cambiar la nomenclatura “enfermería” que la liga a la enfermedad y, por ende, a la medicina y a la muerte, por el de “Cuidadología”, ligada a la salud, a la vida y, por lo tanto, relacionada con toda la ciencia que la protegen.
7. Abrirse a una psicología positiva, con esperanza y libre de paradigmas socioculturales castrantes impuestos sobre la mujer.

REFERENCIAS

1. Morin, E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Francia: UNESCO; 1999 [Revisado el 4 de octubre de 2018]. Disponible en http://cetr.net/files/1290746303_7saberes.pdf.
2. Moreno-Jiménez. Desgaste profesional (burnout). Personalidad y Salud percibida. España: UAM; 2001 [Revisado el 4 de octubre de 2018]. Disponible en <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>.
3. Novo M. La mujer como sujeto, ¿utopía o realidad? Revista POLIS de la Universidad Bolivariana. 2003; 2(6). Disponible en http://etc.uab.cat/usuarios/servei_apartat/arxiu/ladonacomasubjecte.pdf [revisado el 4 de octubre de 2018].
4. Paley J. Caring as a Slave Morality. Nietzschean Themes in Nursing Ethics. Journal of Advanced Nursing (JAN). octubre 2002; 40(1): 25-35. [Revisado el 4 de octubre de 2018]. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1365-2648.2002.02337.x>.
5. Kuhse, H. Caring: Nurses, Women and Ethics. Wiley/Blackwell, 2009.
6. Cabré Pairet M. y Ortiz Gómez, T. Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XII–XX. Barcelona: Icaria; 2001.
7. Collière Marie- Françoise. Promover la vida: de las prácticas de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana/McGraw-Hill; 1993.
8. OPS/OMS. CIE. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Washington: OPS/OMS; 1961. [Revisado el 04-10-18] Disponible en <http://biblioteca.hsjdbcn.org/V%20Henderson.pdf>.
9. Moreno JM. Historia de la Educación. Madrid: Ed. Parainfo; 1974.
10. Aguilar C. ¿Por qué es importante el género en la Pedagogía Crítica? Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado. 2009; 64 (23,1): 121-138. [Revisado el 04-10-2018]. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/274/27418821009.pdf>.
11. Mortimer B. Introduction: The History of Nursing: Yesterday, Today and Tomorrow. En B. Mortimer and S. McGann (eds.). New Directions in the History of Nursing. Londres: Routledge; 2005.
12. CIE. Definición de Enfermería. Ginebra: CIE; 2015. [Revisado el 4 de octubre de 2018]. Disponible en <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>.
13. Sosa-Rosas MP. La mística de la profesión de enfermería. México: UNAM; 2015. [Revisado el 4 de octubre de 2018] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151i.pdf>.
14. García Bañón A. La enfermería vista desde el género. Revista Index Enferm. Oct. 2004; 13(46): 45-48. [Revisado el 4 de octubre de 2018]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200009&lng=es.
15. Flexner A. Is social work a profession? En Proceedings of the National Conference of Charities and Correction. Chicago. Hildemann;ed. 1915. p. 577-90.
16. Capmany DG. Violencia Laboral, un mal que aqueja a las relaciones laborales [Tesis]. Argentina: Universidad empresarial Siglo 21; 2013 [Revisado el 8 de noviembre de 2018]. Disponible en <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12143/Capmany%2C%20Gretel%20Dannae.pdf?sequence=1&iAllowed=y>.
17. Conseil International des Infirmières. Code déontologique du CII pour la profession infirmière [Internet]. Ginebra: ICN; 2012. [Revisado el 4 de octubre de 2018]. Disponible en: http://www.heds-fr.ch/FR/bachelor/BachelorSI/profession-infirmiere/Documents/cii-code_v2012.pdf.
18. Ciércoles Prado, J. Riesgos biosanitarios del personal de Enfermería [Internet]. España: CODEM; S/F. [Revisado el 4 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f14-0bea-421f-b327-440fe67f3617/AD8496B2-1A69-4CE0-A056-F532534F10DA/f9abfee0-1698-4d14-9c88-39ceac7fcf80/Riesgoslaborales.pdf>
19. González-Galarzo, M^a Carmen. Exposición a carga física en el trabajo por ocupación. Rev Esp Salud Pública [Internet]. Nov-Dic 2013; 87(6): 601-614. [Revisado el 4 de octubre de 2018]. Disponible en http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v87n6/05_original2.pdf.
20. Berkow S. Assessing individual frontline nurse critical thinking. Journal of Nursing Administration. Abril 2011; 41(4):168-171.
21. Pico Merchán ME, Escobar Jurado A. Nuevas condiciones laborales para el profesional de enfermería. Hacia Promoc. Salud. 2000; 7: 67-75. [Revisado el 4 de octubre de 2018] Disponible en: http://www.bvsde.ops-oms.org/foro_hispano/BVS/bvsacd/cd49/nuevas.pdf
22. Gravel S, Rhéaume J. y Legendre G. Desigualdades sociales en salud de los trabajadores migrantes víctimas de Quebec de lesiones profesionales. Revue européenne des migrations internationales. 2012; 28(2):57-80. [Revisado el 4 de octubre de 2018]. Disponible en 05/01/16 <https://remi.revues.org/5876>.
23. Stock S. (2014). Vínculos entre las desigualdades sociales y las condiciones de trabajo asociados con los trastornos musculoesqueléticos [Internet]. 18es Journées annuelles de sante publié. 24 al 26 de noviembre de 2014. Québec: JASP; 25 de noviembre de 2014. [revisado el 4 de octubre de 2018]. Disponible en: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/archives/2014/JASP2014_InegaliteSanteTravail_25Nov_SStock.pdf

