

**Universidad Pablo de Olavide**  
**Departamento de Antropología Social,**  
**Psicología Básica y Salud Pública**

Director de Tesis: Dr. José María Valcuende del  
Río

**Autorrepresentaciones y dialéctica del  
poder en la práctica del cuidado: Voces  
de mujeres**

Autora: Gladys Eskola Torres

Doctorado en Investigaciones Feministas.  
Estrategias del Poder Político: Género, Raza y  
Violencia

Vº Bº Director:

Cuenca-Ecuador, Octubre de 2015

# ÍNDICE

Agradecimientos. ....	ix
Dedicatoria. ....	xi
PRESENTACIÓN. ....	1
INTRODUCCIÓN. ....	5
De afectos y desafectos: un lugar de enunciación. ....	5
Un acercamiento a las mujeres que viven procesos del cuidar. ....	19
Espacio privado, mujeres y cuidado: un tejido de la subalternidad. ....	20
De la persistencia del discurso de la domesticidad y del maternalismo. . .	24
Puesta la mira en el proceso. ....	28
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>REFERENTES CONCEPTUALES. ....</b>	<b>29</b>
1. PARADOJAS DEL CUIDADO. ....	29
1.1. La mujer naturalmente habilitada para el cuidado en la racionalidad binaria “público/privado”. ....	30
1.2. La invisibilidad del trabajo de cuidados: una construcción social. .	41
1.3. Tiempo, espacio y trabajo de cuidados en la configuración de la identidad femenina. ....	49
1.4. El cuidado y la lógica de la dominación, la violencia y la subalternidad. ....	58
1.5. La ideología del poder en el lenguaje del cuidado. ....	64
2. MATERNALISMO, IDENTIDAD FEMENINA Y CUIDADO. ....	68
2.1 La maternidad en la construcción de la identidad de las mujeres. .	69
2.2. Maternalismo y cuidado: la disposición innata e inagotable de amar. .	75
2.3. Conciencia maternalizada o conciencia política en el cuidado. . .	80
2.4. El poder y la normatividad en el control de la conducta de las mujeres y la maternidad. . .	83
2.5 Un debate que no ha llegado a su término. ....	91

3. LA DIMENSIÓN CORPORAL DEL CUIDADO .....	92
3. 1. El cuidado del cuerpo como entidad material y simbólica ....	94
3. 2. Cuidado y lenguaje del cuerpo .....	103
3. 3. El cuidado como encuentro con “el cuerpo ajeno” .....	106
4. LAS MUJERES COMO SANADORAS, CUIDADORAS, COMADRONAS, PARTERAS O MÉDICAS.....	112
4.1. El cuidado y la caridad cristiana. ....	113
4.2. Brujas, parteras y enfermeras: la deslegitimación del conocimiento .....	115
4.3. La jerarquización de los conocimientos: “profesiones y semiprofesiones” .....	123

## **CAPÍTULO II**

### **CONTEXTO DEL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA DE AMÉRICA LATINA Y ECUADOR. ....**

1. AVANCES Y RETOS DE LA ENFERMERÍA LATINOAMERICANA. ....	135
1.1 Algunas nociones de la enfermería en el contexto de la América prehispánica, colonial y postcolonial .....	136
1. 2. La enfermería y la práctica de la salud en América Latina de fines del siglo XIX y del siglo XX .....	142
1.3. La enfermería latinoamericana en tiempos del neoliberalismo.	145
2. PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN EL ECUADOR: UN PROCESO DE CAMBIOS Y EXPECTATIVAS ..	168
2.1. La enfermería pre-profesional en el Ecuador: período de la caridad como dispositivo de beneficencia pública. ....	170
2.2. Etapa pre-académica: el tránsito a la formación universitaria..	176
2.3. La etapa académica: inserción universitaria, cambio y desarrollo curricular .....	188
2.4. La etapa de posicionamiento de la enfermería: el tránsito a la formación de postgrado y a la investigación .....	199

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA .....**

1. Una investigación cualitativa en el marco de las relaciones de poder-subalternidad en la práctica del cuidado .....	209
1.1. Voces de mujeres: reconstruir las experiencias y los sentidos de la	

vida desde la narración . . . . .	212
1.2. La recuperación oral de la experiencia vivida: “presente histórico”. . . . .	215
1.3. La entrevista semidirectiva en el microrrelato . . . . .	218
1.4. Los grupos focales como testimonio y narración. . . . .	220
1.5. Criterios de inclusión del colectivo participante y selección, ubicación y características de los sujetos de estudio. . . . .	223
2. “Validez interpretativa”: interpretación y comprensión . . . . .	228
3. Categorías de análisis sobre la práctica del cuidado y sus interrelaciones . . . . .	229

## **CAPÍTULO IV**

### **VIVENCIAS, REPRESENTACIONES Y DISCURSOS SOBRE LA PRÁCTICA DEL CUIDADO. . . . . 237**

1. VISIBILIZACIÓN DEL SUJETO ENFERMERA . . . . .	237
1.1. Del sujeto construido al sujeto constructor. . . . .	239
1.2. Voces de mujeres ¿Quiénes somos? . . . . .	240
1.3. En torno a la familia, la escuela y la elección de los estudios sobre el cuidado. . . . .	242
1.3.1. Nuestras familias: de recursos bajos a suficientes . . . . .	242
1.3.2. La autoridad del padre y el sacrificio de la madre . . . . .	245
1.3.3. Disciplinar el cuerpo para ser mujer . . . . .	247
1.3.4. La clase social en la determinación de los estudios de enfermería. . . . .	251
1.3.5. La determinación de estudiar enfermería. . . . .	254
1.4. La escuela, el internado, el examen y el disciplinamiento del cuerpo para el cuidado. . . . .	258
1.5. El hospital y las tecnologías del poder en la práctica del cuidado. . . . .	269
2. LAS CUIDADORAS PROFESIONALES: AUTORREPRESENTACIONES, COGNICIONES Y SENTIMIENTOS . . . . .	274
2.1. El ser y el deber ser del cuidado: rol profesional, sustrato maternalista y desencuentros institucionales. . . . .	274
2.2. El cuidado de enfermería: entre el espacio público y el privado. . . . .	283
2.3. Visiones contrapuestas sobre el rol y la época de formación: de la ilusión del deber cumplido al desencanto . . . . .	287
3. LOS SENTIRES DE LA PRÁCTICA DEL CUIDADO. . . . .	296
3.1. Lo grato y lo no grato en la construcción de procesos	



identitarios .....	298
3.2. Sentimientos que activan la construcción de la heteronomía y la resistencia .....	305
<b>4. AUTONOMÍA Y RELACIONES DE PODER-SUBALTERNIDAD EN LA PRÁCTICA DEL CUIDADO .....</b>	<b>311</b>
4.1. La contradicción entre la capacidad para el desempeño autónomo y la oportunidad para ejercerlo .....	311
4.2. Relaciones de poder-subalternidad en la práctica del cuidado. .	318
4.3. Los sujetos de una relación de poder/subalternidad: violencia psicológica y violencia simbólica .....	321
4.3.1. Los sujetos mujer y enfermera. ....	325
4.3.2. De la no discriminación a las preferencias, los temores y los prejuicios: ¿relaciones de poder enfermera-paciente y paciente-enfermera? .....	325
4.3.3. Relaciones enfermera-auxiliar de enfermería .....	331
4.3.4. Ejercicio oculto del poder, aceptación y contrapoder ..	332
4.4. La jerarquización de las ciencias y las profesiones en la universidad .....	338
4.5. Qué objetivos y medios de ejercicio del poder están presentes. .	340
4.6. Condiciones que ofrece el subalterno para facilitar el ejercicio del poder .....	344
4.6.1. Visión hospitalaria de la vida .....	347
4.6.2. El uniforme: “extensión del cuerpo” para su identificación	
4.7. Efectos del ejercicio del poder: .....	352
4.8. Cuando las enfermeras ejercen el poder .....	354
4.8.1. La satisfacción del ejercicio del poder desde las fortalezas de la enfermería. ....	357
4.8.2. Las pequeñas cuotas de poder femenino: algunas contradicciones. ....	358
4.9. Formas de resistencia frente al poder. ....	360
4.10 Perspectivas académicas y laborales de resistencia. ....	368
4.10.1. Desideologizar el diagnóstico médico .....	371
<b>5. UNA PREOCUPACIÓN EXISTENCIAL: LA RECREACIÓN DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LAS “IDENTIFICACIONES” DEL COLECTIVO DE ENFERMERAS .....</b>	<b>375</b>

## **CAPÍTULO V**

<b>CONCLUSIONES. ....</b>	<b>377</b>
---------------------------	------------

BIBLIOGRAFÍA.....	395
-------------------	-----

## **CUADROS Y FIGURAS**

CUADRO 1: Algunas teorías y modelos de enfermería producidos de 1860 a 1986 .....	131
---	-----

CUADRO N° 2: Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Datos de años diversos entre 1998 y 2004, en 17 de 20 países estudiados. ....	161
--	-----

CUADRO N° 3: Enfermeras y médicos por 1000 habitantes en 23 países de américa, 2003. ....	163
---	-----

CUADRO N° 4: Criterios de inclusión del colectivo de estudio . . .	224
--	-----

CUADRO 5: Selección, ubicación y características de los sujetos. . .	226
--	-----

CUADRO N° 6: Categorías de análisis sobre la práctica del cuidado. Dimensión de lo vivido: realidad, experiencia y expresión: microrrelatos y grupos focales .....	232
--	-----

CUADRO 7: Distribución de las edades del grupo de participantes en el estudio .....	241
---	-----

GRÁFICO N° 1. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS SOBRE LA PRÁCTICA DEL CUIDADO. ....	231
--	-----

## **ANEXOS**

ANEXO 1: Guión para sesiones de grupos focales. ....	427
ANEXO 2: Guión para microrrelatos de vida. ....	429

## AGRADECIMIENTOS

*Quiero agradecer profundamente a las personas que incidieron en la realización de este trabajo:*

*A la Dra. Rosario Valpuesta, ex Rectora de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, por posibilitar mi ingreso al programa doctoral de “Investigaciones Feministas, Estrategias del Poder Político: Género, Raza y Violencia” y por su apoyo académico inestimable.*

*Al Dr. Vicente Guzmán Fluja, Rector actual de la Universidad Pablo de Olavide, sin cuya resolución rectoral en mi favor, no hubiera sido posible mi incorporación al proceso de presentación y defensa de esta tesis.*

*Al Dr. Gustavo Vega Delgado, ex-Rector de la Universidad de Cuenca, por sus gestiones oficiales y auspicio para mis estudios en la Universidad Pablo de Olavide.*

*Al Dr. José María Valcuende del Río, Director de Tesis, por su estímulo permanente para proseguir en el proceso de investigación, tantas veces dejado en receso; por su orientación académica experimentada; por estar al lado del “conocimiento desde abajo” y comprender las voces de mujeres desde la subalternidad; por su crítica aguda que enseña y entusiasma. Por su papel de maestro admirable, cuyo saber inalcanzable converge con la sencillez y la amistad entrañable.*

*A mi padre y a mi madre, quienes me enseñaron a protestar contra la injusticia. Con seguridad, ellos hubieran disfrutado intensamente por mi crecimiento en esta última etapa. A mis hermanas y hermanos por haberme cedido oportunidades de estudios universitarios con generosidad y cariño.*

*A Enrique, por leer todos los textos de este trabajo con visión crítica, las sugerencias ofrecidas, la entrega generosa de su tiempo y alentarme cada día a llegar hasta el final.*

*A mis hijas e hijos: Catalina, Susana, Enrique y Gladys, Evita, Alejo y Jorge, por acompañarme en este largo proceso, con cariño y tolerancia.*

*Y a mis nietas y nietos, por preguntarme más de una vez por qué seguir estudiando cuando se ha llegado a los 72 años. Siempre les respondí que las deudas de conocimiento que tenemos entre las mujeres son deudas con uno mismo, hay que saldarlas en “tiempo presente”.*

*Cuenca, octubre de 2015*

## DEDICATORIA

*A las mujeres y varones que cuidan de la salud-enfermedad, sabiendo y haciendo en medio de la afectividad que dota de sentido político al trabajo de cuidar. A las enfermeras docentes comprometidas con la búsqueda de nuevas formas de enseñanza para un cuidado autónomo, digno y humanista.*

*A mis amigas y compañeras enfermeras de la promoción 1963 de la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Central del Ecuador, quienes recrean en el diálogo y la solidaridad la historia de ser mujeres y su experiencia de autonomía como enfermeras.*

*A mis colegas y amigas de las ciudades de Cuenca, Ibarra, Quito, Riobamba, Azogues, Loja, Machala, Palora y San Cristóbal, enfermeras que escribieron conmigo estas páginas desde sus puestos de lucha por la salud y la vida. “Voces de mujeres”, testimonios y relatos de entrega, esperanza, desacuerdo, resistencia y compromiso con sus derechos y los derechos de los pacientes.*

*A Olguita, Susana y Gerardina, compañeras leales en la lucha por los derechos de la salud individual y colectiva y de la vida con dignidad. Amigas solidarias siempre presentes.*

# PRESENTACIÓN

El estudio sobre *“Autorrepresentaciones y Dialéctica del Poder en la Práctica del Cuidado: Voces de Mujeres”* se inscribe en algunas categorías feministas y en la comprensión del lenguaje como instrumento de producción, distribución, legitimación y transformación del *orden simbólico*. Intenta acercarse a la interrelación poder-subalternidad en la práctica del cuidado en los espacios público y doméstico en los que discurre la cotidianidad de mujeres cuidadoras.

El núcleo del estudio es el sujeto mujer-enfermera, presente a través de microrrelatos biográficos y testimonios obtenidos en sesiones de grupos focales.

El informe está distribuido en seis apartados: la Introducción y cinco capítulos.

La Introducción aborda la posición de la autora en torno a los significados del ejercicio del poder/subalternidad, teniendo a la Universidad de Cuenca-Ecuador como su espacio de enunciación, a partir de una experiencia de exclusión ocurrida en 1977. Esta experiencia contrasta con otra reciente de intensa afectividad vivida en un encuentro de enfermeras que aportaron a la construcción de la “época de oro” de la enfermería ecuatoriana de los años sesenta a ochenta del siglo XX. A partir de la concepción del espacio privado en el que se invisibilizan las mujeres en el cuidado y la heteronomía, el trabajo incluye la descripción del estudio en cuanto acercamiento a las mujeres que viven el proceso del cuidar. El planteamiento del problema se centra en la persistencia de la relación mujer, madre, cuidado y subalternidad. Los objetivos del estudio cierran esta parte introductoria.

El Capítulo I está dedicado a los referentes conceptuales que sustentan el trabajo, organizados en cuatro acápite. El primero aborda las paradojas del cuidado fundadas en la concepción de la mujer naturalmente habilitada para el cuidar, en el marco de la subalternidad y los designios del ejercicio del poder patriarcal, del Estado y del mercado. El segundo trata sobre la relación maternalismo, identidad femenina y cuidado con las categorías disposición “innata” de amar y normatividad en el control de la conducta de las mujeres y la maternidad. El tercer acápite comprende la dimensión corporal del cuidado, los significados del cuerpo como entidad material y simbólica, y el lenguaje del cuerpo en el cuidado en cuanto encuentro con el “cuerpo ajeno”. Finalmente, el último, se refiere a la concepción histórica de las mujeres como sanadoras y cuidadoras, interpretada en la relación cuidado y caridad cristiana, la deslegitimación del

conocimiento de las mujeres incorporadas en la tríada “brujas, parteras y enfermeras” y en la jerarquización de los conocimientos y las profesiones.

El Capítulo II trata sobre el contexto de desarrollo de la enfermería en América Latina y Ecuador. Destaca algunas nociones de la salud-enfermedad y de la enfermería latinoamericana en los períodos prehispánico, colonial y postcolonial, de fines del siglo XIX, del siglo XX y de la etapa neoliberal. Asimismo, el proceso de profesionalización de la enfermería en Ecuador, a partir de la propuesta de periodización en cuatro etapas: la enfermería pre-profesional, la etapa pre-académica, la etapa académica y la de posicionamiento de la enfermería.

En el Capítulo III se aborda la metodología del estudio. Siendo una investigación cualitativa, se trata de la recuperación oral de la experiencia vivida de un grupo de enfermeras en el marco de las relaciones de poder-subalternidad en la práctica del cuidado. En esta dirección, exponemos algunos presupuestos conceptuales sobre la metodología cualitativa, circunscrita fundamentalmente a dos técnicas: microrrelatos de vida y grupos focales; incluye, además, la caracterización del grupo participante y las categorías de análisis que serían tratadas mediante la interpretación y la comprensión.

En el Capítulo IV se exponen los resultados del estudio: una aproximación a las vivencias, representaciones y discursos sobre la práctica del cuidado de las actoras, que revela la construcción de subjetividades diversas, a las que se incorpora la experiencia de una subalternidad cuestionada y rechazada. En el proceso de producción de significados aparecen vivencias de disciplinamiento del cuerpo para el cuidado en los espacios de la familia, de la educación universitaria y del hospital. En tales espacios se destaca el sentido de la diferenciación como base del proceso de la desigualdad que sustenta las relaciones, especialmente entre enfermeras y médicos, comparable con otra más amplia y general, la desigualdad existente entre hombres y mujeres, develada con la mediación discursiva feminista.

Finalmente, el Capítulo V presenta las conclusiones del estudio, referidas a la persistencia de las contradicciones entre las esferas privada y pública de la sociedad, que afectan al reconocimiento y valor del trabajo de las mujeres; a la relación mujer-madre-cuidado presente en la base de la configuración de la identificación subalterna del grupo participante; a las estrategias del ejercicio del poder que disciplina y controla el cuerpo y el comportamiento para hacerlo dócil para el cuidado. Aborda finalmente la relación poder-resistencia y la perspectiva de la construcción de un sujeto político –sujeto enfermera–

hacia la reinversión de la autonomía para las acciones propias del cuidado de enfermería.





# INTRODUCCIÓN

*Una de las formas hoy más flagrantes de exclusión ciudadana se sitúa justamente ahí, en la desposesión del derecho a ser visto y oído, que equivale al de existir/contar socialmente, tanto en el terreno individual como colectivo, en el de las mayorías como de las minorías.* (Barbero, 2001: 85).

## **De afectos y desafectos: un lugar de enunciación**

Después de un larga búsqueda de un tema-problema para investigación en el marco de las Ciencias Sociales decidí, con no pocas dificultades y ambivalencias, situarme en el campo de la docencia universitaria en el que actué por más de treinta años vinculada a la *enseñanza del cuidado desde la Enfermería*; ese campo lo había clausurado deliberadamente debido a otras incursiones e intereses académicos en mis últimos años de profesorado en la Universidad de Cuenca; retomarlo significaba afrontar retos y compromisos dejados atrás.

La relación del poder y la subalternidad en la práctica del cuidado tanto profesional como doméstico es un tema actual, no obstante las transformaciones conceptuales y el incremento de las posibilidades de acceso de las mujeres a la ciudadanía integral. El abordaje de esta realidad nos coloca en la posibilidad de reflexionar sobre una red de categorías (históricamente tratadas) vinculadas con la dicotomía público/privado y las interrelaciones *género, clase y edad*, entre otras, para encontrar las contradicciones de una profesión poco valorada y reconocida por actores internos y externos, cuestionada con razones o sin ellas, e injustamente silenciada en la producción académica, científica y técnica.

Fue una convocatoria para celebrar en Quito los 45 años de haber egresado de los estudios de Enfermería de la Universidad Central –Promoción 1963– la que le dotaría de entusiasmo a esa intención de acercarme nuevamente a la enfermería. Debía hacerlo desde un ángulo diferente, desde una posición que me permitiera visualizar lo oculto, lo no tratado, lo que la costumbre esconde y lo que la tradición convierte en habitual y normal. La intención era acercarnos a la intra e intersubjetividad de los discursos de mujeres–enfermeras para buscar las relaciones entre cogniciones y estructura social en torno al poder y la subalternidad en la práctica del cuidado y la construcción de identidades

colectivas. Estudié enfermería en la Universidad Central del Ecuador en Quito. Cuarenta y cinco años de egresada era un tiempo insospechado para desear vivamente asistir a ese encuentro. No había visto a la mayor parte del grupo durante todos esos años. ¿Recordaría todos los nombres de mis compañeras?, ¿las reconocería al verlas?, ¿cómo me comportaría frente a ellas si sentía agolpadas tantas emociones y recuerdos? Viajamos con Enrique, mi esposo, él estuvo especialmente motivado por la curiosidad de saber cómo sería un encuentro de esas mujeres a quienes estuve profundamente ligada a pesar de la distancia y el silencio. El primer momento del encuentro sería en la Iglesia del Girón de Quito; el vínculo originado en años de juventud desataría espontáneamente las muestras de amistad y fraternidad contenidas en el tiempo: besos, abrazos, lágrimas y sonrisas..., como si ayer no más hubiéramos rendido nuestros exámenes de grado. La frescura del afecto, la luz intensa de la mañana y las flores del lugar nos harían sentir la juventud de décadas atrás. Todas militantes católicas daríamos gracias a Dios por tantos años de vida dedicados al cuidado de los demás, y ofreceríamos, trascendiendo egoísmos de todo tipo, continuar al servicio de la sociedad... Me pregunté ahí mismo: ¿No eran suficientes 45 años de entrega social?, ¿debíamos seguir postergando aspiraciones y necesidades personales pendientes durante todos esos años?, ¿...y nuestro “tiempo propio” o tiempo de ocio...? Me respondí con ironía: posiblemente debíamos seguir acogiéndonos a la “ética del cuidado” por la virtud de ser mujeres y enfermeras.

El segundo momento sería en casa de Cumandá. Todos los preparativos estaban a la vista. Claro, las organizadoras eran mujeres-enfermeras, casi todo estaría sometido a una programación cuidadosamente elaborada, no faltaba nada: amplios y sobrios espacios, flores, palabras introductorias, brindis, almuerzo, recuerdos conmemorativos, música de los años sesenta... El núcleo central de la celebración fueron nuestros 45 años de graduación. Todas las intervenciones hicieron mención a los estudios en la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Central del Ecuador, pionera de la formación *ejemplar y moderna* de las enfermeras del Ecuador y de América Latina. Los objetivos científicos, técnicos, sociales y esencialmente humanos de la profesión estuvieron en todos los discursos, hasta en los de aquellos esposos suficientemente integrados en el grupo que debían intervenir para felicitarnos y destacar nuestro papel de *mujeres, esposas y profesionales*, sabiéndose también impulsores y colaboradores de nuestros recorridos. Pero el marco trascendente de la celebración fue el diálogo necesario y profuso para compartir algo de nuestras vidas. La enfermería, el matrimonio, los hijos

y nietos, el cuidado de nuestros padres y los demás roles familiares a nuestro cargo fueron los tópicos tratados constantemente, no obstante nuestro estado actual de mujeres jubiladas. Alguien habló de clases de baile, prácticas de Yoga y continuación de estudios académicos: extraños desafíos o entretenimientos especiales en un grupo de “adultas mayores”...

Las intensas emociones vividas en ese encuentro, las evocaciones compartidas y las nuevas lecturas dadas a la convivencia obligatoria para los estudios de la Enfermería en un internado universitario en los primeros años de la década de los sesenta del siglo pasado, así como los temas sobre trabajo y familia que coparon los diálogos fraternos del grupo en el transcurso del evento junto a la desbordante afectividad represada a lo largo de varias décadas, fueron suficientes razones para querer entrar en una investigación cualitativa que me acercaría nuevamente a la Enfermería.

El especial acontecimiento llevado a cabo me hizo imaginar en ese grupo de amigas y compañeras entrañables una fuente de tesoros intocados, inacabados, invisibles en el espacio y en el tiempo. Cada una de nosotras éramos propietarias de una historia construida, ninguna mejor que otra, todas importantes. Pensé entonces que podía atreverme a entrar en sus relatos y también en los de otras colegas que dieran cuenta de sus vivencias en décadas recientes; sacarlos a la luz, recrear la historia del cuidado y recrear el saber y la historia de las mujeres. Debía volver al escenario de la Enfermería, como observadora y actora, con otra mirada, con la intención de encontrar en la práctica del cuidado los sentidos otrora no percibidos. Surgieron varias interrogantes: ¿Cuáles son los sentimientos, cogniciones y valores construidos en la práctica del cuidado profesional, pero también en torno al cuidado privado (familiar o doméstico) al que histórica y *naturalmente* han estado ligados los roles y relaciones de las mujeres? ¿Cuál es la percepción de esas y otras mujeres sobre la relación poder-subalternidad en la vivencia de la práctica profesional del cuidado? ¿Qué instrumentos simbólicos y estrategias de resistencia han sido creados y utilizados para enfrentarla? ¿Cuál es el saber producido por esas mujeres en torno a una relación contradictoria en la práctica del cuidado? ¿Cómo ha influido el “discurso de la domesticidad” (Nash, 2006)<sup>1</sup> o el del “maternalismo”

---

<sup>1</sup> Mary Nash (2006:43-44) sostiene que la modernización del “discurso de género” incluyó estrategias que favorecieron postulados más igualitarios entre los sexos, pero mantuvo la carga identitaria de las mujeres a partir de la maternidad y del cuidado de los otros. Un “discurso de la domesticidad” persistente limitaba la ciudadanía de pleno derecho.

(Luna, 2005) en la restricción del papel político y social de las mujeres y en las limitaciones para el acceso a una ciudadanía de pleno derecho?

Esta era una oportunidad también para reinterpretar la experiencia vivida en los años 1977-1979 en torno a la elección de subdecana de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, suceso que marcó mi vida, la de mi familia, el funcionamiento de la propia Facultad y el de algunos establecimientos sanitarios destinados a la docencia médica y de enfermería de aquel entonces. Participé con María Luisa Suárez y Ruth Rostonni en la creación de la Escuela de Enfermería en 1968; experiencia singular por el reto de iniciar un programa de formación de enfermeras sin régimen de internado, a tono con los avances de la profesionalización de enfermería en el país y en América Latina para la titulación de licenciatura. Adelantamos nuestra propuesta en Quito; Miguel Márquez<sup>2</sup>, Secretario ejecutivo de la Asociación de Facultades de Medicina del Ecuador – AFEME–, nos despediría en el aeropuerto rumbo a Cuenca. La discusión curricular con médicos: anatomistas, químicos, farmacólogos, fisiólogos, especialistas clínicos, cirujanos, ginecólogos, pediatras, salubristas... fue un proceso que lo afrontamos con entusiasmo y decisión en comisiones multidisciplinarias y sesiones de consejo directivo, debíamos lograr acuerdo y aprobación de la nueva propuesta. La tarea no fue fácil dada la resistencia de algunos docentes en torno a los contenidos curriculares correspondientes a las ciencias sociales y humanidades: filosofía, sociología, geografía, literatura, psicología, lenguaje y comunicación, con los que innovaríamos la formación de enfermeras. Extraña e innecesaria resultaba ser también la enseñanza de la investigación. Según el criterio médico, bastaban contados conocimientos biomédicos; algo de algunas asignaturas que cursaban los estudiantes de medicina, pero sí mucha práctica y técnicas de asistencia hospitalaria. Frente a la posición oficial de la facultad debíamos defender nuestra propuesta con argumentos convincentes; teníamos autoridad por haber sido llamadas para ese cometido, estar entre las primeras ecuatorianas tituladas como licenciadas en enfermería fuera del

---

<sup>2</sup> Miguel Márquez, exdecano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y primer Secretario Ejecutivo de la AFEME, junto con Alberto Quezada Ramón, presidente de la Federación de Estudiantes Universitarios del Ecuador- filial de Cuenca, impulsaron nuestro compromiso para la creación de la Escuela de Enfermería en Cuenca, con la asesoría de Cecilia Barrera, consultora de la Oficina Sanitaria Panamericana -OPS. La obra nacional e internacional de Miguel Márquez en favor de la salud y la educación médica le valió el título de “Héroe de la Salud”, designación efectuada por la OPS/OMS en los primeros 100 años de su labor internacional.

país y tener los conocimientos especializados sobre la carrera. Finalmente, se aprobó el currículo y la escuela se pondría en funcionamiento. Al poco tiempo de iniciado el trabajo, contraí matrimonio con Enrique Mendoza, cuencano, profesor de filosofía, con quien compartiría la organización familiar, los aprendizajes, la formación, las luchas, triunfos y fracasos hasta hoy. Entonces, dejé la docencia en la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Central de Quito (donde trabajé por cinco años) y podía ya impulsar, radicada en Cuenca, un proceso creativo e inédito en marcha. Una experiencia singular fue la interacción con docentes médicos constituidos en un equipo de discusión en torno a los procesos sociales de Ecuador y América Latina de los años sesenta del siglo pasado, a las nuevas tendencias de atención de la salud, a la orientación social y popular que debía adoptar la facultad, a la formación del médico que necesitaba el país, a la organización de la extensión universitaria para llegar a las comunidades rurales para el aprendizaje y la práctica de la Salud Pública... Ya en curso el proceso de posicionamiento de la nueva escuela de enfermería en la universidad y en la ciudad, entendí que la salud, la medicina, la vida universitaria, los pacientes, las enfermedades... tenían sentidos específicos en el marco de las clases sociales, de las jerarquías de las escuelas universitarias y de los conocimientos, de las prioridades de los presupuestos y de los espacios académicos, de la cantidad, procedencia y sexo de los estudiantes y docentes, como también de sus apellidos... Los docentes de las facultades de medicina y jurisprudencia eran en su totalidad varones; en tanto que en las demás facultades, lo eran mayoritariamente. Se percibía la centralidad del linaje de rancio abolengo al llegar de fuera y habitar en esta ciudad: hermosa, conservadora, tradicional y, a la vez, de contrastes. Quizás se condensa esa sensación en el Himno a Cuenca<sup>3</sup> (algunas estrofas):

¡Reina hermosa de fuentes y flores,  
Cuenca ilustre, de galas vestida  
rebotante de luz y de vida,  
lujo y honra del noble Ecuador!

(...)

Los insignes Solanos, Cuevas,  
Malos, Vázquez, Arízagas, Vélez,  
aúreas plumas, helenos cinceles,  
tuyos, Cuenca, tus próceres son.

---

<sup>3</sup> Himno a Cuenca - Ecuador: producido en 1904 y vigente hasta hoy. Letra: Dr. Luis Cordero Crespo. Música: Luis Pauta Rodríguez.

De su gloria tu gloria dimana,  
digna madre de egregios campeones  
y de sabios y santos varones,  
luminares del patrio esplendor.  
(...)

Vinculada a una de las izquierdas políticas de la universidad fui elegida, en enero de 1977, subdecana de una centenaria facultad, cuyas autoridades fueron exclusivamente médicos (varones) desde su creación hasta ese entonces. Dos años antes fui electa directora de la recién fundada escuela de enfermería, pero ejercer el subdecanato era otra cosa, una experiencia inédita<sup>4</sup> y difícil, no solo por la envergadura de la gestión y conducción curricular que requerían cambios impostergables, sino fundamentalmente por la fuerte oposición a mi elección de un sector docente y estudiantil de gran influencia familiar, económica y política en la ciudad y el país. En Ecuador y América Latina transcurrían años de confrontación de la izquierda y la derecha, por impulso del cambio o conservación del statu quo, respectivamente; en ese contexto la izquierda universitaria en Cuenca conformaba un movimiento en demanda de una educación democrática, defensa de los derechos de los trabajadores del campo y la ciudad, atención de la salud como obligación del Estado, entre otras exigencias; sus consignas incluían el respeto a la autonomía universitaria e incremento del presupuesto. Eran tiempos de gobierno de una dictadura militar...

Mi candidatura no fue publicitada: no hubo carteles, ni pancartas, ni volantes con información anticipada, como era costumbre. Mi nombre debía ser presentado en el mismo momento de realizarse la Junta de Facultad. Era un día especial. Concurrimos al acto electoral; eran notorias la puntualidad, la presencia formal y sobria. Se sentía tensión y expectativa en torno al proceso de un evento universitario trascendental. Ese siete de enero de 1977 el aula magna estuvo llena; el voto lo ejerceríamos los profesores titulares—principales, los agregados con al menos dos años de docencia, los representantes estudiantiles, empleados y trabajadores integrantes de la Junta. Mi participación reunía todos los requisitos reglamentarios para elegir y ser elegida, era

---

<sup>4</sup> Desde la fundación de la Universidad de Cuenca en 1867, los cargos de dirección administrativa y académica de la universidad y de sus facultades (rectorado, vicerrectorado, decanatos y subdecanatos) fueron desempeñados por docentes varones, hasta que en enero de 1977, Gladys Eskola Torres, mujer, enfermera, docente de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas, fue elegida subdecana mediante votación mayoritaria de los integrantes de la Junta de Facultad, y posesionada oficialmente para el desempeño de ese cargo por el Rector de la Universidad, Dr. Gerardo Cordero y León.

docente titular–principal, y me sabía, sin modestia, con capacidad para aportar en la dirección de la facultad como parte de un equipo humano con experiencia organizativa, académica y política. Después del nombramiento de decano y con el triunfo del candidato del Frente de Izquierda de Medicina (FIM), se pasó a elegir *subdecano*. Había signos de molestia y frustración en quienes apoyaron al candidato que no triunfó. Pero el clima emocional en el recinto se afectó aún más en el momento de la presentación de mi nombre; había movimiento de los cuerpos, miradas entrecruzadas, rostros de sorpresa... Se realizó la votación y se pasó al conteo, el número de votos obtenido me convertía en la primera mujer subdecana de la centenaria Facultad de Ciencias Médicas. No pude pronunciar el discurso que tenía previsto; la sala se agitó, los profesores opuestos a mi elección abandonaron el aula magna. La compostura y distinción con las que se inició el acto universitario se desvanecieron. Había expresiones de rechazo, apuro para salir del recinto, rostros descompuestos... La junta de facultad quedó sin quórum para continuar con la elección de vocales docentes y estudiantiles (el decano electo concretaría otra sesión para completar la elección). De pronto, la costumbre perdió piso, la tradición fue negada, golpeada la autoridad masculina, removido el status médico... Era comprensible, se eligió como autoridad de la facultad a una *mujer, militante de izquierda, extraña a Cuenca, de familia nada “ilustre”* y, fundamentalmente, *enfermera*. Hecho insólito, señalaría la prensa en los días siguientes. Para el nuevo grupo directivo no sería fácil poner en práctica el compromiso de cambio y transformación de la facultad a tono con los tiempos de lucha por los derechos sociales que vivíamos, entre los que contaban la salud y la educación.

Al día siguiente conocimos que los profesores y estudiantes agrupados en la denominada *derecha política* cuestionaban mi elección y se oponían a mi posesión reglamentaria en el rectorado de la universidad. Pero decano y subdecana fuimos posesionados por el Rector de la universidad, doctor Gerardo Cordero y León. Mas nuestra gestión administrativa fue impedida físicamente por algunos días y la actividad de la facultad se paralizó por la “toma” de los locales de las escuelas de enfermería y medicina, de las aulas y salas del Hospital San Vicente de Paúl, establecimiento público, centro del aprendizaje práctico de los estudiantes y de la actividad médica de los profesores; ese hecho fue protagonizado por docentes y estudiantes inconformes con la elección de la subdecana. Había un clima de violencia inusitada. La radio y la prensa local y nacional informaron a diario y por varios meses sobre la controversia política e ideológica suscitada. Una de tantas organizaciones que cuestionaban la elección era el Colegio de



Médicos del Azuay:

*Se cita a los señores Médicos afiliados al Colegio de Médicos del Azuay, para la sesión de ASAMBLEA, que tendrá lugar el día de HOY, LUNES 17 DE ENERO DE 1977, (...) con el fin de considerar el problema surgido en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad...*<sup>5</sup>

Al poco tiempo fueron recuperados los locales universitarios con la movilización estudiantil de la facultad y de la FEUE local<sup>6</sup>, no así los del Hospital, pues no podían ser objeto de incidentes que lesionaran su finalidad, principios y estabilidad. Se exigía públicamente la renuncia del cargo a la subdecana. Se aducía la incompetencia de una enfermera para dirigir la facultad, para reemplazar al decano, para investir con el grado de médico, suscribir títulos...

Una comunicación de los profesores que rechazaban mi elección habla con convencimiento de la normalidad de las jerarquías:

*Tenemos que aceptar, Señor Rector, que en toda actividad existe una jerarquía y que, por muchos que sean los méritos que adornen a la Licenciada Eskola, ésta no puede equiparar su título con el de un doctor en Medicina y Cirugía: los enfermeros no pueden dar la investidura a médicos, como tampoco los curas pueden consagrar obispos, ni los capitanes ascender coroneles a generales (...)*<sup>7</sup>

No faltaron voces de apoyo a tal posición: las de las madres, esposas e hijas de los médicos inconformes, autodenominadas “Madres Conscientes”; las de algunas enfermeras religiosas y seglares del centenario hospital docente; las de empresarios e *ilustres* personajes de la ciudad... Editoriales de prensa y radio, comentarios, boletines,

---

<sup>5</sup> Diario El Mercurio, Lunes 17 de enero de 1977.

<sup>6</sup> La FEUE es la Federación de Estudiantes Universitarios del Ecuador, fundada en 1942, organización estudiantil con filiales en cada universidad fiscal. Impulsa una educación democrática, los derechos estudiantiles y apoya las causas sociales de los pueblos del país.

<sup>7</sup> Comunicación dirigida el 12 de enero de 1977 al Doctor Gerardo Cordero y León, Rector de la Universidad de Cuenca por el conjunto de profesores de la Facultad de Ciencias Médicas que presentarían su renuncia irrevocable en rechazo a la elección de la subdecana. Diaio El Mercurio, viernes 14 de enero de 1977, Cuenca- Ecuador.

cartas..., fueron difundidos unos, con la finalidad de sensibilizarme o *llegar a mi corazón* para poner fin a la controversia con mi renuncia, otros, para hostigarme y desprestigiarme centrando los ataques a mi condición de mujer-enfermera. Conocimos de los intentos de conseguir la clausura de la facultad, pues vivíamos tiempos de dictadura militar. También se pronunciaron algunas colegas imbuidas por una profunda connotación cristina de la enfermería que, en su interpretación, contradecía mi nombramiento:

*Ante los hechos suscitados recientemente, y que son del dominio público, con motivo de la elección de la Lcda. Gladys Eskola de Mendoza, para la dignidad de Subdecano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca (...) nos es grato publicar nuestro Código Profesional:*

### *ENFERMERÍA*

- *Es trabajar en equipo.*
- *Es ocupar un sitio de honor junto al enfermo.*
- *Es educar.*
- *Es colaborar.*
- *ES SERVIR.*
- *Es identificarse con el que sufre.*
- *Es comprender.*
- *Es ayudar.*
- *Es amar al que se sirve.*
- *Es amar al trabajo.*
- *Es amar a la profesión. Es amar a CRISTO doliente que se identifica con el enfermo que sufre.*
- *Es crear y fomentar un ambiente de PAZ, ALEGRÍA, SEGURIDAD, CONFIANZA Y RESPONSABILIDAD en el medio en que realizamos nuestras diarias labores.*
- *Es la autorrealización en la ejecución de las actividades realizadas con la salud en los aspectos de fomento, prevención, curación y rehabilitación.<sup>8</sup>*

De otro lado, recibimos numerosas y decisivas muestras de respaldo para el mantenimiento de la unidad y afianzamiento del

---

<sup>8</sup> “MANIFIESTO A LA CIUDADANÍA”. Diario el Mercurio, jueves 20 de enero de 1977, Cuenca-Ecuador.

compromiso de nuestro movimiento. Llegaron a nuestras manos pronunciamientos, adhesiones, acuerdos, boletines de prensa, cartas... de diversas organizaciones de Cuenca y del país. Algunas publicaciones aparecidas en el diario local “El Mercurio” fueron singulares: frente a la carta suscrita por “Madres conscientes”, que apelaba a mi condición de mujer, a la sensibilidad, al amor maternal y al sacrificio para lograr mi renuncia, estuvo otra: “Madres también”, referida a los derechos de las mujeres a participar políticamente y a asumir responsabilidades públicas de dirección y liderazgo, contra toda oposición de corte patriarcal. En cambio, “Martillo de percusión” fue el título de una publicación que cuestionaba la autoridad médica masculina y *percutía* contra la posición antidemocrática del grupo de profesores descontentos. Esta última era la posición de mujeres médicas dedicadas a la educación y al servicio de la salud de sectores sociales urbanos y rurales excluidos; compartían el liderazgo con Piedad Moscoso Serrano, dirigente médica que luchó hasta su muerte contra posiciones androcéntricas en Cuenca, mujer tardíamente comprendida y reconocida.

La renuncia grupal sería una nueva estrategia de presión del sector médico opuesto a la dirección de una enfermera en el subdecanato para su separación (medida utilizada con éxito en la universidad en una ocasión anterior). En efecto, cincuenta y dos docentes de la facultad presentaron ante el rectorado la renuncia a sus cátedras. La primera autoridad de la universidad insistió en que el grupo desistiera de la medida, sin respuesta favorable. El Consejo Universitario resolvió aceptar las renunciaciones presentadas, con la votación de 17 de sus 18 miembros; hubo una abstención. Un editorialista local escribía así:

*El problema venido en la Facultad de Medicina es aterrador. Vemos que un grupo selectísimo de profesionales se retira de la labor docente; vemos que una egresada y titulada en enfermería está de Subdecano de la Facultad, siendo ese el motivo para la molestia...*<sup>9</sup>

Muchos de los médicos renunciantes tenían una larga trayectoria docente y ejercicio profesional, resultaba difícil su reemplazo. Y esa fue la tarea urgente y efectiva que la facultad debía emprender, llenar las

---

<sup>9</sup> “EL ABISMO EN LA UNIVERSIDAD”. Inocencio Calle, Editorial, Diario El Mercurio, jueves 20 de enero de 1977, Cuenca-Ecuador.

vacantes, preparar y especializar a los nuevos y jóvenes docentes que ingresarían por concurso, empresa que superó los dos años de nuestra gestión. Contamos con la ayuda de las universidades: Central del Ecuador, Nacional de Loja y de Guayaquil para la conformación de tribunales de concurso, pues el plantel docente con el que quedó la facultad –luego de la renuncia– no era sino de 32 profesores titulares en no todas las especialidades. Debimos enfrentar también por largo tiempo varias dificultades para recuperar los espacios de práctica en los hospitales San Vicente de Paúl y Hospital del Seguro Social y, posteriormente, del Hospital Regional Vicente Corral. Esta última institución que reemplazó al viejo hospital San Vicente de Paúl fue sorpresivamente inaugurado en abril de 1977, antes de que finalizara su construcción y organización. Era obvia la injerencia del Ministerio de Salud Pública –MSP– en esa decisión. Las plazas anticipadamente abiertas fueron ocupadas por la mayor parte de exprofesores médicos de la facultad. Al poco tiempo de la renuncia de los profesores se creó en una universidad privada una facultad de medicina que acogería tanto a los docentes renunciando como a estudiantes que también rechazaron la elección de la subdecano. La ley establecía que los establecimientos de salud del Estado estaban dedicados a la formación práctica de estudiantes de universidades estatales, bajo normativas y condiciones de docencia-servicio perfectamente coordinadas. Sólo con la movilización y gestión permanente de directivos, estudiantes de la facultad y la universidad, además de la Asociación de Facultades de Medicina del Ecuador –AFEME– fue posible la recuperación de los espacios de práctica que “*por derecho y tradición*” (leyenda utilizada en ese empeño) le correspondían a la centenaria Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Fue un largo y complejo proceso el que vivimos para renovar el currículo; planificar, organizar, actualizar y evaluar el funcionamiento del área administrativa de la facultad. Superamos dificultades con el MSP para actualizar el programa de internado de estudiantes de medicina y enfermería; iniciamos gestiones nacionales e internacionales para la programación de postgrados (existentes solamente en Quito y Guayaquil); sentamos las bases para la creación del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. La coordinación académico administrativa a cargo de las direcciones de las escuelas posibilitó permanente orientación y apoyo para el cumplimiento de los roles de docentes, estudiantes y administrativos para elevar el nivel académico de la formación. Creemos que la facultad se renovó e innovó.

Aporté en ese proceso de trabajo colectivo; en algunas ocasiones debí asumir temporalmente el decanato, representé a la

facultad en el Consejo Universitario y en AFEME, investí con el grado de médico, firmé ocasionalmente sus títulos... La normativa reglamentaria de la universidad y la facultad me facultó hacer lo que debía hacer como autoridad.

Se aproximaba el 7 de enero de 1979, debíamos preparar las elecciones de autoridades para un nuevo período. Se propuso la reelección del binomio de 1977. Escuché nuevamente mi nombre pero esta vez pude decir NO. (Pensé con humor sobre la posibilidad del riesgo de una nueva crisis con la reelección de la misma enfermera...). *Volvería* a mi familia que sufrió y río conmigo, que me acompañó y actuó en cada día de ese período de riesgos, incertidumbre, aciertos, empuje y realizaciones; me integraría a la actividad de la escuela de enfermería, quizás estudiaría una nueva carrera, continuaría con la militancia política de izquierda y, en algún momento, intentaría el trabajo de organización con mujeres.

Vestí un traje rojo en la sesión de la junta de facultad de enero de 1979 para la elección de las nuevas autoridades; sentía “salir al encuentro” con energía y determinación, saboreaba el triunfo colectivo y una grata sensación de libertad... Hubo informes, reconocimientos, aplausos, júbilo... María Merchán, una joven dirigente estudiantil de enfermería del frente de izquierda, descendía los escalones del aula magna con flores que, recibidas con alegría por mí, las dediqué a quienes, presentes en el auditorio o fuera de él, lucharon con unidad y valentía por la transformación de una facultad formadora de profesionales con la utopía de la salud como derecho y no mercancía.

Aprendí que la resistencia, el cambio y el crecimiento son posibles si tenemos claro hacia dónde están dirigidos los esfuerzos. Aprendí que pensar, sentir y obrar con conciencia de grupo nos permite acertar, si ello significa discutir, disentir, cuestionar y decidir para avanzar. Aprendí que existen estrategias y mecanismos naturalizados para doblegarnos. Aprendí que la identidad de mujer es también la de su clase, procedencia, nivel educativo, profesión, filiación política, etc. Aprendí que la ideología que excluye, que subyuga o domina se incorpora, se hace carne, ciega y apasiona. Y deja en entredicho (por ventaja) que la construcción social de la identidad de ser varón no solo se sustenta en la lógica y la razón... Aprendí que la fuerza e intensidad de ciertos sucesos de los que somos actores, en espacios y tiempos concretos, pueden marcar toda nuestra existencia: para llegar a ser sujetos políticos, en unos casos, para formalizar la heteronomía, en otros, para colocarnos en la orilla del camino, o para “lanzarnos al ruedo” y seguir aprendiendo a resistir...

Aprendí que la sororidad o relación de hermandad, apoyo,

fidelidad y reconocimiento entre mujeres se produce cuando alcanza su sentido político. No es espontánea, no obstante estar sujetas a sufrir discriminación, exclusión o violencia en algún momento de la vida. Aprendí, finalmente, que el liderazgo de las mujeres es posible cuando se comparte la dirigencia con la familia, con el esposo, las hijas y los hijos, con la comprensión de que hombres y mujeres somos sujetos políticos en la casa y en la calle.

Han transcurrido 38 años desde el suceso de 1977. Algunos archivos de lo escrito en esa época estarán ya empolvados, no así los procesos vividos, su historia; no importa si nunca se llegarán a escribirlos, pues la elección de la primera subdecana de la Facultad no fue siquiera mencionada en la publicación oficial de la facultad (1993), realizada con ocasión de la conmemoración de los 125 años de la creación de la Universidad de Cuenca y de su Facultad de Ciencias Médicas. El autor de la III parte de la publicación mencionada compendió el registro de la elección de autoridades de la Facultad en enero de 1977 así:

*Enero.- Es electo Decano de la Facultad el Dr. Vicente Ruilova Sánchez. Se produce la renuncia de 53 profesores por inconformidad político-ideológica con las nuevas autoridades y los cambios planteados en la educación, como resultado de procesos de análisis universitario de los Seminarios organizados en el período anterior. (Hermida y Landívar, 1993: 175).*

Las historias de las mujeres no siempre han sido escritas, muchas han sido consciente o inconscientemente ocultas. Los tiempos reproducen la invisibilización ideológica de su memoria.

Sin embargo, la autora del capítulo IV de la *Historia de la Universidad de Cuenca 1867-1997*, realizada por el Instituto de Investigaciones de la Universidad de Cuenca (2001), se refiere a la elección de subdecana de la Facultad de Ciencias Médicas en enero de 1977, expresando:

*La crisis, que no era solamente profesional sino también ideológico-política, se precipita cuando 41 profesores médicos de la Facultad de Medicina impugnan, por escrito y verbalmente, la elección como Subdecana de la Facultad de la profesora de la Escuela de Enfermería, Lcda. Gladys Eskola, de profesión enfermera y de afiliación maoísta (Cárdenas,*

Carrasco, Espinosa y Malo, 2001: 326).

La atención de los medios de comunicación de la ciudad, especialmente locales, a la crisis suscitada a partir de la elección de la subdecana y la subsiguiente renuncia de los docentes descontentos mostraba el alto nivel de confrontación ideológico-política local y nacional. Al respecto, resulta de especial interés la nota de pie de página N° 20 del citado trabajo de M. Cristina Cárdenas, que establece lo siguiente:

*El 20 de diciembre de 1977, una publicación solicitada en El Mercurio, reproduce el comunicado firmado con pseudónimo y aparecido el 7 de diciembre en El Telégrafo de Guayaquil. El documento acusa al comunismo de haber destruido la Facultad de Medicina de la Universidad estatal y de haber obligado a abandonar la Universidad de Cuenca a quienes no aceptaban ser encabezados por una enfermera (Cárdenas, Carrasco, Espinosa y Malo, 2001: 331)*

En 38 años transcurridos desde mi elección no se ha producido otra de la misma naturaleza. Sin embargo, con un nuevo sistema de elección establecido en el Estatuto de la Universidad de Cuenca,<sup>10</sup> una docente de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas es posesionada decana, en febrero de 2015, constituyéndose en la *primera mujer-médica* en este cargo. Para ello ha sido necesario que transcurrieran 148 años desde su fundación.