24. Gravel S, Vergara D, Lippel, K, Dubé, J, Legendre, G, Ducharme-Varin, JF. Desigualdades en salud relacionadas con el trabajo. [Internet]. 18es Journées annuelles de sante publiqué. 24 al 26 de noviembre de 2014. Québec: JASP; 25 de noviembre de 2014. [Revisado el 4 de octubre de 2018] Disponible en: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/archives/2014/JASP2014_InegaliteSanteTravail_25Nov_SGravel.pdf.
25. Samson, C. Une infirmière qui s'est suicidée avait été forcée de retourner au travail [Sitio web]. Le Soleil, 13 de agosto de 2010, Québec. [Revisado el 4 de octubre de 2018]. Disponible en <https://www.lesoleil.com/actualite/sante/une-infirmiere-qui-sest-suicidee-avait-ete-forcee-de-retourner-au-travail-9ebec8ca98e-2355fe8e41e6b46ff52d5>
26. Hartman Ch. Mujer y capitalismo. De la opresión a la liberación. 2ª ed. España: En Lucha; 2012. [Revisado el 4 de octubre de 2018]. Disponible en <https://www.marxists.org/espanol/harman/1984/001.htm>.
27. oms. Salud de los trabajadores: plan de acción mundial [Internet]. 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: oms; 2007. [Revisado el 4 de octubre de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf.
28. CIE. Quiénes somos [Sitio web]. Ginebra: CIE; 2018. [Revisado el 4 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.icn.ch/fr/qui-nous-sommes>.
29. Comité de Expertos de la oms en el Ejercicio de la Enfermería. El ejercicio de la Enfermería: informe de un Comité de Expertos de la oms [Serie de Informes Técnicos, 860] [Internet]. Ginebra: oms; 1995. [Revisado el 4 de octubre de 2018]. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41914/9243208608_spa.pdf;jsessionid=A29E1D851D67DAD5BD1BBEE1CC-1DC8D9?sequence=1.
30. CIE. Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos [Internet]. Ginebra: CIE; 2015. [Revisado el 20 de junio de 2016]. Disponible en http://files.sld.cu/socuenf/files/2015/04/carpeta-del-die_2015_sp1.pdf.
31. Morin E. Ciencia con conciencia. Barcelona: Anthropos; 1989.
32. Nogareda Cuixart S, Bestratén Belloví M. El descanso en el trabajo (I): pausas [Notas técnicas de prevención, 916] [Internet]. INSHT: España; 2011. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/Ficheros/891a925/916w.pdf>.