*Las mujeres descubren diferencias allí donde antes habían dominado las similitudes, perciben disonancia y contradicción donde reinaba la uniformidad, se dan cuenta del doble sentido de las palabras allí donde se habían dado por supuestos los sentidos de los términos y dejan clara la persistencia de la injusticia, la desigualdad y la regresión en el seno de procesos que*

---

<sup>10</sup> El Estatuto de la Universidad de Cuenca, aprobado en diciembre de 2013, establece: “Art. 83.- El Decano y Subdecano son autoridades académicas que serán designadas por el Rector de la Universidad en base a la terna elaborada por los profesores titulares de cada Facultad de conformidad al Reglamento que el Consejo Universitario expedirá para el efecto”.

*antes se consideraban justos, igualitarios y progresistas.* (Benhabib, 1992: 38).

## **Un acercamiento a las mujeres que viven procesos del cuidar**

El estudio sobre *“Autorrepresentaciones y Dialéctica del Poder en la Práctica del Cuidado: Voces de Mujeres”* se inscribe en algunas categorías feministas, así como en la comprensión del lenguaje como instrumento de producción, distribución, legitimación y transformación del *orden simbólico*. Intenta acercarse a la interrelación poder-subalternidad en la práctica del cuidado en los espacios público y doméstico en los que discurre la cotidianidad de mujeres dedicadas a él.

En esta dirección, su propósito es estudiar las representaciones del poder y la subalternidad contenidas en los discursos de esas mujeres que viven el proceso del cuidar. Se trata de deconstruir una identidad histórica signada por roles y relaciones de género *esencializadas* o *naturalizadas* desde el cuidado y lo doméstico.

El reto es descifrar lo político del género, considerado por J. W. Scott como *una forma de relaciones significantes de poder* (1997: 289), y lo político del cuidado en su raíz privado-doméstica y en su visión público - laboral – institucional.

La investigación intenta recuperar la memoria de las voces e imágenes de un sector de mujeres y acercarse a la construcción de las identidades colectivas en contextos caracterizados por relaciones de poder-subalternidad. El núcleo del estudio será el sujeto mujer-enfermera, presente a través de microrrelatos biográficos y testimonios obtenidos en sesiones de grupos focales, comprendidos desde la hermenéutica del lenguaje y las estrategias de la deconstrucción (De Peretti, 1998)<sup>11</sup>. De acuerdo con el reto propuesto por Lola Luna, el estudio pondrá énfasis en la dimensión política del género y en la búsqueda de los conceptos apropiados sobre poder y política, para esclarecer cómo ciertas experiencias de las mujeres en su calidad de actrices reales forman parte de la renovación de la historia; pues se trata de *“...ver que hay aspectos de la historia en donde las mujeres no se pueden hacer presentes si no tenemos los conceptos apropiados para explicar de qué manera lo están en su ausencia...”* (Luna, G. Lola 1996)

---

<sup>11</sup> De acuerdo con Cristina De Peretti (Diccionario de Hermenéutica 1998), la deconstrucción consiste “en deshacer, en desmontar algo que se ha edificado, construido, elaborado pero no con vistas a destruirlo, sino a fin de comprobar cómo está hecho ese algo, cómo se ensamblan y se articulan sus piezas, cuáles son los estratos ocultos que lo constituyen, pero también cuáles son las fuerzas no controladas que ahí obran”.



Esa presencia-ausencia de mujeres-enfermeras será vista desde las concepciones feministas que abordan la dicotomía público-privado y la dialéctica poder-subalternidad, en cuyo ámbito cobra significado el cuidado.

### **Espacio privado, mujeres y cuidado: un tejido de la subalternidad**

Un perfil identitario que homogeneiza y universaliza los atributos de *la mujer* en la sociedad alrededor de la *domesticidad* y el *maternalismo* ha estado vinculado con la construcción de representaciones culturales, de conceptos y valoraciones arbitrarias referidos al ámbito privado o doméstico. La vigencia de un discurso signado por la *subalternidad* ha caracterizado el devenir de las mujeres, de modo que las concepciones y prácticas sociales instaladas en el imaginario colectivo han incidido en una *ciudadanía incompleta* no resuelta aún en muchos ámbitos. Las significaciones arbitrariamente establecidas en relación con el espacio privado en contraposición con lo público-político, asignado a los varones, han negado o limitado las posibilidades de las mujeres para la constitución y reconocimiento de sus derechos como sujetos políticos.

El cuidado y todas las actividades históricamente instaladas en el espacio privado o doméstico adjudicadas a la mujer, por ser cotidianas, rutinarias, y no ser vistas públicamente, han sido las menos valoradas socialmente. En consecuencia, *espacio privado, mujeres y cuidado* han derivado en ámbitos de significados convergentes.

Celia Amorós destaca que:

*... en razón de las tareas mismas a las que históricamente se las ha condicionado, al estar en un espacio de no-relevancia están condenadas a la indiscernibilidad, no tienen por qué tener un sello propio, no tienen por qué marcar un ubi diferencial, susceptible de ser valorado de acuerdo con grados: es por tanto, un espacio de indiferenciación.* (Amorós, 1994: 4)

Las actividades ubicadas en el espacio público atribuido al varón son más valoradas y reconocidas socialmente, puesto que este espacio puede verse, registrarse, grabarse, dejar una memoria y relatarse. El reconocimiento de las actividades en el espacio público está fuertemente ligado al poder, y este tiene que ser distribuido o repartido mediante la constitución de un pacto, de un sistema de relaciones de

poder, de una red de distribución entre iguales o pares, entre “candidatos o sujetos de poder” (Amorós, 1994).

Los roles de la mujer han estado históricamente pautados; Viviana Kluger (2004) los encuentra, por ejemplo, en la doctrina canónica y jurídica española de los siglos XVI al XIX y, en la literatura de la época, en el seno de la familia y circunscritos a la estabilidad, administración del patrimonio y organización de lo doméstico. Los modelos de comportamiento femenino profusamente diseñados por moralistas y teólogos estuvieron siempre referidos a la provisión de cuidados a los suyos, al mantenimiento de las costumbres, del orden y de determinadas tradiciones. Circunscrita a los límites del hogar, sus tareas de esposa y madre estuvieron subordinadas a la autoridad y poder del varón. En el marco de una valoración ideológica asimétrica de los sexos, la educación debía garantizar la reproducción de un perfil femenino de sumisión, silencio, obediencia y sacrificio, condiciones que, por ventaja, no siempre fueron generales, como destaca la misma autora al estudiar los expedientes judiciales de la época en donde se inscribieron manifestaciones de rebeldía o desacato femenino y de búsqueda permanente de mayor independencia.

De acuerdo con Mary Nash (2005), la influencia del pensamiento biosocial y la naturalización de diversas categorías sociales como género y etnicidad han incidido substancialmente en el funcionamiento del sexismo y del racismo en la sociedad. El esencialismo biológico presente en el discurso de género jerarquiza la diferencia humana de inferior a superior y justifica la subordinación de la mujer. Resalta la autora:

*El pensamiento biosocial que define a las mujeres en función de su biología y de la reproducción, actúa como mecanismo de control social que convierte en natural el cometido social de las mujeres del mismo modo que las diferencias culturales se racializan para determinar relaciones de subalternidad.(...) En este sentido, el imaginario colectivo que se construye desde la subjetividad política y desde la mirada del otro implica a toda la sociedad en la construcción diaria de la imagen de ese otro/a y en la creación de la diferencia respecto de él/ella. (Nash, 2005: 5-6)*

Las relaciones de poder-subalternidad, que contextualizan el devenir de las mujeres y la institucionalización del sexismo en la sociedad, trascienden el ámbito privado, de manera que la inserción

laboral femenina en el ámbito público posibilita nuevas formas de ejercicio del poder o dominio, pero también la búsqueda de estrategias de resistencia y emancipación con las que se identifican a este sector y a otros que luchan por una ciudadanía completa.

En este marco, las mujeres, vistas a partir de los roles y relaciones circunscritos al ámbito privado o doméstico que marcan la condición de lo femenino, son responsables del cuidado de la familia, y se espera de ellas cumplimiento espontáneo y experto. El cuidado, entendido como el conjunto de acciones dedicadas a promover la conservación de la vida, el bienestar y la felicidad de los miembros de la familia en el seno del hogar, comprende los ámbitos de la alimentación, la higiene del cuerpo y su comodidad, la prevención de accidentes y enfermedades y su curación, entre otras necesidades biológicas, sociales y culturales relacionadas con la vida humana. También ha de ser natural y espontánea la afectividad como condición inherente al cuidado, abstraída de las condiciones materiales y simbólicas del contexto en el que se produzca, entre otras: disponibilidad de tiempo e implementos básicos; predisposición para cuidar, presencia de temores, prejuicios, asignaciones domésticas adicionales, impedimentos físicos o mentales... Y la subalternidad, igualmente normalizada, es otro componente del contexto en el que se desarrollan las actividades de cuidado.

El cuidado en el espacio público, institucionalizado y regulado, ha contado con una organización, mecanismos, instalaciones técnicas y personas especialmente formadas para ofrecerlo. Los asilos, los hospitales, los centros de salud, los dispensarios sanitarios, los puestos de salud, las casas de acogida y otras instituciones fueron creados para administrar el cuidado. Profesionales, técnicos y ejecutores del cuidado forman parte de los equipos para proteger y promover la salud de la sociedad; hombres y mujeres desde diversas profesiones y disciplinas son cuidadores y cuidadoras que piensan, sienten, generan y aplican relaciones de poder-subalternidad.

La formación de cuidadores profesionales ha tenido en América Latina una demanda mayoritariamente femenina. En el Ecuador, la carrera universitaria de enfermería, que data de la década de los 40 del siglo pasado, produjo tardíamente el ingreso de varones, cuya presencia, irrelevante en términos cuantitativos, no ha modificado la connotación de enfermería como profesión esencialmente femenina, de la misma manera que las cogniciones sociales en relación con la participación ocasional de los varones en la actividad doméstica y en el cuidado de la familia no han incidido sustancialmente sobre las seculares atribuciones dadas a *la mujer* en el ámbito privado.

La inserción de las mujeres en el mercado de trabajo sanitario en el ámbito público no experimentó cambios sustanciales en el área de las relaciones laborales, que no fueran las relacionadas con la percepción de salarios, bienes e insumos básicos para el trabajo del cuidado. Se reprodujeron relaciones patriarcales, en cuanto conjunto de prácticas de “hegemonía masculina” (Puleo, Alicia 1998: 21) dirigidas a dominar y explotar. El cuidado, sometido a relaciones de poder-subalternidad y realizado fundamentalmente por mujeres, es reconocido de distinta manera que el de los varones, y cuando éste es directo, intensivo y extensivo -como aquel que realizan las enfermeras en las unidades sanitarias-<sup>12</sup>, está jerarquizado en detrimento de las expectativas de codirección y cooperación multi e interdisciplinaria, de relaciones y comunicación horizontales. Las mujeres cuidadoras, en síntesis, han estado inmersas en una historia de relaciones de poder-subalternidad en tiempos y espacios diversos.

En consecuencia, la convergencia del poder y la subalternidad está presente en la construcción de las identidades femeninas, que se configuran histórica y culturalmente mediante un proceso dinámico, contradictorio, siempre en movimiento y relacional, a través de la creación de imágenes, modelos, creencias y valores en cada contexto y tiempo. De este modo, las representaciones culturales influyen también en los mecanismos de inclusión-exclusión y en el desarrollo de prácticas sociales correspondientes. De igual forma, la constitución de las identidades étnicas, de colectivos con orientaciones sexuales diversas, de inmigrantes, o de mujeres..., es un proceso en contante construcción cultural.

El caso del colectivo *mujeres-enfermeras ecuatorianas*, en cuanto mujeres dedicadas al cuidado de los demás, y en cuanto origen privado o doméstico del cuidado, ofrece un ejemplo de cómo las representaciones culturales referentes a los roles y relaciones profesionales vinculados a la práctica del cuidado se sustentan y refuerzan con los modelos de *mujer-madre*, *mujer-cuidadora* o *ser para otros*, implantados por el pensamiento binario occidental y legitimados por el pensamiento biosocial de la modernidad. Se trata de la constitución de una identidad profesional con supuestos atributos naturales para el cuidado y condiciones disciplinables en que sustenten su ejercicio subalterno.

---

<sup>12</sup> En la presente investigación estamos refiriéndonos al cuidado que cubre las 24 horas de todos los días del año; al cuidado continuo, integral, individual, diferenciado..., semejante al cuidado de la familia en el ámbito privado, disponible en cualquier momento, solícito y particular.

De hecho, el discurso de género de la domesticidad y del maternalismo presentes en el *universal mujer* está en el cimiento del *universal enfermera*, reforzando en el imaginario social imágenes, modelos, creencias, valores y prácticas sobre los dos sujetos. De esta manera, la relación poder/subalternidad presente en el ámbito privado y público se ha convertido en constante histórica que ha ocultado reiteradamente el papel social de los dos sujetos.

En este marco, es intención de la presente investigación visualizar a través del discurso las incidencias de las articulaciones de una doble alteridad presente en un grupo de *mujeres y profesionales del cuidado*, sobre la construcción de las identidades colectivas en contextos, tiempos y espacios particulares. De esta forma, como señala Mary Nash (2006), repensar las narrativas históricas en clave de género implica cuestionar falsas universalidades y reconocer la especificidad de los contextos históricos, culturales y sociales que envuelven a los colectivos humanos, aceptar la diversidad, y resistirse al modelo dominante.

*La homogeneización sigue siendo, desde las éticas hegemónicas, el criterio de validez para catalogar a los seres humanos: pensamientos únicos, valores correctos, cuerpos controlados, emociones reprimidas, sexualidad normal... (González, 2004:193)*

### **De la persistencia del discurso de la domesticidad y del maternalismo**

Un discurso y una práctica de género, cuya normativa hegemónica colocó a las mujeres en situación de desventaja social, han moldeado por siglos los roles y relaciones de la subalternidad en la sociedad. Concomitantemente, a lo largo de la historia, el cuestionamiento, la oposición, la resistencia y la subversión han sido las respuestas de las mismas mujeres como sujetos individuales o a través de movimientos sociales diversos. En este sentido:

*Los movimientos de las mujeres, en su legitimación social, son sostenidos por una variedad y diversidad de argumentos. Los justificativos plurales de la igualdad, de la diferencia de género, del maternalismo, de la ciudadanía igualitaria, del comunitarismo, de la liberación nacional o de la emancipación obrera, colonial o étnica, de la religión y de los valores*

*pacifistas o humanitarios figuran entre los múltiples presupuestos de liberación, que alimentan el papel social de las mujeres frente a los desafíos de la subalternidad.* (Nash, 2006:48).

El *discurso de la domesticidad* es una constante que persiste aún hoy, a pesar de un largo proceso de transformaciones sociales.

Los estudios historiográficos (Nash, 2006) sobre la situación de las mujeres, encuentran que en el siglo XIX se pasó del sustento religioso del discurso tradicional de género al *discurso de las ciencias* que, desde una pretendida objetividad, impuso argumentos naturales de la diferencia sexual; de modo que el estatuto ideológico de la desigualdad fue sustituido por la naturalización de la diferencia sexual, con lo cual se legitimó la desigualdad entre hombres y mujeres y la jerarquización entre los seres humanos. De esta forma, la identidad femenina ha descansado sobre la maternidad: el amor maternal, la ternura, la entrega a los otros, la sumisión en el hogar..., frente a la autoridad masculina económica y moral, a la superioridad y a la ciudadanía de los hombres como sujetos políticos. Si bien la modernización del discurso de género favoreció el establecimiento de postulados más igualitarios y admitió para las mujeres un perfil profesional o laboral frente a las nuevas demandas del mercado de trabajo, persistió, sin embargo, la definición identitaria sustentada en la maternidad y en la reproducción, de modo que los roles tradicionales en la esfera doméstica debían continuar. Al respecto, Lola Luna destaca que:

*La modernidad alentada por la Ilustración hizo que esa mujer, “ángel del hogar” y buena madre, se considerara e institucionalizara, imponiéndose en las metrópolis europeas y en sus colonias, especialmente en el caso hispano, y América Latina fue heredera del discurso occidental, marcado fuertemente en este caso por el catolicismo.* (Luna, 1996: 7)

Así, pese al discurso moderno de la inserción laboral, el discurso maternalista limitó nuevamente el papel político y social de las mujeres. En la actualidad, con variaciones particulares según los lugares, la organización social y las culturas, el discurso de género incluye la presencia de las mujeres en el público y en el privado, y sostiene el eje de la maternidad limitada o electiva junto al de la inserción laboral obligada. Si bien se notan avances relativos a la

equidad, al acceso a ciertos derechos ciudadanos y oportunidades, aún no es posible hablar de las mujeres como sujetos políticos plenos.

El discurso de la domesticidad está vigente en grados variables en países como Ecuador y otros de América Latina. No sucede lo mismo en países del “primer mundo” donde las fronteras entre lo público y lo privado son más tenues, y las mujeres han avanzado más en el principio de la igualdad.

Nash afirma que un discurso que niega el protagonismo de las mujeres en diferentes ámbitos de la vida social o que minimiza las posibilidades de su ejercicio político en el campo público e institucional, en cuanto que representación cultural, actúa de manera fundamental en la construcción y reproducción de una alteridad subalterna.

*Las estrategias discursivas de la alteridad de género, que reiteran visiones negativas, pueden favorecer no sólo la negación o la anulación y erosión cultural de las mujeres, sino también justificar prácticas discriminatorias.”* (Nash, 2006:41).

En este marco, los rasgos atribuidos a la identidad femenina en el siglo XIX son: dedicación y entrega a los otros, afectividad, delicadeza, competencia para el cuidado, *amor servicial*, etc.<sup>13</sup> Si nos referimos a Ecuador, estos rasgos están presentes aún hoy en un discurso maternalista asociado a las mujeres y a las enfermeras. Efectivamente, este discurso tiene vigencia en este colectivo de mujeres para reproducir identidades subalternas a pesar de la preparación académica y especializaciones obtenidas, la capacidad de agencia y liderazgo en la administración sanitaria o en la docencia universitaria, entre otros espacios públicos. Parecería que la mayor complejidad de los procesos del cuidado, la informatización, los avances de la revolución tecno-científica y de las comunicaciones de la era actual no incidieron en algunos espacios del quehacer cotidiano o que lo hubieran hecho muy poco.

---

<sup>13</sup> En sus estudios sobre mujeres inmigrantes y utilización de representaciones culturales de género en la prensa de Barcelona, Mary Nash (2006: 46) destaca la transferencia a mujeres inmigrantes ecuatorianas o peruanas del discurso de la aptitud para el servicio doméstico, el cuidado de los niños y las personas mayores, otorgándoseles un perfil supuestamente natural para el “amor servicial” y las habilidades para las “tareas de cuidado y servicios de proximidad”.

Las demandas de mejoramiento de la atención de la salud y la humanización del cuidado –desde la sociedad, las instituciones sanitarias y el propio Estado– han apuntado a la incorporación de los atributos tradicionales de la identidad femenina al cuidado.

En efecto, la humanización de la atención de la salud es una de las demandas sociales más sentidas en Ecuador en las últimas décadas junto con la ampliación de la cobertura de servicios, la universalidad y la gratuidad, la solidaridad y la integralidad, entre otros componentes. Así, la *excelencia del cuidado* o la *atención de calidad*, están presentes en el discurso oficial, a tono con los avances inusitados de la ciencia y la técnica, la eliminación de las fronteras espacio temporales, la multiplicación y democratización del acceso a la información y a las comunicaciones. La *eficacia* y la *eficiencia* se han convertido en los nuevos retos de las instituciones y de los *prestadores* de servicios de salud, tanto como la persistente exigencia de la población en esa dirección. En ese proceso, la recuperación y revalorización de la dimensión afectiva del cuidado constituyen el denominador común de la expectativa social de la salud como derecho individual y colectivo. Al parecer, las emociones y sentimientos, en tanto elementos constitutivos de las necesidades individuales, asignan sentido a la perspectiva de humanización del cuidado de la salud a lo largo de la historia. De hecho, su realización solo puede entenderse en el contexto de las relaciones interpersonales, en medio de la comunicación y del interés por el reconocimiento de la persona como otro u otra, con sus diferencias psico-sociales, culturales, de género, étnicas, etarias, de clase, etc.

Desde el surgimiento de la medicina occidental, el cuidado y el restablecimiento de la salud de las personas son el objetivo fundamental de las profesiones sanitarias. El cuidado, ligado al acto sanitario, tiene como meta final el bienestar humano. En medio de los progresos de las ciencias de la salud, fundamentalmente del orden de las tecnologías, parece ser que las mujeres al interior de las profesiones de la salud se han caracterizado por promover una tesis humanizante, consecuente con la incorporación de acciones compatibles con el amor, la solidaridad, la responsabilidad y la dignidad humana. Una “*Ética del Cuidado*” envuelve el proceso del cuidar cuya clave es la dimensión de solicitud y atención al otro u otra en términos particulares, en razón de la singularidad e irrepetibilidad de la identidad humana (Rueda, 2006).

Suele relacionarse la *Ética del Cuidado* con la *Ética de la Enfermería*. “*La Ética de la Enfermería es una Ética del Cuidado. Sin embargo,...no toda Ética del Cuidado es una Ética de la Enfermería*”. (Feitos, Lydia 2003). Frente a las éticas que buscan lo universal y lo formal, lo puramente legal, o los beneficios individuales o sociales



esencialmente utilitaristas, la *ética del cuidado* pone atención en el sujeto, en sus necesidades, sus relaciones y afectos; se trata de una ética centrada en el bienestar de la otra persona en su situación concreta, en su contexto que la identifica más allá de las reglas y las generalizaciones que niegan la diversidad, las circunstancias específicas de los seres humanos, sus particularidades y su vida afectiva.

Puesto que este trabajo está referido a la práctica social de la enfermería, profesión organizada históricamente para el cuidar, intentaremos acercarnos —en el contexto de su ejercicio y de su dialéctica— a los significados y relaciones asociados a la dicotomía poder/subalternidad en la que discurre la práctica del cuidado.

## **Puesta la mira en el proceso**

Pretendemos:

Entrar en la construcción discursiva de la identidad de mujeres-enfermeras que viven la práctica del cuidado, en medio de relaciones de poder/subalternidad, para encontrar los significados detrás de sus palabras y resignificar esas y otras categorías presentes.

Descubrir el “sujeto construido” en la formación de la identidad de las actoras del estudio, habida cuenta de la persistencia de la presencia del *discurso de la domesticidad y del maternalismo* en el imaginario social de la práctica del cuidado.

Interpretar la dialéctica del ejercicio del poder en la práctica del cuidado en espacios e interacciones institucionales para encontrar las figuras y mecanismos de resistencia y subversión presentes y su repercusión en la construcción de la subjetividad femenina.

Resignificar algunas categorías que sustentan la práctica social de la enfermería desde una dialéctica de la resistencia, la autonomía y el sustrato político del cuidado, en perspectiva de la constitución del “*sujeto constructor*” o *sujeto político enfermera*.

# CAPÍTULO I

## REFERENTES CONCEPTUALES

### 1. PARADOJAS DEL CUIDADO

El tema del cuidado, nuevo en el campo de la investigación,<sup>14</sup> oculto o inadvertido por su especial composición subjetiva y su connotación de actividad natural instituida por la sociedad como todo lo conformado por lo doméstico, ha cobrado importancia reciente en la academia. Las nuevas reflexiones sobre el cuidado, producidas especialmente desde el feminismo en el marco de las ciencias sociales, han permitido enfrentar a la tradición científica, que conserva invisibles la dimensión subjetiva de las relaciones humanas y las contradicciones entre el trabajo para el mercado y el trabajo doméstico.

En efecto, los estudios sobre el trabajo doméstico y, particularmente sobre el cuidado, han sido necesarios para sustentar las políticas de protección social de las mujeres y para dar respuesta a las demandas de ciudadanía a lo largo de las dos últimas décadas. Por ejemplo, los análisis sobre la inversión y distribución del tiempo en el trabajo doméstico, han develado importantes realidades acerca de las actividades de cuidado y sobre las múltiples estrategias generadas por las mujeres para enfrentarlas y compatibilizarlas con las del trabajo de mercado.

No obstante, es evidente que sigue siendo responsabilidad de las mujeres la solución de los problemas de la sostenibilidad de la vida, relacionados con la salud, el bienestar, la alimentación y especialmente del cuidado de la prole, de los adultos mayores y personas con discapacidades, sin que las variaciones de los roles de los miembros de la familia incidan de modo importante en el asunto, y sin que el Estado y el sistema económico vigente lo afronten desde un paradigma que reconozca que el trabajo de reproducción y cuidado en el hogar sustenta el trabajo de producción de las sociedades. De manera que sigue vigente el debate sobre la ciudadanía social de las mujeres, y continúan pendientes las acciones y decisiones para hacerla realidad.

Los estudios sobre el cuidado, en cuanto área de interés especializado, datan de la década de los noventa del siglo pasado en

---

<sup>14</sup> Nos referimos a los estudios del *cuidado* como una categoría específica de análisis abstraída del ámbito más amplio de *lo doméstico*, dimensión en la que convergen tiempos, actividades y relaciones diversas, a través de los que se ha configurado el perfil de lo femenino, que junto al cuidado forman un todo más amplio, el de los *roles y relaciones de género* en el espacio privado.

Europa, y más tarde en América Latina, aunque el interés por definir el cuidado y visibilizar el trabajo de las mujeres en el ámbito privado se presenta en los debates feministas desde los años sesenta. En esta dirección, el estudio que nos ocupa se une a un proceso creciente de desvelamiento de la realidad de la práctica del cuidado, en este caso, de aquel suministrado por mujeres/enfermeras en un contexto de relaciones de poder/subalternidad en espacios privados y públicos, de modo que esta sección tiene el objetivo de contribuir a la desestructuración de su realidad para resignificarla desde otras ópticas.

### **1.1. La mujer *naturalmente* habilitada para el cuidado en la racionalidad binaria “público/privado”**

La dialéctica espacio/género ha sido reducida por la racionalidad binaria occidental -que divide y clasifica todos los componentes del mundo en fracciones opuestas y jerárquicas- a dos conceptos: *espacio público* y *espacio privado*, relacionados con los roles, comportamientos, estereotipos y significados tradicionalmente asignados a los hombres y a las mujeres, respectivamente. “*La pública, relacionada con el Estado y la economía e identificada con todo lo que es político y, por tanto, objeto de reflexión, normativización y legislación; y la privada, relacionada con la vida doméstica, familiar y sexual, e identificada con lo personal y como algo ajeno o al margen de la reflexión política.*” (Castells, 1996:27).

Lo privado/reproducción (femenino) y lo público/producción (masculino), se inscriben en los llamados “falsos dualismos” (Sabaté, 1995: 61), cuya racionalidad niega la movilidad histórica de los procesos sociales y las particularidades culturales.

Las mujeres han sido históricamente *recluidas* en los espacios privados, familiares o domésticos, de manera que, para hacer efectiva la posibilidad del ejercicio público, aún en la sociedad actual, han estado sujetas a condiciones especiales, desiguales y, a la vez, injustas. En ese proceso de diferenciación son distintos los significados de la vida doméstica de las mujeres en el ámbito privado y la de los hombres en el público, según las épocas, los espacios y las culturas; “*considerar las sociedades actuales y las de la época de los /as cazadores-recolectores a partir de una oposición general entre naturaleza y cultura, o público y privado, únicamente puede llevar a poner énfasis en la biología o en la ‘naturaleza’*” (Pateman, 1996: 40).

La dicotomía público/privado ha sido uno de los asuntos centrales de reflexión del feminismo, en su ya extenso proceso de construcción de teoría y de lucha por conquistar los derechos

históricamente negados a las mujeres. Existe una larga controversia en relación con esta dualidad conceptual y con lo que se deriva de ella: la subordinación de las mujeres. La estrecha relación entre feminismo y liberalismo, en cuanto a su origen común y a la concepción de la libertad y la igualdad de las personas, no ha impedido la existencia de posiciones antagónicas. Por ejemplo, “... *feministas y liberales discrepan sobre dónde y por qué se debe trazar la distinción entre las dos esferas, o, según ciertas posturas feministas contemporáneas, si esta distinción debería trazarse en algún lugar.*” (Pateman, 1996: 31). De manera que el feminismo de las últimas décadas del siglo XX, al rechazar la separación de lo público y lo privado y cualquier distinción entre tales ámbitos, institucionalizó la consigna “lo personal es político”. Otras posturas, diferentes a las del feminismo liberal (críticas radicales y socialistas), de acuerdo con la misma autora, “... *consideran que la estructura social del liberalismo es el problema político, no un punto de partida desde el cual se puede reivindicar la igualdad de derechos.*” (Pateman, 1996: 32). Algunas posturas han asumido la posición de romper la tradición de la dicotomía público/privado, y desvirtuar el concepto de la universalización de la subordinación de las mujeres. No obstante, la tradición público/privado continúa instalada en el imaginario colectivo: persiste la reproducción de los valores, roles y relaciones de género dicotómicos, lo mismo que las prácticas excluyentes y discriminatorias que colocan a las mujeres en situación de desventaja para el acceso a los bienes materiales y simbólicos de la sociedad y la cultura.

Teresa del Valle (1997) en *Andamios para una nueva ciudad*, nos ofrece, desde la antropología y del género, valiosas reflexiones en relación al espacio; la autora destaca que el espacio genérico resultante de la construcción sexuada de la cultura configura esos espacios denominados femeninos o masculinos. En ese proceso de configuración son determinantes las actividades sistemáticas que se desarrollan en tales espacios y sus correspondientes resultados. Pero el espacio no solamente es genérico, tiene también una connotación política y económica.

La adscripción fundamental de la mujer a la casa y a los roles reproductivos y maternalistas, impregnados de los sentidos de *inclusión, intimidad, protección, separación*, asociados con la naturaleza, anota Del Valle, determina que su presencia sea extraña en espacios más amplios, donde se norma y se llevan a cabo las decisiones trascendentales que van a determinar su vida. Este hecho, que caracterizó a las sociedades del pasado, persiste en el presente con algunas variaciones. Los estereotipos formados en ese contexto ayudan

a reproducir las desigualdades y las representaciones construidas en torno a la mujer.

Los estereotipos asociados con fenómenos y procesos de la naturaleza y de la biología son más persistentes y difíciles de deconstruir que otros. *“Los estereotipos son efectivos porque establecen límites, son económicos<sup>15</sup> y permiten mayores grados de manipulación y situaciones de dominio sobre la persona y/o grupos a los que se estereotipan.”* (Del Valle, 1997: 39).

En realidad, los estereotipos, por su función de fijar ciertos atributos para indicar *cómo son* las personas, impiden el discernimiento y la búsqueda de sus estructuras profundas. Además, estas condiciones, lo mismo que el efecto normativo que logran los estereotipos, la connotación peyorativa que implican, el ocultamiento que realizan de la consideración real de lo que la persona es, el silencio e impotencia para reaccionar que provocan en las mujeres, o la presión bajo la cual ellas deben responder a la caracterización establecida, etc., se constituyen en formas institucionalizadas de violencia.

Evidentemente, la situación de desigualdad de las mujeres, sustentada fundamentalmente en la dualidad privado-público, ha sido razón de crítica y cuestionamiento. Parecería que los cambios sociales a los que asistimos, provenientes del orden económico, jurídico, político, cultural, científico-técnico, etc., han determinado una variabilidad necesaria en el concepto y comprensión de esta dicotomía. Sin embargo, los estudios de Teresa del Valle demuestran que las actividades que se suscitan en esos espacios siguen siendo una referencia obligada para situar los roles que ha de asumir la mujer de manera prioritaria; si la mujer ha traspasado el lindero del espacio doméstico y se ha proyectado hacia los *espacios de visibilidad*, lo ha hecho siempre manteniendo como referencia principal el espacio doméstico. *“El varón está en lo público y de paso por la casa mientras que la mujer pertenece a la segunda y transita por lo público.”* (Del Valle, 1997: 43).

A pesar de que el espacio ha sido considerado, ante todo, como una realidad física, es fundamentalmente una construcción social y cultural, es decir, una categoría simbólica. Es el mundo simbólico contenido en los espacios lo que imprime el carácter de las

---

<sup>15</sup> Entendemos que los estereotipos son “económicos” en cuanto economía de tiempo: actúan con rapidez en la incorporación del sentido en el público; no requieren mecanismos o instrumentos de difusión y comunicación sofisticados, generalmente el discurso con sentido estereotipador se encarga de institucionalizarlo, aunque de hecho cuentan también con otros medios de hacerlo.

interrelaciones y lo que determina las condiciones para la construcción, afirmación y recreación de las identidades.

Milton Santos (1996) destaca que los espacios cotidianos son sociales y se encuentran en territorios concretos e históricamente delimitados. La referencia del autor engloba la casa, el lugar de trabajo, los caminos, los lugares de encuentro; en general, los lugares formales e informales, y las relaciones que en ellos se producen. *“La Historia no se escribe fuera del espacio y no hay sociedad aespacial. El espacio en sí mismo, es social.”* (Santos, 1996:18).

De hecho, los espacios que habitamos, recorremos y frecuentamos, lo que hacemos o no hacemos en ellos, los discursos que construimos, y las relaciones sociales que promovemos marcan nuestros límites y posibilidades de la vida. En este sentido, José María Valcuende (1998: 459), afirma que:

*El territorio sirve para definir a cualquier individuo, que necesariamente condiciona su actuación cotidiana a un espacio y tiempos concretos. La pertenencia territorial es siempre relacional, es decir, necesita constantemente de otros colectivos de referencia, y tiene por tanto distintas gradaciones.*

En este marco, el trabajo de cuidados y las mujeres, quienes generalmente lo ejecutan, están marcados por los significados sobre el espacio en cuanto contexto concreto en el que las personas se relacionan, comunican y tejen su vida cotidiana: la casa y las instituciones sociales donde se lleva a cabo el trabajo de cuidados. La primera es un espacio interior, privado, cerrado, no visto; las segundas son espacios públicos, aparentes, reconocidos, exteriores; ambas están impregnadas de significaciones culturales ligadas al ejercicio del poder y de la subalternidad.

La identidad de las mujeres ha estado marcada tradicionalmente por los significados socialmente establecidos para el ámbito privado. Ivonne Acuña (2009) destaca que, en la democracia griega clásica, la división de las personas en superiores e inferiores estuvo *naturalizada*, lo mismo que las relaciones de dominación hombre-mujer, padres-hijos, amos-esclavos; y reconocía la sociabilidad y la ciudadanía de los hombres libres, así como sus virtudes para la vida política. Solo los hombres libres ostentaban la categoría de ciudadanos, de suyo inaccesible a quienes se consideraba “personas privadas”, *naturalmente necesitadas* de dominación y subordinación: las mujeres, esclavos, extranjeros y niños. Las “personas privadas” contaban con virtudes

limitadas orientadas solo a la realización del control de sí mismas y del trabajo doméstico; no obstante, su actividad era considerada esencial para que los hombres se dedicasen a la vida política, en cuanto ciudadanos superiores, *naturalmente dominantes*, investidos de virtudes completas –razón y responsabilidad- destinadas al *bien común*.

En este contexto, se explica el confinamiento de las mujeres al espacio privado y su exclusión de la vida política; la superioridad de la vida política sobre cualquier otra, y la institucionalización de una moral pública y una moral privada, no sujeta esta última a estándares racionales. De acuerdo con Acuña (2005), las mujeres consideradas "juezas" de la moral privada y persuadidas por el discurso de su superioridad moral en el ámbito privado, estaban exentas de la posibilidad de intervenir en la moral pública. Esa visión fue asimilada por la teoría del contrato social de los siglos XVII y XVIII, de manera que la división público/privado, negó a las mujeres un lenguaje público y político, pues sólo el de los hombres podía dar nombre y nombrar. La moral privada se ocuparía de los asuntos relativos al *sentimiento, la emoción, la afección, la responsabilidad, el amor, el agradecimiento, la compasión, la decencia, la amabilidad*, pero no de aquellos referidos al *deber, la justicia, los derechos, la igualdad, la libertad, la legitimidad, la resistencia*, restringidos a la moral pública. Construida la autoridad masculina, el poder absoluto de los hombres se aplicaría en el mundo público y privado.

De esta forma, anota la misma autora, el patriarcalismo encuentra en el matrimonio, el espacio para explicar la aceptación (forzada) de las mujeres y los niños a ser gobernados por los hombres y el consiguiente sometimiento. En el contractualismo, junto a la división del mundo social en público y privado, de hombres y mujeres, aparece también la división mente/ cuerpo – razón/pasión. Pero la mente y la razón corresponden a la esfera pública, donde se encuentran la libertad y la igualdad legal, se protegen los derechos, los intereses y obligaciones del mercado, se habla el lenguaje de la razón y se vive bajo las leyes del Estado. En tanto, el cuerpo y la pasión se albergan en la esfera privada, a la que pertenecen las mujeres, restringidas a los *deseos irracionales*. Desde la Grecia clásica las mujeres habían sido conceptualizadas como seres carentes de virtud para la vida pública, pero la teoría del contrato social las definió además como seres naturalmente desordenados y destructores del orden político, opuestos a la civilización, incapaces de trascender su cuerpo y sus pasiones sexuales; sin moral política para formar parte del contrato social, debían ser relegadas a actividades naturales del espacio privado, y ser objeto de control para proteger al Estado de su *influencia corruptora*.

*Con estas ideas los teóricos del contrato transformaron la diferencia sexual en diferencia política, apoyados en la distinción entre la libertad “natural” de los hombres y la sujeción “natural” de las mujeres.*

*El desorden político de las mujeres significó que fueran excluidas del “acuerdo original”, transformando el contrato social en un pacto fraternal masculino. (Acuña, 2005: 10).*

En este escenario se puede distinguir la estructura lógica del pensamiento occidental cuyo lenguaje y significado bipolar sustentado en el dualismo ontológico platónico, según señala Purificación Mayobre (2007), jerarquiza la bivalencia hombre/mujer, prioriza el primer término sobre el segundo, y consigna un valor positivo y un valor negativo, respectivamente, de manera que la mujer sea nombrada como “*lo otro*”, de estatuto no humano, inferior, negativo, irracional, ligada a la naturaleza, al cuerpo, extraña al logos... El varón sería la medida de todas las cosas, precepto y prototipo de la humanidad, lo que explica el carácter androcéntrico de la cultura occidental. En este sentido, distante de la cultura y la política, como anota esta autora, la mujer ha estado *naturalmente* habilitada para el cuidado (de los hijos y la familia) en la esfera privada, sin capacidad de autoconciencia –“*ser para sí*”–, negada de la posibilidad de autorrepresentación, de ser sujeto, de nombrar y significar el mundo, concebida para ser el espejo de las necesidades del hombre - “*ser en sí*”- en nombre de la *sumisión, la pasividad, la belleza y la capacidad nutricia*.

En consecuencia, las mujeres han enfrentado a lo largo de los siglos la exclusión de los derechos políticos, el impedimento para participar en los asuntos relacionados con el bien común, la supuesta incapacidad para desarrollar el pensamiento abstracto, la posición de inferioridad natural..., estereotipos elaborados desde una lógica y valores masculinos, impuestos a partir del silenciamiento de la voz de las mujeres.

Desde el dualismo antropológico, derivado del ontológico platónico, como destaca Mayobre, sólo el alma, la mente o la razón trascienden lo meramente corporal para alcanzar la dignidad humana, posible sólo para los varones. Esa separación y jerarquía entre el mundo sensible y el inteligible acentuadas en la modernidad, daría como resultado un sujeto autónomo, cuya sustancia pensante, trascendente del cuerpo, de las emociones y los sentimientos, estaría guiado



exclusivamente por la razón; un sujeto moral autosuficiente forjado para excluir una vez más a las mujeres del ideal moderno de alcanzar la *madurez*.

*Este modelo de subjetividad totalmente racional, imperturbable, autosuficiente, negadora del cuerpo y de la relación con los otros sujetos favorece la clásica economía binaria entre el principio activo del logos masculino y la pasividad de la corporeidad femenina, al tiempo que permite utilizar la contraposición razón/emoción para justificar la discriminación de las mujeres en nombre de su imperfecto control de las emociones.* (Mayobre, 2007: 4-5).

En este marco se inscribe el cuidado, objeto de reflexiones y debate en las últimas décadas. Visto desde la moral liberal como un hacer desintegrado de las cogniciones, de la afectividad, de los derechos, de las virtudes y valores humanos, el cuidado ha sido contado solamente como un accionar natural femenino. En consecuencia, desvalorizada la mujer por el discurso discriminador de la modernidad y por la medicina de la época, que sostenía que la diferencia biológica entre los sexos era la causa de la diferenciación de las funciones y los espacios sociales, cabe inferir la condición secundaria e inferior del trabajo del cuidado y, en general, de todas las actividades vinculadas con la domesticidad, confinadas al mundo privado para las madres, esposas e hijas, aunque - contradictoriamente - fueran, en realidad, consideradas esenciales y prioritarias para la vida y bienestar de la humanidad.

De manera que la exclusión política de las mujeres a través de la historia, como señala Acuña, ha repercutido en los ámbitos teórico y práctico al ocultar las contradicciones existentes en los espacios público y privado, vale decir: entre el ejercicio de la ciudadanía de los hombres y la subordinación de las mujeres; entre igualdad y libertad y sometimiento por *naturaleza*, entre la legitimidad del *deber ser* de la democracia y la exclusión de las mujeres de la vida política, entre el libre acceso a los bienes materiales y simbólicos para ellos, y la negación o escasa apropiación de los recursos y bienes para ellas....

Estos conceptos, al igual que los de dominación y opresión, encuentran el sentido de su transformación en el campo de la *justicia social* desde el *paradigma distributivo* en el discurso de la sociedad contemporánea; en efecto, Iris Marion Young define la justicia social como:

*... la distribución moralmente correcta de beneficios y cargas sociales entre los miembros de la sociedad (...). La definición distributiva de la justicia a menudo incluye, sin embargo, bienes sociales no materiales tales como derechos, oportunidades, poder y autoestima. Lo que marca el paradigma distributivo es una tendencia a concebir la justicia social y la distribución como conceptos coextensivos (Young, 2000: 34-35).*

De acuerdo con esta definición, las expectativas y demandas de justicia en el plano exclusivo de los bienes materiales son incompletas, puesto que estos (los bienes materiales) están ligados al poder y a la posibilidad de toma de decisiones; entonces, el concepto restringido del paradigma distributivo ha de extenderse al de la *justicia del poder y del acceso a los procedimientos de toma de decisiones*. En este sentido, la violencia en todas sus formas (exclusión, marginación, malos tratos, subalternidad, discriminación, etc.), expresada en forma material y simbólica, tiene en el poder una representación política, de manera que las concepciones y procedimientos para enfrentarla han de ser igualmente políticos. Puesto que el poder es esencialmente político, es necesario contraponer estrategias de resistencia y cambio igualmente políticas, una suerte de contrapoder o poder alternativo.<sup>16</sup>

En este contexto, para la filosofía y la teoría política feministas, la construcción de un orden político alternativo ha sido una prioridad. En esa dirección, las diferentes tendencias feministas han cuestionado sistemáticamente al modelo patriarcal, al discurso dominante, a la lógica discursiva excluyente. En ese proceso deconstructivo se han producido alianzas con diversas corrientes hermenéuticas, como señala Mayobre (2007), para la búsqueda de nuevos sujetos, nuevas voces y el reconocimiento de la alteridad que se produce especialmente desde la década del setenta del siglo XX.

Se trata en la actualidad no solamente de trabajar en un proceso de reivindicaciones múltiples que favorezcan la consecución de la ciudadanía completa de las mujeres, sino también de recodificar y renombrar al sujeto femenino, de construir una nueva subjetividad, a partir de la comprensión de las mujeres como una realidad no monolítica, sino sujeta a experiencias y variables múltiples de clase,

---

<sup>16</sup> Cuando hablamos de contrapoder, nos referimos a un poder alternativo que sustituye lo hegemónico por la autonomía, por lo compartido y colectivo.

generacionales, de estilo de vida, de preferencia sexual, étnicas, etc. Se trata de un proceso de:

*... reconstrucción de la subjetividad femenina como un ser capaz de integrar elementos antitéticos (...) para poder acomodarse a una situación que dé cabida a una nueva concepción del ser humano, concebido como naturaleza y cultura, intelecto y cuerpo, potencia pero también carencia y limitación (Mayobre, 2007: 8).*

El trabajo de cuidado se ubica en este marco de tradiciones socialmente legitimadas en torno a lo público y a lo privado con desventaja conceptual y práctica para las mujeres. El sentido de sostener la vida, el bienestar y la salud de la familia y de la sociedad, que impregna el significado de cuidado- sustento nuclear de la profesión de enfermera- obliga a sus protagonistas a desarrollar nuevas concepciones, distintos reconocimientos y otras estrategias de rupturas de la tradición occidental.

En efecto, el cuidado es una necesidad imprescindible para la producción de salud, bienestar y desarrollo de los seres humanos, para mantener la vida y hacer posible y efectiva la producción social; comprende un conjunto de actividades cotidianas en las que convergen conocimientos, prácticas, destrezas, sentimientos, valores, derechos; pero también conflictos y contradicciones, dirigidas a conservar la vida y producir salud y bienestar. Amaia Pérez Orozco y Sira del Río anotan que:

*Afirmar la primacía de la satisfacción de las necesidades humanas y la sostenibilidad social como objetivo básico de la sociedad, nos obliga a iluminar el lugar social prioritario en el que se realizan dichos objetivos: el grupo doméstico. Entendiendo por tal una red de afectos, de fidelidades, de responsabilidad y de interdependencia, pero también una red de juegos de dominación y subordinación, que tiene límites poco precisos y a la que todavía no sabemos dar otro nombre. Una red de atención y cuidados tendida a través de la sociedad, que se extiende y se ramifica, pero que a veces también se contrae o se rompe y se re-crea buscando nuevas formas e itinerarios para cumplir su papel de infraestructura básica de la vida humana. (Pérez y Del Río, 2002: 27)*

Pero es necesario especificar no solo que el grupo doméstico es "lugar social prioritario del cuidado", sino también quiénes en él han sido sus responsables seculares. El cuidado como concepto y práctica ha estado incorporado a las representaciones sociales sobre *la mujer* y su posición en el ámbito privado. Catalogado tradicionalmente como un deber y una cualidad preponderantemente femenina, el cuidado ha estado asido a un perfil de habilidades y actitudes supuestamente naturales que las mujeres han desarrollado a costa de reproducir ciertos roles y relaciones en el ámbito doméstico; así, el cuidado se constituyó en el *ámbito natural* para la producción femenina, así como para la construcción de saberes y prácticas. Han creado, buscado, adaptado y probado insumos y estrategias para poder satisfacer las necesidades fundamentales, materiales e inmateriales de los seres a su cuidado (en el terreno de lo biológico, de lo psicosocial y de lo cultural), a tal punto de haber organizado sistemas de saberes y conocimientos teóricos y prácticos que han servido de fundamento a las acciones de cuidado. En ese proceso de producción de cuidados las mujeres asumieron también el rol de gestoras de enlace o interrelación entre el ámbito privado y el ámbito público del cuidado, lo que significa una inversión adicional de energía y tiempo en cada ciclo del cuidado. Estos factores del proceso productivo de los cuidados –incluida la donación del *tiempo propio* de las mujeres– fueron inveteradamente invisibilizados; de esta realidad nos ocuparemos más adelante.

En efecto, la invisibilización y naturalización de los cuidados garantizan o reproducen los conceptos y prácticas relacionados con la continuidad de su ejecución por parte de las mujeres, y sustentan y justifican un proceso de re-naturalización de ellas que está produciéndose en los últimos años, como anota Mary Luz Esteban (2004), referido a argumentar la desigualdad social de las mujeres - desde una biología y psicología diferenciadas -, refutada y combatida por las feministas en las décadas de los setenta y ochenta, lo que significa que las teorías esencialistas de las diferencias entre hombres y mujeres, además de tener vigencia, se esfuerzan por buscar nuevas explicaciones en este campo. El componente emocional del cuidado también forma parte del tratamiento naturalizador en cuanto argumento para restar reconocimiento social al trabajo de cuidados frente a otros trabajos y saberes. Esta situación es muy clara en el área de la atención de la salud, en la que el estatus profesional de las mujeres cuidadoras no tiene el nivel de reconocimiento y autoridad logrados, por ejemplo, por el personal médico masculino y con alguna frecuencia también por el femenino, como sucede en Ecuador.

*De manera que las mujeres, como genérico, y a pesar de que se hable de sus funciones como cuidadoras, permanecen a nivel simbólico en un espacio intermedio entre la población general y las instancias de poder, conocimiento y prestigio, como meras intermediarias en el proceso de atención y cuidado, en lo que no sería más que una extensión de sus roles domésticos. (...)*

*Pero, no se trataría sólo de una falta de reconocimiento y de estatus, sino que de forma simultánea y articulada con lo anterior, la división sexual del trabajo que comporta esta especialización femenina en el cuidado implica además una distribución desigual y discriminatoria de los recursos materiales y económicos, y de los tiempos entre hombres y mujeres (Esteban, 2004 70).*

Estos temas, entre otros, han sido parte de las reflexiones feministas, desde diversas posiciones y paradigmas. Sonia Montaña (2010) destaca que los debates y luchas en torno a la emancipación de las mujeres han estado históricamente referidos por el feminismo a tres categorías: la crítica a la división sexual del trabajo, la familia que la sustenta, y la separación y jerarquización del ámbito público y privado, que justifican y reproducen la desvalorización del trabajo de las mujeres. Señala la autora que:

*Desde la perspectiva feminista, la división sexual del trabajo es una categoría descriptiva y analítica, resultado de relaciones de poder y de la subordinación de las mujeres, y sirve para develar la naturalización de las cualidades femeninas de la sumisión y el cuidado. Esta crítica ha formado parte de las luchas feministas por demostrar que los roles derivados de la división sexual son una construcción social, como de hecho lo es la noción de trabajo y su vinculación al salario (Montaña, 2010: 24).*

El pensamiento feminista, como señala Montaña (2010), reconoce que la división entre espacio público (productivo) y privado (reproductivo) de la sociedad industrial favorece la subordinación de las mujeres en este último, pero precisa que tanto la dicotomía

público/privado como la subordinación son características de sociedades patriarcales anteriores al capitalismo. Defiende asimismo que los roles derivados de la división sexual del trabajo, lo mismo que la noción de trabajo y el salario son una construcción social.