ANEXOS

Anexo I

Tabla 1. Pausas en función del peso manejado y el tiempo de trabajo basado en Cornman (1970)

| Kg de peso que se manejan | Hasta 15% del tiempo de trabajo | > 15% pero < de 40% | > 40% pero < de 70% | Más de 70% del tiempo de trabajo |
|---------------------------|---------------------------------|---------------------|---------------------|----------------------------------|
| hasta 2,2 kg | 0% de descanso | 0% de descanso | 3% de descanso | 3% de descanso |
| 2,2 a 11 kg | 0% de descanso | 0% de descanso | 3% de descanso | 7% de descanso |
| 11 a 27 kg | 0% de descanso | 3% de descanso | 7% de descanso | 10% de descanso |
| más de 27 kg | 3% de descanso | 7% de descanso | 10% de descanso | 13% de descanso |

Fuente: Nogareda Cuixart & Bestratén Belloví.³²

Anexo II

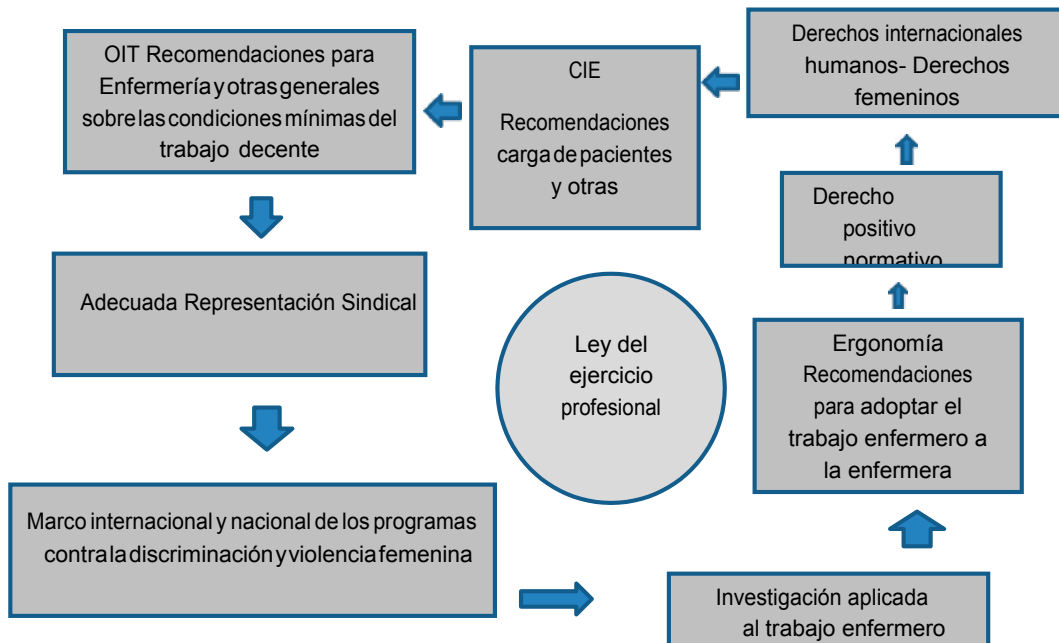
Gráfico 1. Factores exógenos a la profesión incidentes en su salario



Fuente: Elaboración propia.

Anexo III

Gráfico 2. Elementos mínimos protectores del ejercicio profesional enfermero



Fuente: Elaboración propia.