## **1.2. La invisibilidad del trabajo de cuidados: una construcción social**

La presencia casi exclusiva de mujeres al frente del trabajo de cuidados y la ausencia mayoritaria de varones en él es un asunto de desigualdad de género, identificable en la esfera privada y en la pública que, de acuerdo con Astelarra (2007), implica comparaciones entre el grupo privilegiado y el que no lo es, entre lo que hacen los hombres y las mujeres, entre aquello que valora y no valora la sociedad, entre la *presencia/ausencia* de hombres y mujeres en los espacios público y privado. En este sentido, la jerarquía y desigualdad estructural entre el ámbito público y privado sirven de marco contextual de la desigualdad de género. De acuerdo con la autora, hay una presencia total de las mujeres en el ámbito privado, y una “*presencia condicionada y una ausencia relativa*” en el ámbito público. Es evidente que la incorporación de las mujeres al trabajo asalariado y la asunción de responsabilidades culturales, sociales y políticas no son homogéneas, de manera que su doble presencia en el espacio público y privado no es igual por estar cruzada por grandes diferencias de clase, pertenencia étnica, edad, educación y otras categorías sociales. Por el contrario, los hombres tienen una presencia total en el espacio público y están ausentes en el privado, con pequeñas variaciones que dependen de los grupos de pertenencia. En consecuencia, el discurso de la desigualdad de las mujeres ha cobrado legitimidad política y viene estando presente en las propuestas de cambio de un problema que atraviesa la estructura social, y compromete a las tres esferas: *Mercado, Estado y Familia*.

A partir de la normalización de las representaciones sociales respecto de la vinculación *mujer – espacio privado – cuidado*, las desigualdades se replican cuando el cuidado deja de ser una donación de las mujeres y pasa a ser una mercancía en la esfera pública. Si bien las actividades de cuidado en esta última son remuneradas, lo son de manera inequitativa e injusta; priman las consideraciones de género y de estratificación de las profesiones expresadas en una escala de valoración social jerárquica respecto de las funciones y actividades que les caracterizan. De ahí que la lucha para reivindicar el valor del cuidado y procurar mejoras salariales, condiciones laborales seguras para prevenir

riesgos laborales y enfermedades profesionales, tiene una larga historia en la sociedad capitalista.

Pero más allá de la valorización económica, el objetivo de procurar el reconocimiento humano y social de las actividades de cuidar, tanto en el ámbito privado cuanto en el público, se inscribe en el proceso de resignificar el trabajo de cuidados. El trabajo profesional de enfermería, ha debido enfrentar dificultades no solo en relación con el reconocimiento económico, sino también con el reconocimiento legal y moral.

El acto del cuidar, históricamente asumido por las mujeres ha sido naturalizado, no visto, no reconocido, no valorado como un proceso de trabajo complejo, en contradicción con lo imprescindible del cuidado, las necesidades y demanda de atención de la salud y la vida sentidas por todos los seres humanos, y promulgadas desde el siglo pasado como derechos universales. Esta falta de reconocimiento se advierte en el cuidado definido como *no trabajo* y, por consiguiente, sin costo: el de la esfera doméstica y aquel cuya producción y producto tienen valor económico en el espacio público. En este sentido, Soledad Murillo señala:

*... ni siquiera cuando el cuidado adquiere las dimensiones propias de una profesionalidad goza de la misma consideración que aquellas profesiones alejadas del mismo y más cercanas al diagnóstico<sup>17</sup>: en concreto las relaciones existentes entre el personal de enfermería y el personal médico (Murillo, 2004: 165).*

Entonces, los estereotipos sociales en torno al espacio privado, a los roles y relaciones de las mujeres, son instrumentos para explicar la valoración secundaria asignada al trabajo del cuidado y el poco reconocimiento o importancia que tienen las cuidadoras.

---

<sup>17</sup> Hay varios tipos de diagnóstico, uno de ellos es el diagnóstico médico; otros profesionales formulan también diagnósticos en su campo de acción y de acuerdo con sus competencias. Los cuidados profesionales de enfermería se sustentan en diagnósticos (conclusiones derivadas de la observación y valoración personalizada, el análisis y la reflexión acerca de los problemas que afrontan los pacientes a lo largo de su padecimiento, cuya intervención corresponde a la enfermera). El *diagnóstico de enfermería* conduce a las enfermeras a tomar decisiones pertinentes, de índole independiente o interdependiente, en el marco del proceso de recuperación de la salud, prevención de complicaciones y riesgos de las personas enfermas a su cargo. No debe confundirse con diagnóstico médico.

Un imaginario social que valora más el espacio público que el privado, lo masculino que lo femenino, el trabajo productivo que el reproductivo, etc., encuentra en la enfermería dos componentes necesarios para la aplicación de las representaciones sociales relacionadas con la subvaloración y jerarquización del trabajo, *el cuidado y lo femenino del cuidado*: el primero en cuanto núcleo duro de la profesión, y el segundo, porque han sido las mujeres quienes lo han legitimado a lo largo de la historia, al asumirlo como rol propio como protagonistas naturales de su práctica.

En consecuencia, la escasa valoración del trabajo público del cuidado se asienta sobre el concepto de normalidad del cuidado doméstico, asumido como deber u obligación, y entrega espontánea, ligada al mundo de los afectos y de los “dones naturales” de sensibilidad, habilidades psicomotoras, disponibilidad de tiempo, capacidad de desvelo y *sacrificio* atribuidos a las mujeres. Dentro de esa visión se sitúan la Enfermería y las enfermeras, aún en nuestros días.

Esta representación del cuidado originada en la autogratificación del sacrificio tiene una profunda base religiosa que sustentó la formación de las enfermeras de diversas órdenes religiosas en los siglos anteriores. La enfermería inglesa del siglo XIX con Florence Nightingale influyó en las escuelas de enfermería de América Latina, en la construcción de un perfil identitario de la enfermería basado en la abnegación y el sacrificio (Sánchez, 2002). A partir de estas condiciones ha resultado fácil la implantación de relaciones de poder/subalternidad.

Está establecido que las mujeres no tienen que aprender a cuidar, puesto que su pericia en el cuidado es uno de sus *dones naturales*. El *deber natural* en el que se basa el cuidado doméstico, cuya connotación moral impregna los roles y relaciones socialmente atribuidos a las mujeres, parecería conservarse y reproducirse en el ejercicio público del cuidado a pesar de la implantación de condiciones científico-técnicas y legales indispensables para su cumplimiento en la sociedad.

De manera que el tema del cuidado en el marco de la división sexual del trabajo, a pesar de remoto, tiene actualidad y demanda cambios necesarios en los ámbitos del Estado, el Mercado y la Familia.

La llamada "crisis del cuidado" presente en el mundo, se relaciona con diversos procesos, entre otros: el incremento de la inserción de las mujeres en el mercado laboral con la consiguiente demanda de cuidado de la población infantil; los cambios demográficos actuales expresados en el incremento de adultos mayores por aumento de la longevidad y la consiguiente demanda de cuidados especiales; el



reconocimiento de las necesidades y derechos de personas de todas las edades con discapacidades; la presencia de nuevas patologías llamadas "enfermedades del desarrollo" que interactúan con otras "del subdesarrollo"; la incorporación de programas sanitarios no solo curativos sino de protección y prevención.

*La llamada crisis del cuidado no es otra cosa que un síntoma de emancipación de las mujeres. Ocurre sobre todo porque el movimiento feminista en América Latina forma parte de los procesos de modernización política y cultural y de los procesos generales de conquista de derechos sociales* (Montaño, 2010, 26).

De hecho, el pensamiento de la economía convencional viene siendo fuertemente criticado y refutado, a la vez que se preconiza un nuevo concepto de trabajo relacionado con el esfuerzo físico y mental para sostener la vida y el bienestar de la población a través de la producción de bienes y servicios en el ámbito público y privado. Se trata de asignar igual valor social a los trabajos en los dos ámbitos separados arbitrariamente por la ideología capitalista. Solo en esta perspectiva se puede pensar tanto en los hombres cuanto en las mujeres al frente del trabajo para el mercado y para el cuidado de la familia.

En contraste con esto, el cuidado ha sido hasta hoy un ámbito dedicado a la *producción femenina* para la creación de bienes específicos como la salud, el bienestar, la seguridad, la integridad y otros bienes inmateriales. No obstante, el pensamiento económico clásico no reconoció este trabajo como *productivo* a pesar de la evidencia de todos los factores físicos, mentales y espirituales que intervienen en la creación de dichos bienes. Sin embargo, y contradictoriamente, desde el poder masculino encarnado en el Mercado, el Estado y la familia patriarcal, el trabajo de cuidados ha sido aprovechado como base para el movimiento productivo planetario y para la generación omnilateral de otros bienes y servicios, posibles solamente si a través del trabajo de cuidados se garantiza la conservación de la vida, el bienestar y la salud de la población adscrita al trabajo de mercado. Por otra parte, el trabajo de cuidados ha sido aprovechado desde la ideología de la caridad, la beneficencia o filantropía, lo mismo que desde la explotación y la inequidad como el recurso imprescindible para la producción capitalista.

En el amplio debate al que ha estado sujeto el trabajo de cuidados figuran dos conceptos: el cuidado como "*trabajo*" y como "*no trabajo*", en tanto remunerado el primero y no remunerado el segundo, razones para justificar el "*empleo*" y el "*no empleo*" desde el surgimiento del capitalismo. Esta contradicción provocó graves equívocos, tales como desvalorización de las formas de trabajo con

componentes inmateriales y desigualdades sociales hasta hoy no resueltas. Los cuidados como producción de servicios (producción terciaria dentro de la clasificación capitalista) han tenido reconocimiento económico, aunque insuficiente e inequitativo, una vez extrapolados al ámbito público como mercancía.<sup>18</sup>

Rosario Aguirre (2009) destaca que la priorización del trabajo para el mercado, reconocido económicamente y valorado por la sociedad, contrasta con la situación del trabajo no remunerado: se ha establecido que quienes trabajan para el mercado ostentan un empleo, producen bienes y servicios económicos y aportan para el desarrollo de la sociedad; contrariamente, quienes trabajan en el hogar, básicamente las mujeres, desempeñan actividades no productivas. Así, el trabajo de cuidado no teniendo valor económico resulta ser un *no empleo*. La autora explica el sentido del trabajo remunerado y no remunerado así:

*Para los hombres, el trabajo remunerado es un derecho y una obligación, un derecho social reconocido en el discurso público. Para las mujeres es un derecho social débil que debe ser constantemente reclamado. (...) Por otra parte, el trabajo no remunerado es una obligación social fuerte para las mujeres, de contornos difusos, sin límites de tiempo precisos. Puede aparecer como una “opción” libre de las mujeres, pero esa opción se reduce por el peso de normas culturales y prácticas socialmente aceptadas, así como los recursos económicos y simbólicos realmente disponibles (Aguirre, 2009: 29).*

Clasificar al trabajo como remunerado y no remunerado interesa al mercado y al Estado, puesto que visibilizan una parte de él en la sociedad, aquella que se mide y valora estadística y económicamente, e invisibilizan la otra parte que sostiene la vida, el bienestar, la cultura,

---

<sup>18</sup> Sobre la realidad social del cuidado en América Latina son importantes los siguientes trabajos: Sonia Montañó y Laura Pautassi 2010. *El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo*. En: Sonia Montañó y Coral Calderón (Coordinadoras). Cuadernos de la CEPAL, 94. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile.

Irma Arriagada y Rosalba Todaro 2012. *Cadenas Globales de Cuidados: El papel de las migrantes peruanas en la provisión de cuidados en Chile*. Gráfica LOM, Santiago de Chile.

Aguirre, Rosario; Batthyány, Karina 2005. *El cuidado infantil en Montevideo. Análisis de resultados de la encuesta sobre uso del tiempo: desigualdades sociales y de género*, Universidad de la República, UNICEF, Montevideo, Uruguay.

la sociedad y la misma economía: el trabajo de cuidados. Muestran, en el primer caso, los productos generados para el mercado, la tecnología empleada, la fuerza de trabajo invertida medida en tiempo en tanto mercancía, las relaciones de producción (empresario–empleado); en el segundo caso, ocultan el proceso de producción, los resultados del mismo, la fuerza laboral invertida, el *tiempo donado*, el conocimiento y tecnología empleados. Ocultan, fundamentalmente, la dimensión subjetiva (moral y afectiva) que caracteriza al trabajo de cuidados. Muestran, eso sí con gran fuerza, que el trabajo de cuidados es el quehacer indispensable de las mujeres, tanto que las identifica y define. Al diferenciar el trabajo productivo del reproductivo, mercado y Estado refuerzan y reproducen los roles tradicionales masculinos y femeninos en la sociedad y con ello las diferencias sobre las que se asientan las inequidades.

Desde la década de los setenta del siglo pasado, un largo y sostenido proceso de análisis feminista ha contrastado esta realidad en torno al trabajo de hombres y mujeres, hasta llegar a los estudios actuales sobre el cuidado como categoría específica. De acuerdo con Lourdes Benería (2007), este recorrido, que se inició en la época indicada, distinguió y significó el trabajo productivo y el reproductivo, a la vez que mostró la invisibilidad del trabajo no remunerado de las mujeres y el impacto en su vida. Posteriormente, en las estadísticas oficiales de los años ochenta se puso de manifiesto la ausencia del trabajo reproductivo no remunerado de las mujeres, pues, al no estar ligado oficialmente al mercado, se trataba de un *no trabajo*.

Desde entonces, la construcción conceptual, metodológica y empírica sobre el trabajo productivo/reproductivo y remunerado/no remunerado ha tenido un lugar importante en la investigación. Son frecuentes los estudios relacionados con el incremento de la inserción de las mujeres en el mercado laboral, los tipos de trabajos a los que acceden, el uso del tiempo de ocio, la magnitud del desempleo y subempleo ligados a las crisis económicas, las estrategias de supervivencia, etc. Se ha estudiado, asimismo, cómo parte de las tareas de reproducción de la esfera doméstica han sido extrapoladas a la pública convirtiéndose en trabajo remunerado, como sucede con el trabajo de cuidados –convertido en mercancía– para atender las demandas de cuidado de las mujeres que se insertan en el mercado laboral, al menos de aquellas que cuentan con recursos para pagarlo. Pero, en general, las mujeres han continuado al frente del trabajo de cuidados en la familia además de asumir el remunerado fuera del hogar. Se ha develado, fundamentalmente, la relación afectiva que caracteriza al trabajo de cuidado; el carácter productivo de la economía doméstica,

al menos en tres ámbitos: el reproductivo, el mantenimiento de la fuerza de trabajo y el cuidado. En ese marco, la dicotomía público/privado está adscrita a lo productivo/reproductivo, respetivamente, conservando y reforzando los significados y contradicciones correspondientes.

Podría parecer que cuando el trabajo de cuidados se torna público a través del ejercicio de varias profesiones, en cuanto mercancía, los problemas arriba señalados estarían resueltos; pero no sucede así: aquellas actividades realizadas por mujeres cuidadoras, que están más tiempo y más cerca de las necesidades de la esfera material, afectiva y cultural de quienes reciben cuidados, han sido jerarquizadas inequíticamente y han sido fuente de relaciones sociales desiguales.

La *economía feminista*, señala Lourdes Benería (2007), ha puesto en evidencia las contradicciones del análisis económico ortodoxo, la pobreza de los modelos teóricos basados en la racionalidad del mercado, y ha logrado entrar en un proceso de reconceptualización y extensión del significado de lo económico hacia el campo del bienestar individual y social, para lo cual el trabajo del cuidado es un eje fundamental. Estos avances han logrado demostrar la importancia de incluir la perspectiva de género en los proyectos sobre presupuesto, en las encuestas y estudios sobre uso del tiempo, en la formulación de la política económica y social, en las políticas públicas y de conciliación entre los distintos tipos de trabajo. Esta autora señala dos imperativos en este proceso:

*... que el nivel de vida de un país o de una comunidad tiene que incluir no solo los bienes y servicios producidos a través del mercado sino también una clara conceptualización de la contribución aportada por la esfera del trabajo no remunerado.*  
*... que el trabajo no remunerado tiene que integrarse plenamente dentro del contexto macroeconómico y del mercado de trabajo.* (Benería, 2007: 111).

En esta misma dirección, el movimiento feminista, anota Judith Astelarra (2004), ha destacado la importancia del cuidado y de quienes lo prodigan, pues desde la *familia*, tercera institución de la vida social, además del *mercado* y el *Estado*, se realiza la producción de *bienes y servicios de cuidado*, fundamental para la reproducción humana, para la vida y el desarrollo de la subjetividad e identidad personal. Desde la

familia las mujeres han sido las productoras fundamentales de ese trabajo de cuidado, socialmente invisibilizado, desigual y jerarquizado.

De acuerdo con la misma autora, con la sociedad moderna se producen especiales transformaciones en las actividades del mercado, el Estado, la sociedad civil y la familia. Los ámbitos sociales y los roles se escindieron: el Mercado, el Estado y la sociedad como lo público - sede de las relaciones sociales, económicas y políticas-, con reconocimiento social y prestigio, se asentaron como dominio masculino, y la familia o ámbito privado - sede, por el contrario, de la afectividad, de la cohesión y la evitación del conflicto-, como femenino, ya sin el valor económico, social y político característico, mantenido en la sociedad preindustrial. El tiempo y la cotidianidad cobraron nuevos sentidos en función del trabajo productivo, en tanto que los trabajos domésticos perdieron su centralidad y atención compartida entre hombres y mujeres, y se acentuaron las diferencias y distancias. Se jerarquizaron las relaciones sociales basadas en la prioridad asignada al mundo público y a las organizaciones investidas de razón, minimizando el valor de los sentimientos asociados con el mundo privado. (Astelarra, 2004). Si bien, hasta mediados del siglo XX se produjeron transformaciones en los conceptos y prácticas sociales relativos a la división público/privado y a los roles y relaciones como consecuencia de esta dicotomía, ese proceso de transformaciones no pudo ser ni homogéneo ni generalizado.

En el caso de Ecuador, el reconocimiento del trabajo de cuidados no remunerado se produce de manera formal en el siglo XXI, luego de un largo proceso de exigencia y lucha del movimiento de mujeres al respecto. Consta en la Constitución de la República del Ecuador (2008) que:

*Se reconoce como labor productiva el trabajo no remunerado de autosustento y cuidado humano que se realiza en los hogares.*

*El Estado promoverá un régimen laboral que funcione en armonía con las necesidades del cuidado humano, que facilite servicios, infraestructura, y horarios de trabajo adecuados (...)*

*La protección de la seguridad social se extenderá de manera progresiva a las personas que tengan a su cargo el trabajo no remunerado en el hogar, conforme a las condiciones generales del sistema y la ley. (Art. 333).*

Es importante contar con un discurso jurídico que convierta en ley los derechos históricamente excluidos, pero no es garantía de cumplimiento; frecuentemente se posterga su aplicación, se modifica con facilidad los textos vigentes, o, simplemente, se convierten en letra muerta. Con frecuencia, son necesarias la movilización ciudadana, la exigencia y vigilancia para su cumplimiento.

### **1.3. Tiempo, espacio y trabajo de cuidados en la configuración de la identidad femenina**

El tiempo no existe sin el espacio, se traslapan; uno y otro son representados según las culturas, los procesos sociales, las regulaciones, las necesidades y los sujetos. El uso y valoración del tiempo están directamente relacionados con los espacios y la actividad que se producen en ellos. Tiempo, espacio y trabajo, en tanto parte de la vida cotidiana, y contruidos en medio de las relaciones sociales, intervienen, junto a otros componentes, en el proceso de configuración de la identidad de hombres y mujeres. *"El tiempo es en sí mismo un recurso que facilita o restringe las opciones y tiene un alto contenido de género."* (Aguirre, 2009: 44). En consecuencia, lo que hacemos, cómo y con quién nos relacionamos, los códigos y significados de los discursos, los afectos y desafectos que enmarcan el trabajo, están ligados al espacio y al tiempo, con significados y valoraciones sociales específicos al estar sexuados. Hay tiempos de mujeres y tiempos de varones, en el sentido de que su uso, valor, distribución, representación y significado son diferentes.

Al hablar de "espacios y tiempos de mujeres" se quiere explicar un estar, un sentir y un hacer condicionados por conceptos y prácticas relacionados con situaciones de exclusión o subalternidad, con exigencias comportamentales, con ciertos resultados esperados..., que no siempre están en la conciencia de las personas o no se visibilizan. Espacio y tiempo están cruzados por la división del trabajo, por la clase social, por el lenguaje, por la edad, por la valoración asignada a la producción, por los usos y costumbres, por los actores sociales y el carácter de sus relaciones.

El discurso cotidiano da cuenta de algunas expresiones referidas a la materialización del tiempo, de los significados y símbolos socialmente contruidos. Hablamos de un *espacio de tiempo* (en el sentido de tiempo como lugar y como recorrido), *dar tiempo*, *abrir el tiempo*, *ajustar los tiempos*, *ganar tiempo*, *agarrar el tiempo*, *correr el tiempo*, *matar el tiempo*, *gastar el tiempo*, *hacer tiempo*, *el tiempo es oro*, *levantar o alzar el tiempo*, *tener o no tener tiempo*, *dar tiempo*,

*perder el tiempo, gozar el tiempo...* Espacio-tiempo y cuerpos sexuados se interrelacionan, se comunican y convergen. El lugar, aparentemente objetivo y neutro, y el tiempo en su intangibilidad cobran sentido con la existencia diferenciada de los sujetos hombre y mujer; espacio y tiempo están en la vida y el devenir de los seres humanos. El cuerpo existe en un espacio y tiempo, y sus marcas son la historia del territorio habitado.

El tiempo no es homogéneo ni lineal; lo mismo que el espacio, es móvil, disímil, contradictorio y diverso. El tiempo es mediador de las interrelaciones de los sujetos y esa mediación está cruzada por el poder.

Los espacios y tiempos masculinos son más valorados que los femeninos, los primeros están ligados a la producción y al mercado, es decir, al trabajo remunerado; en tanto que los segundos, dedicados a la reproducción y al cuidado, al *no trabajo*, no son remunerados. De manera que espacio público/privado y tiempo están en la base de la tipificación y clasificación de las actividades y comportamientos, de la diferenciación de lo masculino y de lo femenino, de la jerarquización, calificación y valoración de los roles y relaciones sociales.

Los estudios sobre el tiempo aparecen en el siglo XVIII en Francia (1760), en Inglaterra en el siglo XIX (1830), en Estados Unidos a fines del siglo XIX (1883). Es Frederick Taylor quien sistematiza el llamado “estudio de tiempos” (Durán, 2007). Los estudios sobre el uso del tiempo se multiplican y diversifican en la segunda mitad del siglo XX especialmente en los países desarrollados. Como estudios de “tiempo y movimiento” estuvieron ligados a la ideología capitalista con la finalidad de cuantificar la producción, establecer parámetros de rendimiento humano en las fábricas y diseñar sistemas de incentivos económicos y de otro tipo para emular la velocidad en la producción y la competitividad entre los obreros.

Según Carrasco, Borderías y Torns (2011), en Europa y otros continentes, incluida América Latina, las encuestas y diarios de uso del tiempo de los años sesenta del siglo pasado fueron empleados con el fin de hacer visible el trabajo de las mujeres en el ámbito privado y demandar de los Estados su inclusión en las cuentas nacionales. En 1995, el Sistema Europeo de Cuentas Nacionales definió y recomendó la incorporación de la producción doméstica como parte de las llamadas “cuentas satélites.” Los diarios de uso del tiempo, que reemplazaron a las encuestas, ofrecieron algunas limitaciones metodológicas que, según las autoras citadas, no tienen la posibilidad de lograr información integral referida al contexto social, emocional y subjetivo del trabajo de cuidados. En efecto, la información cuantitativa del tiempo, los promedios y estadísticas homogeneizan una realidad compleja que queda oculta: la organización y gestión de las actividades, el esfuerzo y

tensión que demanda el apoyo emocional a personas dependientes o en condiciones de indefensión, las responsabilidades paralelas al trabajo de cuidados, como por ejemplo preparar los alimentos y la ropa, limpiar la casa, etc., fundamentales para la subsistencia. No muestran tampoco los conflictos y tensiones derivados de la armonización de los tiempos dedicados al trabajo remunerado y al de cuidados, aspecto que más impacto y agobio representa para las mujeres hasta hoy.

Puesto que cuidar a una persona no es solamente realizar ciertas acciones, sino también experimentar un *estado mental* que demanda "...responsabilidad y disponibilidad continua, tiempo de estar 'atenta a', 'disponible o vigilante a'; más que una acción concreta, representa un tiempo potencial de realizar alguna tarea." (Carrasco, Borderías y Torns, 2011: 65). Es obvio que ciertos componentes del proceso de trabajo no pueden ser medidos, unos por ser esencialmente subjetivos y otros por no ser advertidos al ser subvalorados.

En el trabajo de enfermería se invisibilizan varios tiempos del proceso del cuidado y se minimizan los efectos de la tensión, la frustración, la espera, la angustia u otros estados. Sucede en el afrontamiento de la gestión del cuidado; en la demanda de creatividad, iniciativa, liderazgo, en la percepción de riesgo al tener que tomar decisiones en situaciones críticas o de emergencia; estas y otras condiciones no son posibles de medición y menos de estandarización. Con frecuencia, no se consideran actividades inherentes al cuidado: la vigilancia y control de los pacientes mientras duermen o se encuentran *estables*; la gestión de insumos para el cuidado en condiciones de carencia, escasez, daño o deterioro de los mismos; la advertencia de cambios imprevistos o irregularidades en el proceso de atención provenientes del enfermo o de su entorno, etc. El trabajo de cuidado es un proceso continuo de alerta, de predisposición para actuar, de tensión, de impotencia, de incertidumbre y de riesgo frente a situaciones complejas.

Los estudios del uso del tiempo han develado buena parte de la estructura social, cultural e ideológica del tiempo, así como una realidad de desigualdad de la distribución del mismo y del trabajo de hombres y mujeres; se destaca el fenómeno de la *donación del tiempo* para el cuidado por parte de las mujeres.

El tiempo de los varones está mercantilizado, se puede medir y valorar económicamente, no así el tiempo de las mujeres, especialmente si está dedicado al trabajo doméstico y al cuidado, puesto que se convierte en *tiempo invisible* (denominación acuñada por los estudios feministas sobre el uso del tiempo). El tiempo de las mujeres tiene significados y usos diferentes al de los varones; se distribuye de manera



dinámica y cambiante según las circunstancias y modos de vida, y parece que se multiplicara en razón de cubrir las necesidades de la familia a través de la realización de un sinnúmero de tareas diarias: las que corresponden al empleo en el mercado laboral, al funcionamiento de lo doméstico en el ámbito privado, al cuidado de la familia, al estudio, a la gestión con la escuela, los bancos, el hospital, mantenimiento de redes familiares etc. Muchas de las responsabilidades que asumía el varón en el ámbito público (especialmente urbano) han pasado a manos de las mujeres por efecto de su inserción en el mercado laboral, por el rol de jefa de hogar (figura cada vez más frecuente en la sociedad actual), debido a la migración masculina dentro o fuera del país, a la constitución de familias monoparentales, a la posición opcional sobre el matrimonio adoptada por muchas mujeres, al acceso y mejoramiento de la educación, entre otras razones.

La *multiplicación del tiempo* atribuida a las mujeres es una metáfora misógina que, al pretender destacar una supuesta cualidad o mérito especial femenino, intenta reproducir el deber de armonizar o *conciliar* el tiempo del mercado laboral con el tiempo doméstico y de cuidado. En este significado está implícita la referencia a habilidades o destrezas desarrolladas para atender *al mismo tiempo* varias responsabilidades relativas al mundo doméstico y al público, la inversión de una *fortaleza inagotable*, ausente en el discurso oficial para describir el perfil general de las mujeres pero presente en la práctica cotidiana, y una especial capacidad de vigilia para el cuidado, como si se trataran de dones femeninos innatos necesarios para el rendimiento exitoso en el mercado laboral y en el hogar. En realidad, la *multiplicación del tiempo*, que permite cubrir las actividades domésticas y otras derivadas del empleo y de la gestión social, significa reducción del *tiempo propio* de las mujeres y disminución de las oportunidades para estudio, descanso, recreación y autocuidado. De manera que la *multiplicación del tiempo* no es otra cosa que la extensión de la jornada laboral de las mujeres para cubrir las necesidades del conjunto de la familia en el ámbito privado a través de un *tiempo donado*. Este tiempo puede ser aprovechado también, en muchas ocasiones, en el ámbito público, en razón de otros estereotipos presentes respecto de la mayor generosidad, responsabilidad, eficacia, solidaridad o *vocación de servicio* que se cree caracterizan a las mujeres de modo natural y, por consiguiente, sin retribución necesaria. Obviamente, las variaciones del *tiempo donado* tienen relación con otras categorías: la clase, la edad, la procedencia, el nivel de educación, la etnicidad, etc. Por ejemplo, quienes pueden disponer de trabajo de cuidados y servicio doméstico

remunerados están en mejores condiciones de utilizar las oportunidades que les permite la distribución autónoma de su *tiempo propio*.

Es incuestionable que la interminable carga laboral del cuidado invade el *tiempo propio* o *tiempo de ocio* de las mujeres, que sirve para reponer la fuerza física y mental del trabajo diario a través del descanso y la satisfacción de otras necesidades fundamentales: el sueño, la recreación, la comunicación, la alimentación, la sexualidad, el estudio, el cuidado del cuerpo, el control de la salud y, en general, el autocuidado y otras demandas personales. El *tiempo donado* incide en el acceso a los derechos de las mujeres: se postergan, limitan o incumplen.

En contradicción con lo indicado, en el imaginario colectivo se mantiene la vieja idea de que a las mujeres “*les sobra el tiempo*”, y que frecuentemente “*lo pierden o desperdician*”. Y en el imaginario femenino está instalada la obligación de mostrar socialmente que, en efecto, las mujeres están frecuentemente ocupadas y son *productivas* en el hogar y en otros ámbitos.<sup>19</sup>

Estos estereotipos persisten en la sociedad actual a pesar de que es evidente la asunción de nuevas y variadas responsabilidades relacionadas tanto con los procesos de inserción laboral de las mujeres, cuanto por la complejidad del contexto actual en que se produce la doble o triple jornada de las que son responsables. Evidentemente, el tiempo de las mujeres es más escaso comparativamente con el que disponen los varones; señala Rosario Aguirre (2009: 44): “*En el caso de las mujeres la escasez de tiempo se vincula al desbalance existente en el reparto desigual del trabajo*.”

En efecto, la inserción de las mujeres al trabajo del mercado no ha movilizado la visión generizada de que la mujer es responsable natural de lo doméstico y el cuidado de la familia; han variado, cuando más, las formas y estrategias para reproducir ese imaginario en la sociedad actual. Los servicios de cuidado de *guardería maternal* y pre-escolar, la creación de casas del día para adultos mayores, la oferta de

---

<sup>19</sup> Algunas conductas pueden ilustrar el empleo productivo del tiempo por parte de las mujeres como enseñanza para la descendencia y la demostración a otros de su laboriosidad. Por ejemplo, las mujeres indígenas de las comunidades de Otavalo y Saraguro del Ecuador (dos etnias aborígenes), se mantienen ocupadas en el hilado de la lana: mientras esperan, se trasladan de un lugar a otro, participan en asambleas comunitarias, conversan, o mientras están al frente de la feria de animales y otros productos en la plaza o el mercado. En la misma dirección puede estar el recuerdo que tengo de mi madre de mostrarse frente a mi padre siempre haciendo algo. Al término de la jornada del trabajo de oficina el descanso de mi padre contrastaba con la actividad que mi madre continuaba realizando en una jornada extensiva que solo terminó con su muerte. No debía verse descansando en el día o conversando, pues se interpretaría como *pérdida de tiempo*.

viandas familiares, etc., surgidos por iniciativa mercantil privada, se sustentan sobre el trabajo de mujeres en el espacio público. Y los escasos programas del Estado son de cobertura mínima y frecuentemente desarrollados en condiciones deficitarias de orden técnico, legal y presupuestario. Es el caso de los servicios de cuidado a través del trabajo de “*madres comunitarias*”, ejemplo claro de la invisibilización del tiempo y complejidad del trabajo de cuidados en el hogar, extrapolado desde hace varias décadas por el Estado al mundo público. Las condiciones salariales de estas mujeres, las oportunidades para capacitarse y actualizarse en torno al cuidado han variado mínimamente, en comparación con el abundante uso publicitario que se hace oficialmente de las nuevas denominaciones y programas oficiales integrados en los últimos años.

En este marco, los prejuicios en torno al trabajo de cuidado se desprenden de la poca trascendencia atribuida a lo *doméstico-privado*, en contraste con la asignada al *trabajo público* de los varones. La producción de los bienes y servicios que efectúan las mujeres en el hogar aparecen y desaparecen como acciones mágicas. Los cuidados se producen en flujo, y sus productos son intangibles y perecederos. Puesto que su consumo se da concomitantemente con su producción, la fuerza de trabajo y el tiempo invertidos son un *continuum*, de modo que su medición sin ser posible, deja también de ser necesaria debido a que la acción de cuidar no tiene valor monetario sino moral y afectivo. Una percepción respecto de la necesidad y utilidad del cuidado se produce cuando las mujeres dejan de cubrir las demandas de cuidado. El alto costo que impone el mercado al trabajo de cuidados en guarderías, casas de acogida, residencias de ancianos, obliga a reconocer a las familias, al Estado y a la sociedad que “el cuidado cuesta”. Sin embargo, los altos costos del cuidado institucional no necesariamente inciden en el mejoramiento de los salarios y las condiciones laborales de las mujeres cuidadoras, profesionales o no; sobre ello están los intereses mercantiles de las empresas empleadoras.

Las actividades de cuidado invaden generalmente el tiempo de las mujeres, el tiempo de ocio o tiempo propio, como hemos señalado, convirtiéndose éste en *tiempo para otros*. En efecto, Soledad Murillo (2004), destaca que el *tiempo de cuidado* no se somete a la contabilización, es máximo o total, puesto que el cuidar como acción física y mental se convierte en una actitud: *la actitud responsable*. Esta actitud ha de ser entendida no solamente en relación con el *cuidado directo*, aquel que se provee en tiempos y espacios concretos junto a la cabecera del enfermo, si se trata de la salud; o de la seguridad y protección en caso de la indefensión de niños, adultos mayores o

personas con minusvalías; o de la alimentación, comodidad y bienestar de los miembros de la familia, etc., sino inclusive cuando aquel ha sido delegado a otras personas. Esto sucede en el ámbito privado y en el público; por ejemplo, quien está al frente del cuidado en instituciones como el hospital, aún si delega las acciones, invierte tiempo en la planificación y previsión del cuidado, en ofrecer información técnica acerca de la evolución del estado del enfermo, en abastecer insumos, equipos y aparatos para el cuidado, en supervisar el proceso y garantizar su efectividad, etc.

Pero, además, como el tiempo de las mujeres es *múltiple*, dedicado a actividades diversas según sus roles de cuidadora, madre, esposa, hija, trabajadora asalariada, ama de casa, representante del barrio, de la comunidad y de la escuela, etc., no tiene un punto de partida y de llegada como los tiempos empleados por los varones.

*La duración de la “jornada laboral” de una cuidadora no tiene principio ni fin, característica que comparte con otras actividades del trabajo reproductivo, en el que el tiempo tiene un desarrollo circular, y no lineal como en el trabajo productivo. (García, Mateo, Maroto, 2004:85).*

Esta situación ocurre en forma semejante en el trabajo público del cuidar, por ejemplo, se cree que el tiempo del trabajo de las enfermeras es *flexible, intensivo y extensivo*, no obstante estar delimitado administrativa y legalmente. Su trabajo y tiempo pueden sujetarse con facilidad a la voluntad y necesidades de otros, pueden invertirse o tomarse decisiones sobre ellos, y pueden prolongarse más allá de los límites administrativos, legales, personales y humanos para cubrir las demandas que competen también a profesionales de ramas afines. Con frecuencia las instituciones que ofertan cuidados toman en cuenta prioritariamente a estas profesionales cuando se trata de nuevas asignaciones o funciones, cuando deben implantarse nuevos programas o proyectos, cuando han de aplicarse nuevas normativas..., pues ellas estarán prestas a asumirlos.

En efecto, en general las mujeres han sido responsabilizadas adicionalmente de otras tareas vinculadas al cuidado, que deberían ser compartidas con los hombres en la sociedad; no se toma en cuenta el tiempo adicional que deberán invertir para llevarlas a cabo, ni siquiera se repara en ello, ni tampoco en las necesidades personales cuya satisfacción ha de postergarse por esa razón. Con frecuencia, las mujeres se responsabilizan del cuidado de los animales en el campo, de

conservar y transmitir las costumbres y tradiciones a hijos e hijas, de conectar el hogar con la escuela y la comunidad y, frente al compromiso ecológico del cuidado y conservación de la naturaleza, son especialmente las mujeres quienes han de cumplir con esa nueva responsabilidad.

Es frecuente en nuestro medio que las mujeres de estratos sociales medios y bajos posterguen la satisfacción de sus necesidades de salud, de educación, de especialización profesional, de recreación, etc., en favor del desarrollo de sus esposos e hijos y de la misma comunidad. Aunque esta situación ha variado parcialmente en las dos últimas décadas, las oportunidades de desarrollo para las mujeres siguen siendo escasas.

La Organización Mundial de la Salud (2009) revela que los sistemas de salud dependen de las mujeres como prestadoras de asistencia sanitaria, a través del rol de cuidadoras principales de la familia y también del de prestadoras de asistencia sanitaria en los espacios formal e informal. Sin embargo, con frecuencia y paradójicamente los mismos sistemas desatienden sus necesidades.

*Las mujeres, que constituyen la columna vertebral del sistema sanitario, raras veces están representadas en los puestos ejecutivos o de gestión; más bien tienden a concentrarse en los empleos con sueldos bajos y expuestas a mayores riesgos de salud ocupacional. Su función como prestadoras informales de asistencia sanitaria en el hogar o la comunidad no suele recibir apoyo, reconocimiento ni remuneración. (OMS, 2009: 4).*

En este contexto de relaciones injustas e inequitativas es evidente una fuerte inversión del tiempo de las mujeres, un tiempo donado para otros que además se naturaliza e invisibiliza. Cristina Carrasco (2011) advierte la existencia de dos tiempos en tensión: por un lado, el exigido por el trabajo mercantil que demanda de las mujeres mayor movilidad y disponibilidad de horarios y, por otro, el necesario para las tareas de cuidado para la sostenibilidad de la vida. Dos tipos de trabajo y dos tiempos: un “*tiempo de trabajo*” ligado al beneficio económico que reporta a las mujeres la inserción en el mercado laboral, y un “*tiempo de cuidado*” dedicado a las necesidades de reproducción no valorado económicamente. En este sentido, destaca la autora, el cuidado es considerado una “*externalidad*” del sistema económico, está implícito e invisibilizado en la vida familiar, y no ha sido reconocido

como una categoría analítica central en los estudios de las sociedades. Bajo este concepto, el sistema capitalista se beneficia del trabajo doméstico y de cuidados provistos por las mujeres para sustentar la producción del mercado, sin ningún reconocimiento económico. Un claro ejemplo de este injusto aprovechamiento es el trabajo familiar para la producción mercantil de bienes relacionados con el ensamblaje, la industria textil y electrónica por parte de algunas maquiladoras capitalistas en pleno siglo XXI, que aprovechan el trabajo doméstico, el hogar como lugar de la producción y los miembros de la familia como agentes productores, sin consideración de los riesgos ambientales y laborales, no solo individuales sino colectivos, incluyendo los que tienen relación con la salud física y también mental, derivados de la sobre-explotación. Se trata, en este ejemplo, de la fundición en el hogar, de espacios, tiempos y actividades correspondientes a la dimensión reproductiva y productiva, con lo cual se difuminan sus límites específicos, con pérdida de la claridad e intensidad del valor y soporte que tiene la primera dimensión frente a la segunda. La fundición de tiempo, espacio y actividades reproductivo-productivas en mujeres adscritas a variantes de producción capitalista se presenta también en agricultoras, vendedoras ambulantes, comerciantes de ferias de mercados, etc., con fuertes cargas de conflicto y tensión en sus vidas. De manera que es desde las contradicciones de esta realidad en tensión que han de demandarse los cambios necesarios para hacer realidad una ciudadanía completa de las mujeres.

Como señala Rosario Aguirre (2009), el uso del tiempo demuestra realidades que no pueden ser vistas a través de los instrumentos tradicionales de medición: desigualdades sociales y diferencias en el accionar y en la vida de los hombres y las mujeres. El perfeccionamiento de los conceptos sobre el tiempo y los instrumentos para su medición, anota la citada autora, nos permitirán entrar en otras dimensiones del tiempo, no sólo como recurso económico, sino también como recurso moral y recurso político.

En esa dirección, las mujeres necesitan construir nuevas percepciones y representaciones del tiempo, en cuanto recurso cuya disponibilidad y uso hace posible el acceso a oportunidades de desarrollo personal; es preciso mirar al tiempo, especialmente al propio, como un recurso económico, moral, y sobre todo político, como anota Aguirre; además de someterlo a procesos de autocontrol.

Asimismo, el reconocimiento del tiempo de cuidado en los ámbitos doméstico o público va más allá del valor económico; al estar el cuidado sumergido en la dimensión afectiva de las relaciones interpersonales, cuenta de modo trascendente el reconocimiento moral y

político, tradicionalmente ausente. Por ejemplo, el trabajo del cuidado de enfermería en el espacio público, impregnado de cierta *externalidad e invisibilidad*, tiene un valor colateral o simplemente complementario entre los usuarios internos y externos de las instituciones. El tiempo intensivo y extensivo invertido en el cuidado de enfermería y la injerencia de las actividades en el restablecimiento de la salud de los enfermos se valoran y reconocen menos que en el campo de otros profesionales. Frecuentemente se hace público el valor del tiempo, trabajo, responsabilidad y pericia médica, pero el tiempo y los cuidados de enfermería, con las mismas características de experticia y responsabilidad, generalmente quedan ocultos. Es usual que la prensa local o nacional difunda, a través de editoriales, crónicas, boletines, y otros espacios de comunicación colectiva, los agradecimientos y reconocimientos por la labor acertada de los profesionales médicos en la atención de los enfermos. En general, la exclusión del reconocimiento del trabajo de cuidado de enfermería es el resultado de un imaginario que invisibiliza y jerarquiza el conocimiento, la técnica, la práctica y el tiempo de las profesiones del cuidado.

#### **1.4. El cuidado y la lógica de la dominación, la violencia y la subalternidad**

Las relaciones de poder se ejercen entre personas en múltiples espacios: al interior de la familia, en el trabajo, en la relación pedagógica, etc.; relaciones de poder que pueden conducir a los denominados hechos o *estados de dominación*, “...en los que las relaciones de poder, en lugar de ser inestables y permitir a los diferentes participantes una estrategia que las modifique, se encuentran bloqueadas y fijadas...” (Foucault, 1984: 110), esto determina que las prácticas de libertad se vean recortadas y limitadas sustancialmente o sean impedidas.

Parecería que trasciende los límites de lo razonable o justo la afirmación de que el cuidado en cuanto actividad realizada en el hogar en beneficio de la familia o fuera del hogar, institucionalizado en establecimientos dedicados a procurar el bienestar físico y mental de las personas, la seguridad e integridad, la educación, entre otras necesidades humanas, se desenvuelve en atmósferas de violencia o *estados de dominación*. Algunas condiciones y atributos presentes en la práctica del cuidado llevan a corroborar que, en efecto, los espacios y relaciones en los que se llevan a cabo acciones de cuidado generan pérdida, disminución o bloqueo de la práctica de la libertad.

Aunque conceptualmente se trata de una relación de interdependencia entre dos personas, una de ellas, generalmente quien ofrece los cuidados, está en una posición de ejercicio del poder por posesión del conocimiento y la técnica, por la investidura del cargo o papel que desempeña, por la obligatoriedad de proveer la acción, por la capacidad de decisión y por la ubicuidad que requiere la gestión del cuidado, etc. El cuidado comporta actividades que demandan diálogo o comunicación entre dos personas, pero la relación de dependencia mutua entre ellas supone que una y otra cercan sus decisiones en espacios, tiempos y límites que no son los suyos. De esta forma, la expectativa de diálogo se convierte en una relación de poder/subalternidad. Esta relación que se produce entre quien cuida y quien es cuidado se reproduce en el sistema informal o formal de los cuidados. Por ejemplo, los establecimientos de salud, como dispositivos de cuidado, procuran ordenamientos preceptivos destinados a normalizar la autoridad, las jerarquías y la consiguiente subalternidad, de modo que el cuidado se efectúa en medio de *estados de dominación*, puesto que el ejercicio del poder está dirigido al control de las conciencias y de los actos de unos en beneficio de los intereses y acceso a recursos sociales materiales o simbólicos de otros, las relaciones que se establecen para ello son relaciones de violencia.

En efecto, la violencia ejercida puede expresarse a través de acciones, formas simbólicas y actitudes de diferente tipo, pues se trata de un proceso cognitivo-afectivo marcado por la historia y las culturas e implantado en el *orden simbólico* de las sociedades. La violencia como expresión del ejercicio del poder es una realidad heterogénea, contextual, cargada de significados, sentidos y sinsentidos. Según Fernando Carrión (2006) la violencia solo puede entenderse desde su condición plural, puesto que no hay una sino múltiples violencias, disímiles, diferentes las de ahora de las de antes por los cambios de tiempo y espacio, con manifestaciones diversas, actores, escenarios y organización particulares. En efecto, lo doméstico y el cuidado, dimensiones atribuidas a las mujeres, se enmarcan en la violencia de género, en cuanto están implicadas las relaciones interpersonales entre hombres y mujeres en situaciones de asimetría y ejercicio del poder, y cruzadas por las construcciones simbólicas de lo masculino y lo femenino en la sociedad. La división y diferenciación arbitraria de los sexos ha sido la invariante a la que ha estado asociada la violencia como componente de las relaciones de género en las sociedades. Institucionalizada y oculta ha utilizado para su normalización el argumento de una supuesta condición natural. En este tipo de violencia



convergen además las categorías clase social, edad, pertenencia étnica, orientación sexual, religión, etc.

El espacio privado o público en el que se realiza la práctica del cuidado es un escenario en el que están impresas las representaciones simbólicas de lo femenino y masculino desde donde se generan relaciones de poder. Por ejemplo, a lo doméstico y al cuidado se les atribuye características y significados de menor valor que a las actividades que cumplen los varones en el mismo espacio. Está estereotipado el cuidado como una actividad manual – práctica, ordinaria, habitual, simple, a pesar de estar relacionada con la delicada esfera de las necesidades humanas. Por el contrario, las actividades que realizan los varones en la casa, vinculadas con la reparación de cosas, siendo también manuales, son apreciadas como mecánicas o técnicas, asignándoles una valoración mayor. En general, se ha instituido que la mujer está dispuesta “naturalmente” para *lo manual y lo práctico*, de valor *inferior*, frente a la disposición *superior* para *pensar y ordenar* que se le atribuye al varón. De manera que sobre estos sinsentidos se construyen las profesiones del cuidado, especialmente aquellas ejercidas por mujeres, en medio de roles y relaciones jerárquicas enmarcadas por hechos o "estado de dominación".

Como señala Carrión (2006), la violencia de género ha pasado del ocultamiento a la visibilización pública del fenómeno, en un primer momento; luego a la consideración de delito y, en la actualidad, a su reconocimiento en el ámbito de los derechos de ciudadanía. De manera que de asunto privado se ha convertido en cuestión pública, de práctica naturalizada e impune ha pasado a ser tema político, motivo de estudios, de producción de conocimiento, de organización social y de transformación y reversión. En este proceso el movimiento feminista ha cumplido un papel destacado para develar la violencia y desactivarla, no obstante, el problema no ha sido erradicado; persiste en diferentes formas y manifestaciones.

La violencia hacia las mujeres y otros grupos *vulnerables* y minorías se manifiesta en diversas culturas y religiones bajo distintas formas, especialmente por razón de la clase social, pertenencia étnica, orientación sexual diferente, ubicación etaria, etc. Así, el racismo, el sexismo, la homofobia, la discriminación en razón de edad y otras categorías se encargan de estereotipar e imponer conceptos, sentimientos y comportamientos sobre *la belleza y la fealdad*, sobre *lo permitido y prohibido*, sobre *lo aceptable y rechazable*, sobre *lo limpio y lo contaminado*, en suma, sobre *la normalidad y anormalidad*. Estas categorías tienen importancia política por ser parte del juego del poder, de la jerarquización, de la inclusión y la exclusión.

El cuidado está asociado a estas categorías y al tema de la vulnerabilidad, sobre todo en el campo de la salud. En presencia de enfermedad convergen significados y discursos connotativos de desagrado y rechazo por la contaminación, alteración del equilibrio, descomposición, o disfuncionalidad que comporta la *anormalidad o patología*. Desde el paradigma biomédico, la formación disciplinar de los cuidadores profesionales se sustenta, frecuentemente, en los estudios patológicos y la curación, dejando a un lado los que atañen a la prevención de la enfermedad y al fomento de la salud. El cuidado, en cuanto proceso relacional, de gestión, de toma de decisiones, de manejo del conocimiento, especialmente aquel que se ocupa de la salud en el mercado o espacio público, es susceptible de entrar en el juego del poder y producir *estados de dominación*. A partir del manejo de las categorías *normalidad/anormalidad* es frecuente que se instalen estereotipos encargados de discriminar y jerarquizar personas, necesidades, recursos, patologías, especialidades, especialistas, espacios, tiempos, etc.

Esta perspectiva nos remite a una posición crítica frente a la divulgación de los estereotipos y a la construcción de imaginarios sociales sobre los cuerpos, identidades, roles y relaciones que se produce a través de los discursos y la distribución de las imágenes y símbolos culturales. Nos remite asimismo a la estructura de división del trabajo y al derecho a un trabajo significativo; también al léxico y a los textos ideológicos que reproducen la subalternidad y la violencia de múltiples formas.

La subalternidad como una entidad relacional más que ontológica, como la define John Beberly (2004), coexiste con el ejercicio del poder y la violencia. Es una estrategia o un dispositivo del poder y, al mismo tiempo, un estado que permite y facilita el éxito de la aplicación de formas diversas de violencia. La subalternidad como expresión de la violencia derivada del ejercicio del poder de unos sobre otros tiene componentes materiales y simbólicos que imprimen daño físico, moral, mental o espiritual; afecta a la integridad de los sujetos colocándolos en desventaja temporal o permanente; y conculca las libertades y derechos fundamentales de los seres humanos.

En efecto, la subalternidad como una de las expresiones de la violencia, según Mario Roberto Morales (2007), es la posición que ocupan ciertos grupos sociales caracterizada por la marginación del poder que se considera central en una sociedad. Algunos ejemplos ilustran las relaciones de subalternidad: son subalternos los proletarios respecto de los dueños de medios de producción, las mujeres respecto de

los hombres, los negros respecto de los blancos, los homosexuales respecto de los heterosexuales, los niños respecto de los adultos, los alumnos respecto de los maestros, etc. Sin embargo, la relación subalternidad - poder no es tan simple ni lineal como puede parecer; las relaciones de dominación se presentan también entre los integrantes de un mismo grupo subalterno dependiendo de diversas variables. Las instituciones de salud, entre otras, han incorporado esquemas administrativos piramidales en los que la comunicación y las decisiones están jerarquizadas por efecto de la gradación de las personas, las dignidades y los roles. En un sistema vertical de gerencia, la subalternidad coloca a gran parte de los trabajadores en desventaja para efectuar el autocontrol de su actividad por pérdida relativa o completa de autonomía. Las cuidadoras directas (ejecutoras del cuidado) que no ostentan puestos de dirección experimentan mayores grados de subalternidad que quienes gerencian el cuidado desde puestos jerárquicos. Pero la subalternidad puede envolver también a quienes dependen de las cuidadoras, es decir, a los pacientes, familiares, asistentes, auxiliares y ayudantes. Quienes ejercen el cuidado pueden estar en una posición de subalternidad pero, a la vez, ser depositarias de autoridad cuando se trata de deliberar, determinar, mandar, o ejercitar de alguna manera facultades de dominio con respecto a lo que ha de ser el cuidado, qué, por qué, quién, cuándo y cómo ha de hacerse el cuidado. Las enfermeras gestionan el cuidado con cierta facultad para el dominio: disponen de recursos materiales y simbólicos, de personas, normativas, conocimientos, estrategias administrativas, experticia y otras herramientas para ejercer poder. El dominio de unos sobre otros parecería ser un componente propio de las estructuras piramidales de las instituciones sanitarias.

Además de los dispositivos institucionales productores de subalternidad existen otros elementos que garantizan o facilitan su aplicación o la modifican: la edad, el sexo, la experiencia, la instrucción, el carácter del cargo, etc. Varias diferencias pueden estar presentes en un mismo sujeto subalterno para ser proclive a mayor dominación. Por ejemplo, pensemos en un trabajador de una fábrica que además es negro o indio, o en una trabajadora que es adulta mayor y soltera: uno y otro caso ofrecen razones de clase, género y edad para reforzar la subalternidad.

Puesto que los subalternos han sido excluidos de las posibilidades de hablar, de escribir, o de auto-representarse, su representación ha sido asumida históricamente por otros. Por ventaja, según Mario Morales (2007), junto a las experiencias de subalternidad vividas por diversos colectivos y sujetos sociales se encuentran aquellas

relacionadas con la resistencia y la subversión, herramientas que puede conducirlos al acceso a los “códigos de la dominación”.

La subalternidad como una condición y efecto del ejercicio del poder o dominio es una constante en las relaciones de género; está presente en los procesos laborales, de clase, de diferencias generacionales, de orientación u opción sexual distintas, etc.; es decir, es parte de la vida social en todas las esferas. En este sentido, las relaciones interpersonales que se establecen en las instituciones de salud son relaciones de poder/subalternidad, pues se sustentan en las diferencias antes mencionadas y, especialmente, en las formas distintas de apropiación y manejo del conocimiento y la técnica, asunto, este último, con el que se jerarquiza el status de las personas y se intenta justificar la subalternidad. Sin embargo, como queda mencionado, el proceso de la subalternidad está acompañado de la producción de respuestas denominadas *resistencias*, con características diversas si se tratan de vivencias que afectan a la vida cotidiana, o emergen de las mismas estructuras y organización de la sociedad.

Modonesi (2006) distingue dos formas de resistencia: la *resistencia subalterna* y la *resistencia antagonista*. La primera es entendida como respuesta defensiva a la dominación en el ámbito de la vida cotidiana de los individuos o grupos relativamente fragmentados, en el corto plazo, y frente a temas y ámbitos parciales, dirigida a lograr ciertos ajustes o reivindicaciones al interior de la lógica sistémica. En cambio, la *resistencia antagonista*, comprende la movilización social sostenida, que supera el ámbito inmediato de la vida cotidiana y trasciende la dimensión política, en el marco de una visión general del conflicto dirigida a cambiar o conservar la estructura y organización sociales, en términos reformistas o revolucionarios, en cuanto cambios significativos, o radicales, respectivamente.

Las mujeres han protagonizado acciones de *resistencia* a lo largo de la historia. Podemos destacar: la organización, en torno a la problemática común de subordinación y violencia, la conformación de grupos de “concienciación” y redes de apoyo, el acceso a la educación, acciones de repliegue para autodefensa, la denuncia pública, la confrontación, la organización de casas de acogida para protección de mujeres violentadas, la defensa legal. La investigación de su realidad y la difusión de los hallazgos han aportado a la denuncia y toma de conciencia de la realidad de opresión, de la misma manera que la expresión artística a través de la música, danza, poesía, literatura, cine y pintura.

La resistencia ha tenido expresiones trascendentes al interior de los mismos movimientos feministas originarios; por ejemplo, la

constitución del “feminismo negro”, un movimiento político en el que las mujeres decodificaron la categoría mujer y construyeron “*un discurso que las identificaba y que al tiempo las diferenciaba de los discursos feministas hegemónicos. Lo hacían situando el centro de las definiciones opresoras de feminidad y de sexualidad negras en el racismo y en el legado de la esclavitud*” (Jabardo, 2008: 45). El feminismo negro pluralizó y multiplicó su posición contrahegemónica al punto de constituirse en un gran movimiento social de lucha unitaria de mujeres y hombres contra el racismo y la exclusión.

En América Latina, las mujeres han tomado las calles para exigir al Estado la promulgación de políticas públicas, leyes y decretos en torno a los derechos postergados, y se han organizado y movilizado para oponerse a los crímenes de Estado generados especialmente por las dictaduras de los países del Cono Sur. Ejemplo prototipo de resistencia es la organización de “Las Mujeres de la Plaza de Mayo” en Argentina, contra la tortura y la desaparición de sus hijos, nietos y esposos a lo largo de la dictadura de Videla. En Honduras, ha sido destacada la organización unitaria de las mujeres contra los golpes de estado y el poder patriarcal (Mendes y Vendrell, 2012). En Ecuador, la *desaparición de los Hermanos Restrepo*, en el Gobierno de Febes Cordero, motivó la organización de mujeres y jóvenes, cuya presencia semanal en las calles, por más de dos décadas, exigía el esclarecimiento del suceso y la búsqueda de los cuerpos desaparecidos. También en otros países, por ejemplo en Chile, en la dictadura de Pinochet, la resistencia de las mujeres fue fundamental contra la violencia y los crímenes de Estado.

De la misma forma, la práctica profesional del cuidado, ejercida mayoritariamente por mujeres, ha creado o adoptado normativas y procedimientos orientados a hacer frente al ejercicio del poder al interior de las instituciones sanitarias. Como *resistencia subalterna*, ha estado orientada a la consecución de algunas reivindicaciones y ciertos ajustes en los procesos de trabajo: salariales, de mejoramiento del ambiente de trabajo, horarios, oportunidades de estudio y perfeccionamiento profesional, entre otros temas que sustentaremos posteriormente.

### **1.5. La ideología del poder en el lenguaje del cuidado**

El lenguaje siempre tuvo un papel trascendental en la institucionalización de la separación tradicional de la sociedad en las esferas pública y privada, lo mismo que en la ocupación predominante de los hombres en la primera y de las mujeres en la segunda; es notoria su incidencia en la identificación de ellos y ellas con los valores

característicos de cada espacio de acción; y ha sido determinante en la concepción de la realidad social y en la visión del mundo, así como en la construcción de la mirada particular del entorno inmediato de cada sujeto. Beatriz Kohen (2005: 175) destaca que “...*los varones han tendido a identificarse con los valores característicos del ámbito público – la ética de la justicia – y las mujeres con los valores propios de la esfera privada – la ética del cuidado\_*”; en las representaciones sociales correspondientes, el lenguaje ha jugado un papel fundamental en cuanto vehículo ideológico de la sociedad.

El lenguaje está presente en esta visión contrapuesta y separada de los dos modelos del desarrollo moral, contribuyendo a reproducir los conceptos y los valores tradicionalmente establecidos en hombres y mujeres; lo está en las prácticas sociales legitimadoras de las diferencias en el sentido de desigualdades y ciudadanías jerarquizadas. Desde esta realidad una *ética del cuidado feminista* ha propuesto la necesidad de articular lo más destacado de las dos perspectivas éticas, en función de recrear los conceptos de las dimensiones pública y privada, reconstruir la concepción liberal tradicional de ciudadanía, y resignificar los valores y características femeninas históricamente invisibilizadas. En este reto de redefinición de las categorías público/privado/cuidado, el lenguaje tiene una función protagónica.

El lenguaje está cargado de historia. Representa la intersección del mundo material y del mundo simbólico; como instrumento de interrelación de los seres humanos en tiempos y espacios concretos se construye y reconstruye como bien simbólico-social. El lenguaje expresa conocimientos y emociones, valores y necesidades, motivaciones y realizaciones, frustraciones y utopías. Sin el lenguaje la realidad no tendría sentidos; en él está representada la vida de los seres humanos histórica y culturalmente condicionados. En el lenguaje se gestan la realidad, los conceptos comunes que hacen la convivencia social, y se forma el horizonte histórico-cultural colectivo. Puesto que también transmite prejuicios, que dicen del uso ideológico del lenguaje, es fundamental develar lo que él esconde.

De acuerdo con Teun van Dijk (1980), existe una clara asociación entre lenguaje e ideología, de manera que el análisis de los discursos nos lleva al análisis de las ideologías (deseos, conocimientos, creencias y opiniones). Este autor define a la ideología como un sistema cognitivo relacionado con las cuestiones relevantes de la vida y que tiene la función de organizar las actividades y pensamientos de los seres humanos. Las ideologías se manifiestan en la interacción social y, por

tanto, en el habla, en la elaboración del discurso y en la formación de sistemas complejos de actitudes.<sup>20</sup>

La historiadora feminista Lola Luna (2005) destaca que el estudio de los significados codificados en el lenguaje de los discursos, o “giro lingüístico”, ha servido para interpretar con mayor profundidad los procesos de construcción y producción relacionados con el sujeto del feminismo y el género, de modo que el énfasis puesto en el discurso y en la significación llevó al descubrimiento del poder de los discursos en la construcción social de la diferencia sexual. Así se desestabilizó el esencialismo biológico como explicación de la desigualdad entre los sexos, y puso en evidencia la historia excluyente de las mujeres. La misma autora explica que el lenguaje otorga significados al discurso, de manera que las categorías creadas alrededor de cada situación social preceden y sustentan los conceptos y significados de las situaciones sociales sucesivas. En este sentido, las categorías no surgen de la realidad social, ésta es solamente su “referente material”. Los conceptos se suceden a partir de los discursos anteriores, de manera que los cambios discursivos son el producto de la interacción de las categorías y las transformaciones de la realidad social. En este proceso, los fenómenos sociales son objetivados por el discurso, pues los individuos, en cuanto sujetos del discurso, hacen uso de la matriz categorial existente y desarrollan las posibilidades significativas de esa realidad concreta.

*“... donde se crean los significados no es en el discurso sino en la mediación discursiva entre referente real o contexto social y la matriz categorial, y ambos son ‘imprescindibles’. (...) El lenguaje es un generador activo de los significados de las cosas, de los hechos, y participa en la constitución de ‘objetos’ y de ‘sujetos’. Los significados no son atributos de los fenómenos sociales sino ‘efectos’ de la mediación*

---

<sup>20</sup> Existen ideologías en relación con la educación, con la economía, con la cultura, con el trabajo, etc. Por ejemplo, acerca del trabajo doméstico y público se cree generalmente, que el primero no debe ser asalariado, inclusive puede no ser reconocido como trabajo; puede ser visto además como *connatural* a la mujer cuyos roles la identifican con la esfera privada. Se hablaría entonces de una ideología sexista. Pero puede ser clasista y racista también si el trabajo doméstico ofrecido por una mujer pobre, procedente de una zona rural, y a la vez indígena, es objeto de mayor explotación: jornada extensiva, reducción de los beneficios sociales, malos tratos, etc.

*discursiva por la que estos fenómenos se hacen significativos.*”(Luna, 2005: 4-5).

Para María Cristina Mata (1996: 67-68):

*Todo hecho comunicativo (...) es un hecho de lenguaje. Vale decir, una práctica de producción de sentidos sujeta a normas, condiciones y hábitos culturales, o sea, no naturales ni inmutables, sino en todos los casos y en cualquier circunstancia, fruto de un cierto desarrollo histórico-social que tampoco es neutro. En él se hace patente la marca del poder en sus diversas expresiones materiales y simbólicas y consecuentemente todas las formas de jerarquización y disciplinamiento social.*

De acuerdo con esta orientación, la práctica del cuidado es un *hecho comunicativo*, por tanto, es un *hecho de lenguaje*, un proceso de producción de sentidos en doble vía, desde las normas, contexto y condiciones culturales de quien es cuidado y desde quien ejerce el cuidado; en consecuencia expresa necesidades, intereses, expectativas, conocimientos, sentimientos y valores; transmite prejuicios, temores e incertidumbres... Entonces, puesto que el cuidado es un lenguaje de *deseos, conocimientos, creencias y opiniones*, además de prácticas, comporta ideologías que organizan las actuaciones, pensamientos y actitudes de la interrelación de los protagonistas: de quien cuida y de quien es cuidado. De esta forma, en el lenguaje del cuidado está implícita la ideología del poder expresada en el contenido de los discursos, en las decisiones y acciones del cuidado, en los movimientos corporales, en las expresiones faciales, en la normativa creada...

Existe también una estrecha asociación entre el poder, la subalternidad y el lenguaje; a través del lenguaje (que es comunicativo, puesto que transmite conocimiento, emociones, valoraciones...) se forman los hábitos o disposiciones para la organización simbólica de la violencia; se forman representaciones y se reproducen las estructuras de la dominación, pero, al mismo tiempo el lenguaje es un instrumento de cambio ideológico desde una visión hermenéutica.

La situación de subalternidad de las mujeres a través de la historia, como hemos expresado reiteradamente en páginas anteriores, es el núcleo del objeto de la investigación feminista. En este núcleo el lenguaje figura como instrumento de construcción y de producción de



contenidos, y como estrategia de reproducción del orden simbólico y de transformación y cambio.

El fenómeno de la subalternidad de las mujeres está presente en la realidad social como una constante, es decir, dotado de regularidad. Aparece asociado a las relaciones entre hombres y mujeres adoptando diversas manifestaciones y significados. El carácter de las relaciones entre hombres y mujeres representado en el orden simbólico, se constituye a partir de los procesos de interacción en el interior del conjunto social, y de éste emanan los símbolos y significados que conforman el orden simbólico y vuelven a la realidad social para identificar y actuar sobre las cosas y las identidades.

El lenguaje de la subalternidad que comprende el lenguaje de un poder que excluye y domina, está en las cosas sexuadas, en los seres humanos, en las relaciones, en los espacios, en los tiempos. Junto al lenguaje que representa las inequidades, la injusticia, las jerarquías, y hasta el silencio, está presente el lenguaje de los valores que habla de la igualdad, de la equidad, de la libertad, de la autonomía, de la emancipación, de la recuperación de la palabra, de los derechos... La salud/enfermedad es un continente de discursos especializados donde interactúan valores y contravalores que definen las interrelaciones sociales entre los protagonistas del cuidado y encauzan las prácticas, hábitos, rituales, creencias, etc.

## **2. MATERNALISMO, IDENTIDAD FEMENINA Y CUIDADO**

La tesis del *maternalismo*, en cuya construcción intervienen las categorías *mujer y madre/poder y normatividad*, sustenta la concepción y la práctica del cuidado asumido como rol fundamental de las mujeres a lo largo de la historia. Este sustrato se conserva simbólicamente en el cuidado en cuanto núcleo teórico y práctico de la profesión de enfermería. Es evidente que esta condición influye en la producción de relaciones de subalternidad en la práctica del cuidado, sea en el ámbito privado o en el público. En este apartado están inscritos algunos componentes que explican la construcción del *maternalismo* como ideología, su influencia en las limitaciones del acceso de las mujeres a una ciudadanía completa y en la construcción de una visión reduccionista del cuidado respecto de su origen y desarrollo. Siendo evidente que existen diversos contextos, tiempos y modos de vivir la maternidad, es explicable que los discursos sobre esta categoría sean producto de las ideas y representaciones construidas por las diferentes sociedades y culturas a lo largo del tiempo. Entonces, los mitos, rituales, conocimientos, actitudes, sentidos y sinsentidos sobre la maternidad son expresiones de una categoría dialéctica, cuyas

variaciones y significados –al contrario de la postura biologista que considera a todos sus componentes como innatos e instintivos– son fundamentalmente históricos y culturales.

El debate al interior de la profesión de enfermería en torno al maternalismo tiene el cometido de producir un acercamiento a la comprensión de distintas cuestiones, entre otras: las razones del silencio del Estado, del Mercado y de las propias mujeres sobre su tradicional rol de cuidadoras natas; la subvaloración del cuidado en el ámbito privado y en el público; la instrumentalización de lo biológico-natural de la maternidad para el establecimiento de relaciones de subalternidad y discriminación del trabajo de las mujeres en el campo del cuidado; la aceptación de la exclusividad femenina en las acciones del cuidado; las dificultades –en razón del imaginario maternalista- para construir de manera autónoma y sostenida logros progresivos sobre las identificaciones de la enfermería como profesión. Los paradigmas que orientan este debate se definen desde la postura feminista que preconiza la igualdad de género y, por consiguiente, la corresponsabilidad de hombres, mujeres, el Estado y el Mercado en el cuidado de la prole y la familia, que incluye el de niños y adultos sanos, enfermos o discapacitados; o desde la postura feminista de la diferencia, que promueve la revalorización de los “valores femeninos”, entre ellos los referidos a las capacidades y habilidades para el cuidado, asidas a la condición de la maternidad de las mujeres.

## **2.1. La maternidad en la construcción de la identidad de las mujeres**

En el discurso hegemónico la maternidad ha sido el eje sobre el cual se ha construido la identidad de las mujeres, lo que ha contribuido también a ocultar o negar las diferenciaciones relacionadas con la clase social y las culturas. (González, 2008).

Lola Luna (2009) define el “maternalismo” *“como una construcción histórica del discurso patriarcal que ha significado a las mujeres con la función principal de madres...”* La familia construye el rol de ser madre, la identidad maternal y su normatividad; a la vez, difunde en la sociedad sus atributos, de manera que en algunos países de América Latina, de acuerdo con la autora, la maternidad fuera de la familia, alejada de los modelos creados, era considerada como una “ilegitimidad, un estigma”, y el Estado se encargaba de atender tales casos a través de instituciones asistenciales para su “resignificación moral” (Luna, 2009: 256).

Sobre la “maternidad”, la autora se refiere a: “... *una opción libremente elegida por las mujeres y los hombres, un concepto construido en el discurso feminista de los setenta que heredó del discurso moderno la libertad y la igualdad.*” (Luna 2009: 257).

Mas, la maternidad, como “opción libremente elegida”, supone que una persona pueda escogerla con autonomía; contrariamente, las mujeres han estado obligadas a ser madres generalmente por influencia de la tradición, de la familia, la Iglesia y el Estado, a tal punto de ser culpabilizadas y sancionadas moral y simbólicamente cuando esa voluntad externa a ellas no ha sido cumplida por diversas causas. Algunos Estados han determinado y penalizado inclusive la procreación de un determinado número de hijos, distinto al deseado por las mujeres. La maternidad por violación sexual es otro ejemplo que contradice el concepto de libre opción. En general, la categoría maternidad está determinada por las sociedades y culturas, condicionando y normativizando su práctica. En consecuencia, no hay un solo discurso sobre la maternidad.

Contrario al sentido de *derecho de libre opción*, Igareda y Casas (2008) encuentran el significado de la maternidad como “*destino*” de las mujeres en los discursos filosóficos y médicos, que recurren a la biología para imprimir autoridad a la idea natural de la maternidad y contrarrestar toda pretensión de separación entre la sexualidad y la reproducción. En esa dirección, de acuerdo con estas autoras, el “*instinto maternal*” es utilizado para justificar la organización tanto familiar como social y, en torno a la “*mujer doméstica*”, sustentar la familia moderna, en la que el *binomio madre-hijo*, como eje central, sirve para normalizar una distribución inequitativa de los roles, y procurar el disciplinamiento y control de las mujeres. Así, el modelo de la familia nuclear y patriarcal se implanta como natural por el derecho, la medicina y la economía: el padre ejerce el poder general y la madre el *poder moral* en relación con el esposo y los hijos, estos últimos al cuidado de la madre son fundamentales para el Estado y la sociedad. En este contexto, las ideas y prácticas en torno a la maternidad fueron configurando un universo simbólico específico, de manera que la predisposición para el cuidado a los demás, las habilidades para la administración de la casa, la *medicina casera*, la entrega de afecto, etc. adquirieron el significado de atributos *innatos* de la mujer.

En esta dirección, “*El núcleo duro de la opresión femenina en las sociedades patriarcales no es la maternidad, sino el maternalismo, es decir, la imposición de la maternidad como destino primordial e ineludible para las mujeres y como eje central en torno al cual éstas deben organizar sus vidas y distribuir su tiempo*” (Martínez, 2014: 1).

La maternidad, según la ideología maternalista, se constituye en parámetro de evaluación de la autenticidad de la identidad femenina, que ha de demostrar conductas comunes de amor y cuidado, entrega, sacrificio, ternura y sumisión (en concordancia con modelos impuestos de maternidad hegemónica), sin atención a las condiciones particulares de vida de las mujeres, sustentadas en componentes de clase, pertenencia étnica, edad, religión, identidad sexual, etc.

*Si se desea desmontar el sistema de poder patriarcal y promover la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, se tiene que comenzar por desmontar el maternalismo que permea todos los discursos y todos los ámbitos de la sociedad, incluyendo el ámbito educativo y el ciclo de las políticas públicas. Esto por supuesto presupone la crítica a la razón maternal y la emergencia de modelos de maternidad contra hegemónicos, que no solo reconozcan las maternidades diversas, sino el derecho de las mujeres a decidir no ser madres. (Martínez, 2014:3)*

La ideología maternallista sobredimensiona la función reproductora de las mujeres, ligada a la biología desde la diferencia sexual, a partir de la cual se ha construido la representación social de la feminidad. Siguiendo a Igareda y Casas (2008), al exaltar la maternidad se exalta no solo una condición biológica –asidero de la naturalización de la identidad de las mujeres–, sino también la importancia del ámbito privado, el valor de las relaciones familiares y del matrimonio como espacio de la sexualidad institucionalizada, los lazos indisolubles de la madre con sus hijos y se exalta, a nuestro entender, la heterosexualidad como modelo único de la expresión de la sexualidad de los seres humanos. En suma: se ensalza una identidad femenina esencializada, desde donde la mujer renuncia a su individuación; asimila la división sexual del trabajo y, por ende, la naturalización de las tareas domésticas y el cuidado. Esta visión se inscribe en el proceso de identificación del sujeto *mujer-enfermera* como si se tratara de la misma realidad simbólica *mujer-madre*.

De acuerdo con Marta Mojzuk (2012), el *maternalismo*, como categoría de análisis, permitió identificar el carácter del poder masculino, las contradicciones del sistema patriarcal y la dualidad *naturaleza y cultura*, sobre los cuales se ha asentado la diferenciación arbitraria del hombre y la mujer. La maternidad, considerada como el elemento fundacional de la identidad femenina, aparece en la base de las

interpretaciones esencialistas respecto del género femenino y negación de la diversidad de las mujeres. Esta autora destaca que, si bien el discurso maternalista ha sido auspiciado por los sectores eclesiástico, conservador, antifeminista, científico-médico, mercantil, etc., lo estuvo también por algunos grupos feministas promotores del “*pensamiento maternal*”, cuya crítica destaca su efecto neutralizador en el proceso de emancipación femenina y el robustecimiento del arbitrario biológico de una identidad preestablecida.

Es indudable que el ser maternal tiene significado sustancial en la vida de la mujer. Pero la maternidad, como señalan Purificación Heras y Anastasia Téllez (2005), es un proceso de representaciones y prácticas que demuestran, a pesar de los universalismos, que no solo hay una forma de ser madre, ni que todas las mujeres aspiran a la maternidad como fin y destino esenciales. Existen múltiples modos de ser madres, pues la maternidad es una construcción sociocultural que muestra los diversos campos de la vida social y, por tanto, los cambios de la vida de las mujeres en distintos contextos, los fundamentos de las desigualdades y los discursos como productores de ideología. En esta dirección, la maternidad fue entendida a fines del siglo XX como centro de convergencia de objetivos e intereses socioeconómicos, políticos, culturales, biológicos, científico-técnicos y de activación de las esferas de poder para controlarla. Desde esa dimensión, han surgido estudios que cuestionan la visión única e inmutable de maternidad, al punto de diversificar su significado y hablar de “maternidades”. Por ejemplo Silvia Caporale (2005), hace un análisis histórico crítico de la teoría anglosajona sobre la maternidad; resalta la aparición de nuevos conceptos de familia, especialmente el de familia homosexual (fin de los 80 y comienzo de los 90), y anota la ausencia en la nueva producción teórica de la “maternidad adoptiva”, entre las nuevas formas de vivir la maternidad. Se refiere también a la importancia de las autobiografías como relato de la experiencia vivida para la redefinición de la maternidad, y a la necesidad de construir un discurso contrahegemónico acerca de la familia, la maternidad, y poner en cuestión la manera inmutable de ser mujer.

Mónica Bolufer resalta, como contribución de la Historia a la maternidad, su inscripción en la cultura y en la propia historia, concebida como “hecho social”. Los estudios históricos, según la autora, permiten constatar que la maternidad es:

*...una representación, como todas, falsamente uniformizadora, que nunca se ajustó a las realidades de vida de las gentes en el pasado. Un modelo,*

*además, relativamente reciente en términos históricos, que formó parte del proceso de construcción de la familia moderna occidental y que conllevó también nuevos modelos de feminidad y masculinidad, nuevos valores de vida conyugal y de relación con los hijos y una noción distinta de las relaciones con lo público y lo privado.* (Bolufer, 2010: 54).

A finales de los años setenta se gesta el *feminismo de la diferencia* (Álvarez, 2001), en medio de las críticas a la sociedad patriarcal y la exclusión de los derechos de las mujeres. Su discurso trasciende la posición de subordinación e inferioridad de las mujeres respecto de la de los varones; se centra fundamentalmente en las mujeres, en sus características y valores particulares y en su forma de relacionamiento con las personas. Por tanto, se opone a la universalización y homogeneización de la caracterización de los sujetos, establecido, por ejemplo, por el pensamiento ilustrado en su modelo universal de ser humano. El pensamiento de la *diferencia sexual* se expresa a partir de la comprobación de la ausencia “*de un no saber qué es ser mujer o cómo serlo libremente*” (Rivera G., 1998: 189) en la producción de conocimiento humano. Surge de allí, la necesidad de construir un *nuevo orden simbólico*, de insistir en la búsqueda y construcción de los significados de lo femenino con la intervención de las propias mujeres, de alejarse de las oposiciones binarias y situarse en el “*orden simbólico de la madre*” (...) *tesis que dice que la obra materna consiste en dar a luz ‘cuerpo y palabra’...*” (Rivera G., 1998: 225-226), es decir, comprender a las mujeres en su origen, en contraste con la tradición patriarcal de aceptar al padre como el “verdadero autor de la vida”.

Álvarez (2001) establece dos corrientes derivadas del feminismo de la diferencia: el feminismo cultural y el feminismo postmoderno. El primero, orientado a la construcción de la identidad cultural de las mujeres, a partir de características específicas, cuyos roles, comportamientos y actitudes son reconocidos o valorados. Se prescinde de la mirada del varón en la construcción de la identidad femenina y se preconiza la valoración de las características de las mujeres desde la visión exclusiva de ellas. Los enfoques psicológicos, el “pensamiento maternal”, la “ética del cuidado”, derivados del feminismo cultural, produjeron grandes debates y controversias al ubicarlos dentro de una posición esencialista.

Por su parte, el *feminismo postmoderno*, considera la diferencia como *diferencia radical*; cuestiona los discursos de “identidad

femenina” en singular, lo mismo que las características comunes para identidades preestablecidas, a partir de una posición de “diversidad radical”, que destaca la atención a los significados múltiples de la vida en contextos sociales y culturales distintos, las particularidades contenidas en la realidad de las clases, las etnias, las religiones, etc. en la construcción de las identidades. (Álvarez, 2001).

Acerca del pensamiento postmoderno, desde una posición feminista, Benhabib (1995) se refiere a la *"Desmistificación del Sujeto Masculino de la Razón"*, pues la razón occidental que configura un yo que se constituye en representante de la humanidad, olvida diferencias de género e invalida la existencia de “lo otro”. Sobre “la muerte de la historia”, propone la *"Generización de la narración histórica"*: la historia narrada hasta ahora, ha sido la historia lineal y homogénea del varón, sujeto de la tradición intelectual occidental. Las mujeres han visibilizado su historia con características particulares muy recientemente. Finalmente, sobre la “muerte de la metafísica”, la autora contrapone la tesis del “escepticismo feminista hacia las pretensiones de la Razón Trascendental”, ya que el interés cognoscitivo está puesto en las relaciones de género y sus diferencias entre los seres humanos en los planos social, económico y político, y no en el conocimiento dominante. La posición de la autora, fundamentalmente crítica, pone en duda la viabilidad del pensamiento feminista postmoderno frente a la necesidad de conservar la utopía feminista:

*La renuncia a la utopía en la teoría feminista en la última década ha consistido en tachar de esencialista cualquier intento de formular una ética feminista, una política feminista, un concepto de autonomía feminista e incluso una estética feminista. (...) La posmodernidad puede enseñarnos las trampas teoréticas y las políticas que manifiestan que las utopías y el pensamiento fundamendador pueden estar equivocados, pero ello no debe conducirnos a renunciar a la utopía.* (Benhabib: 1995: 28).

Retomando el tema de la maternidad y el maternalismo, asistimos en la actualidad, a un singular desarrollo tecnológico del sistema biomédico y al acceso de las mujeres a la información biotecnológica, a la toma de decisiones y elecciones en las prácticas de la maternidad o la infertilidad como sujetos activos; no obstante, persisten fuerzas de presión externa que condicionan su actuación. La crítica feminista sitúa a la maternidad como un foco de poder contra las

mismas mujeres, instrumentalizado desde diversos frentes (la familia, la iglesia, el Estado, el discurso médico, las nuevas tecnologías, los medios de comunicación, el mercado...).

En tanto ideología que ensalza la función reproductora de la mujer, como destino y fin primordial de su existencia, el maternalismo está asociado con los valores de *amor, bondad, abnegación, entrega*, reproducidos a lo largo de su historia y evolución.

Algunos textos de enfermería psiquiátrica, de autoras norteamericanas de la segunda mitad del siglo XX, utilizados por las escuelas de enfermería, incluían los roles de *madre, hermana y maestra* en el cuidado de enfermería de los enfermos psiquiátricos, de manera que el estereotipo maternalista del cuidado se reproducía también a través del conocimiento sistematizado y de las instituciones sociales como las universidades y los establecimientos sanitarios.

Como queda expuesto, los conceptos mujer y madre se funden en el proceso de maternalización de la identidad femenina, y el cuidado resulta ser la objetivación de ella. En efecto, el cuidado que caracteriza al ejercicio de la enfermería reproduce de manera automática y espontánea la imagen *mujer-madre*, por lo cual es frecuente atribuir al cuidado de enfermería la condición de quehacer *abnegado y sacrificado*, fundado en el *amor al otro*, sustentado en el perfil maternal de las mujeres, de manera que esos y otros estereotipos se incorporan al proceso de construcción de la subjetividad de las enfermeras.

## **2.2. Maternalismo y cuidado: la *disposición innata e inagotable de amar***

La vida de los seres humanos que forma parte de un largo proceso –que comprende su concepción, gestación, parto, amamantamiento, crecimiento desarrollo– y el cuidado orientado siempre a su bienestar han tenido su representación original en la madre, de manera que la asociación *mujer-madre-cuidado*, ha compartido un mismo sentido. No será, por tanto, extraño que, cuando se piense en *cuidado de enfermería*, no solo se identifique en él un quehacer femenino, sino también una relación maternal signada por varios atributos: la capacidad de trascender al otro “sin esperar recompensa”, la adecuación para el sacrificio, la abnegación y el desvelo..., derivados de la *disposición innata e inagotable de amar*. Marta Mojzuk (2012) resalta que la idea de “*amor maternal*”, que surge en la Ilustración, estuvo asociada a la “buena madre”, la crianza de los hijos y la obediencia al padre. La educación maternal que se desarrolla en este



período se sustenta en la afectividad y en la necesidad civilizatoria de la *animalidad reproductiva*.

Desde ese imaginario, la expectativa social y personal del cuidado de enfermería puede estar, sin más, asociado a ciertos atributos y valores presentes en el mundo de la vida familiar. Evidentemente, los lazos de parentesco y coexistencia cotidiana de la familia en el medio privado, y la institucionalización de la significación esencialmente natural de lo maternal en el contexto doméstico contribuyen a la asignación arbitraria de los sentidos de *simplicidad* y *espontaneidad* del cuidado, premisas o argumentos utilizados con frecuencia para diferenciar y discriminar a quienes lo administran en los contextos públicos del mercado sanitario. Si la oferta de cuidado de enfermería carece de los atributos maternos prefijados y responde a un patrón diferente —predominantemente técnico, afectivamente neutro o despersonalizado, humanamente distante, etc.—, es de esperarse posiciones reactivas de cuestionamiento y pérdida de la credibilidad respecto del cuidado profesional.

La maternidad como *disponibilidad permanente*, según Téllez y Heras (2005), no se materializa única y exclusivamente en la gestación y en el acto de parir, sino que se extiende y amplía de forma ilimitada durante toda la vida a través de una unión simbólica especial que liga a la mujer con sus hijos. En esa misma dirección, el cuidado, no solo el que se brinda en el ámbito privado sino también en el público, está asociado al concepto de *disponibilidad permanente*, parámetro, entre otros, que ha servido para normativizar la profesión de enfermera en los ámbitos de responsabilidades, actividades, decisiones, jerarquías, acceso a espacios físicos y simbólicos, salarios y otros. Esta condición originada en *lo maternal* y *lo doméstico* no resulta útil para el reconocimiento social del trabajo de las enfermeras y promover su desarrollo en los campos de la investigación, la educación continua, el liderazgo y la ciudadanía.

Son evidentes los cambios operados en la concepción y prácticas de la maternidad; las mujeres y las sociedades van reconociendo que la maternidad no es la única forma femenina de ser y actuar en el mundo. En esta misma dirección, los cambios en la concepción y la práctica del cuidado son manifiestos debido a la revolución científico-técnica, cuya incidencia es múltiple en el campo de la salud y la medicina; al reconocimiento de la salud como derecho; a la gestión y administración del cuidado profesional con bases científicas y técnicas; a la mercantilización de los cuidados. A pesar de ello, perviven rezagos religiosos y están asentados en el inconsciente colectivo los atributos del simbolismo maternal: *amor, bondad,*

*abnegación, entrega y disponibilidad permanente* que estereotipan el cuidado.

En oposición a los universalismos y homogeneización del sentido de la maternidad, se destaca que:

*Las propias experiencias de los sujetos como madres solteras, madres adoptivas, madres jefas de familia, madres lesbianas, madres analfabetas, madres asistidas por las nuevas tecnologías reproductivas, exigen transformar los códigos de significación utilizados hasta la fecha para comprender estas nuevas realidades, buscando ser entendidas a partir de la premisa de la diferencia.*(Fregoso, 2005: 289).

Es posible deshomogeneizar los temas relacionados con las mujeres, y en particular los del cuidado, desde sus realidades, contradicciones y complejidades distintas, de manera que los significados marcados por la tradición sean sustituidos por la construcción de nuevos códigos de significación que redefinan y diferencien las categorías mujer, madre, cuidado y enfermera.

*El estudio de la identidad de las mujeres en relación con la maternidad nos remite al análisis de identidades múltiples y fragmentadas, que ponen en cuestión la pretendida homogeneidad que se le imputa a*

*esta categoría de ser madre.* (Téllez y Heras, 2005: 98).

En la misma dirección se encuentra la identidad de las enfermeras, que reclama desanudar una identidad predeterminada en la que el maternalismo, ligado a la esencia de lo femenino tradicional, ha incidido en la configuración de un perfil natural, inamovible e inmutable, determinante de la conducta y la vida de las personas. Así, respecto del enfoque esencialista sobre la identidad se advierten algunos riesgos:

*La postura esencialista puede conducir a una instrumentación ideologizada extrema, (...) que construye una imagen casi genética de la identidad que lleva a la estigmatización de la pertenencia y la diferencia social y cultural; a la construcción de*

*estereotipos discriminadores y excluyentes frente a ella. (Guerreo, 2002: 99).*

En la construcción de la identidad de la enfermería –y tomando los términos del autor–, atributos como la entrega, la *disponibilidad permanente*, la naturalidad, espontaneidad e inmediatez de la acción tributan, al parecer, para la formación de una *imagen casi genética* del cuidado, pues tales atributos se consideran ingredientes de la práctica de la maternidad que contribuyen a restar o negar los valores culturales, histórico-sociales, científicos, económicos, así como la significación política de la profesión como teoría y práctica social.

El sustento maternal del cuidado puede ser visto por algunos como el fundamento de las acciones del cuidar fincadas en el amor, digno de ser mantenido y alimentado desde una visión humanizada del cuidado. Para otros puede significar un lastre del que hay que desprenderse a efectos de generizar el cuidado como necesidad y responsabilidad de hombres y mujeres, una suerte de entrega social y política del cuidado como responsabilidad de la familia y del Estado.



***Visión maternalista del cuidado de enfermería en la sociedad***

Imagen 1. Estudiante de segundo año de enfermería a cargo de niños de la sala de pediatría del Hospital Eugenio Espejo.

Fuente: Rincón Histórico Iralda Benítez de Núñez. Escuela Nacional de Enfermería. Quito –Ecuador.

### 2.3. *Conciencia maternalizada o conciencia política en el cuidado*

El Estado y el discurso médico se han encargado de reproducir el sentido maternalista del cuidado y de normativizarlo a través de la práctica de la enfermería; pero, además, hay voces, desde las variantes de la teoría política feminista que preconizan el *pensamiento maternal*, responsables también de reproducir la asociación *mujer –madre-cuidado*.

Mary Dietz (1994) critica el *pensamiento maternal* señalando que este busca fomentar la identidad maternal de las mujeres y reconocer la primacía moral de la familia como prioritaria para la existencia humana; que persigue también defender el valor del ámbito privado y, sustentado en un “*feminismo social*”, descubrir en la restauración de las identidades de las mujeres como madres su incidencia en la construcción de una “organización política” democrática y ética. En suma, precisa Dietz, que el *pensamiento maternal promueve*:

*... reconsiderar el valor de la familia y de la maternidad para la conciencia feminista, (...) recuperar la maternidad como una dimensión de la experiencia de las mujeres y defenderla como necesaria tanto para la identidad de género como para la concientización política feminista. (Dietz, 1994: 47).*

De este modo, los cuestionamientos de Mary G. Dietz (1994) al *pensamiento maternal* y al *feminismo social* se oponen a la insistencia de estos a tratar la separación público/privado y a adscribir la maternidad al status político. La autora objeta que el vínculo madre-hijo sea el vínculo de la ciudadanía de las mujeres.

Destaca también que desde la primacía moral de la familia –de la que no hay un solo modelo–, lo mismo que desde el desarrollo y preservación de las criaturas, asociados a la maternidad, no puede emanar una conciencia política y una visión de ciudadanía. Es desde la politización de las conciencias y del desarrollo de los valores políticos (*libertad, igualdad y poder comunitario*) que las mujeres se convierten en sujetos políticos y ciudadanas, mas no desde las *conciencias maternalizadas*.

*... el ser una madre no implica que se tenga la capacidad requerida para la ciudadanía. Las (buenas) madres pueden ser también (buenas) ciudadanas, pero*

*ser (buenas) madres no las hace ser (buenas) ciudadanas. Estas dos caracterizaciones de mujeres no son intercambiables.* (Dietz, 1994:59).

En efecto, la ciudadanía es un proceso que está cruzado por componentes histórico-políticos e ideológicos, en cuyo curso y desde los dispositivos de poder se diseñan las decisiones para determinar los ámbitos, dimensiones, formas y límites de los contenidos de la ciudadanía, su acceso y aplicación.

En otro de sus artículos Dietz, (1987) considera que el maternalismo tiene varios méritos, por ejemplo: la propuesta de construcción de la moralidad política y la política virtuosa; el cuestionamiento a las limitaciones de la justicia social entendida como igualdad de oportunidades; el planteamiento de la rehumanización de la participación política; y la posibilidad de la conformación de una comunidad más humana y compartida. Sin embargo, la autora resalta como uno de los mayores problemas de la posición maternalista la concepción que tiene acerca de la ciudadanía: la superioridad de las mujeres, al declarar que son más morales que los varones, porque son o pueden ser madres o son criadas por madres, “*y porque la misma maternidad es, necesaria y universalmente, una actividad afectiva, cuidadosa y de amor.*” (Dietz, 1987: 117) La autora considera tales pretensiones como un peligro de cometer el mismo error que el liberalismo: “*...convertir a mujeres históricamente caracterizables en entidades ahistóricas y universalizadas.*” (Dietz, 1987: 118).

Al traspasar la visión *maternalista* al cuidado puede interpretarse que la práctica social de la enfermería es el espacio de las *virtudes privadas (amor, bondad, abnegación, entrega)*, por lo cual lejos de derivar en *conciencia moral pública*, promueve, por el contrario, la reproducción de los estereotipos referidos a lo *doméstico como lo secundario, complementario, espontáneo...*, atribuidos inconsciente y tradicionalmente al cuidado; instrumentos, por otro lado, que han sido utilizados por el poder de la institución hospitalaria en el mercado sanitario para limitar o postergar las demandas de la ciudadanía de las mujeres, y por consiguiente de las enfermeras, sobre quienes descansa el mayor peso de la función asistencial de los establecimientos públicos o particulares de salud.

De la misma manera, Chantal Mouffe (1993) cuestiona la política feminista sustentada en valores específicos como el amor, el cuidado, la amistad, la identificación y respuesta a las necesidades humanas, desde una posición que privilegia la identidad de las mujeres como madres.

En efecto, no por más *amor, bondad, abnegación o entrega* de los que esté imbuido el cuidado en el mundo privado o en el público crece el status político de las mujeres cuidadoras. Más bien el maternalismo refuerza la naturalización y la asignación del status doméstico del cuidado y de sus componentes afectivos desvirtuando su sentido político. Puesto que el cuidado, en cuanto necesidad humana, no es neutro ni desprovisto de afectividad y de valores humanos, hace falta resignificar sus características sociales y culturales para descubrir el sentido político del cuidado como derecho humano. En esa dirección puede ser útil el marco conceptual del desarrollo de la *inteligencia emocional* especialmente referido a las capacidades interpersonales e intrapersonales que, articuladas unitaria y globalmente a la inteligencia cognitiva de mujeres y varones, son fundamentales no solamente para la práctica del cuidado sino para todas las actividades humanas. La condición del desarrollo de la *inteligencia emocional* desde el aprendizaje, la interrelación humana y los contextos socioculturales de la vida de las personas se oponen al carácter genético e incambiable de la predisposición femenina para el cuidado preconizada por la ideología patriarcal.

Los numerosos cuestionamientos efectuados al *feminismo de la diferencia (feminismo social)* se refieren también a la falta de reconocimiento de la realidad de “la familia” que no ofrece un perfil único y homogéneo, pues lo apropiado es referirse a *las familias* en cuanto contexto diverso y heterogéneo: familias extendidas, nucleares, mono o pluriparentales; familias de solo hombres o solo mujeres; familias de origen heterosexual o no; familias con relaciones o no de violencia o maltrato; familias que pueden o no y quieren o no experimentar relaciones de maternidad, etc.

La asociación *enfermería-maternidad* lleva a crear condiciones de homogeneidad con pérdida de la libertad para crear, descubrir, optar y decidir en el proceso de aplicación del cuidado, pues este necesita ser adaptado a las condiciones y circunstancias particulares de cada enfermo o persona que demanda atención; el cuidado profesional no puede ser espontáneamente generativo, sino deliberado, discriminado, planificado y previsto según cada situación particular. Si bien tiene que ser humanamente afectivo, el cuidado profesional no basa su origen en el *amor maternal* sino en las necesidades que vive el enfermo y su identificación técnica, científica, moral y legal, a partir de la concepción del derecho a la salud, al bienestar, al consentimiento informado y a la participación activa de las personas en las decisiones que han de tomarse para restaurar la salud o minimizar el sufrimiento que acarrea la enfermedad. El cuidado se origina en una *conciencia política* construida

a partir del reconocimiento de la interacción de los sujetos políticos que demandan y ofertan el cuidado. Ello significa la existencia y reconocimientos de mundos diversos, códigos distintos para construir diálogos unívocos, cuerpos situados con historias diversas y experiencias múltiples; de conceptos, necesidades y sentimientos particulares para decisiones singulares.

## **2. 4. El *poder* y la *normatividad* en el control de la conducta de las mujeres y la maternidad**

La *maternidad ensalzada* –desde su persistencia histórica y la revolución del conocimiento y la técnica– ha sido puesta, en las últimas décadas, en el escenario de las políticas oficiales y los programas institucionales del Estado, y promovida por las actuales tecnologías reproductivas (reproducción asistida: inseminación artificial, fecundación in vitro, inyección intracitoplasmática de espermatozoides, donación de ovocitos, etc.).

Una resignificación de la maternidad, alejada de la exaltación esencializada y mitificada, es necesaria en el debate de la relación política entre la reproducción y la distribución de los roles por género, señala Marta Mojsuk (2012). Y, puesto que el maternalismo es una ideología ligada a determinados contextos socio-culturales y políticos, es apropiado hablar de *maternidades* como construcciones históricas, más particulares que universales. La maternidad, como estructura simbólica y como práctica social, tiene dos constantes históricas: el *poder* y la *normatividad*, en cuanto instrumentos para control de la conducta de las mujeres.

En efecto, el cuidado, ligado a la mujer y a la maternidad, y todos los roles y relaciones que se derivan del hecho de procrear, pretendidos como naturales, han sido normativizados; en consecuencia, las potencialidades y capacidades de las mujeres en los ámbitos público, social y político, han sido negadas, invisibilizadas, condicionadas o reconocidas de forma parcial.

Sin duda, el cuidado ha sido el quehacer normativizado por excelencia en el concierto de las actividades humanas, y lo ha sido modernamente el cuidado de enfermería. La universidad, el hospital, la iglesia, la medicina, el propio gremio profesional, los grupos sociales, los médicos y, por supuesto, las enfermeras, se han ocupado de crear una estructura de reglas para *cercar* la actividad del cuidado. La normativización de la actividad del cuidado de enfermería ha sido un instrumento eficaz para el ejercicio del poder, dentro de la estructura interna de la profesión y desde fuera de ella. Las normas guían o señalan



el camino y son imprescindibles en todas las profesiones, y en la actividad humana en general, pero en la enfermería han tenido una trascendencia singular: normas para orientar y conducir el trabajo de cuidados, pero fundamentalmente para prohibir o limitar, especialmente en el ámbito de la toma de decisiones, una suerte de encauzamiento rígido del pensamiento y la actividad de enfermería que impide, en palabras de Dietz (1994), la *politización de las conciencias*, el desarrollo de los valores políticos: *libertad, igualdad y poder comunitario*, y la conversión de las profesionales en sujetos políticos. *Poder y normatividad* son las invariantes que han marcado la identidad de las enfermeras, de igual manera que la identidad maternal de las mujeres.

En algunos hitos expuestos por Marta Mojzuk (2012) en torno a la construcción de la maternidad en el mundo occidental pueden verse algunas representaciones del cuidado desde la conciencia maternalizada, el poder y la normatividad:

En la tradición judeocristiana la mujer, como fuente de tentación y causa de pecado, aparece subordinada al varón desde su origen. De ahí que la *virginidad* y la *maternidad* han de ser estados que le liberan del castigo; los dos atributos están representados en “*María-madre de Dios y virgen*” que ensalzan lo femenino en relación con la “*Madre Iglesia*”, la subordinación a ella, y la relación dependiente con Jesús. “*El culto mariano no ha contribuido al enaltecimiento de las mujeres, por el contrario, ha consolidado el ideal femenino de la maternidad como madre piadosa, abnegada, modesta.*” (González, 2008: 97).”

En la construcción maternalista de América Latina, la iglesia ha jugado un papel preponderante, especialmente a fines del siglo XIX, con la promulgación del “*dogma de la virginidad de María y su purísima concepción*” (Luna, 2009: 257), de manera que la Virgen María representa el modelo de mujer-madre.

En la historia de los cuidados, se describe una etapa que relaciona la actividad de cuidar con el nacimiento de la religión cristiana –la *etapa vocacional* del cuidado–, que concibe que la salud y la enfermedad son designios divinos: “*el que sufre es un elegido de Dios.*” Las condiciones o características de quien se dedica al cuidado son los votos de *obediencia y sumisión*, actuar en nombre de Dios, permanecer en el seno de la iglesia, reconfortar a través del consejo moral, y el cuidado como medida de salvación propia y comunicación con Dios. De conformidad con ese perfil aparece en este período la figura de la “*mujer consagrada*” (García y Martínez, 2007: 16). En esta etapa, que se extiende desde el nacimiento del pensamiento cristiano hasta finalizar el período de la modernidad en la Historia Universal, se concibió el

cuidado como quehacer esencialmente femenino; el cuidado como una forma de purificación y ofrenda a Cristo; la actividad de cuidado como dependiente de la actividad médica; la práctica sumisa y obediente del cuidado. Esta orientación trasladada al cuidado de enfermería, perdura en el plano simbólico hasta el presente: La preparación de las cuidadoras debía incidir en el desarrollo de ciertas actitudes cristianas, tales como:

*... caridad, sumisión, obediencia y gran sentido de religiosidad. Estos y otros atributos han sido reiteradamente reproducidos en la formación y en la práctica del cuidado a lo largo de la historia de la enfermería, inclusive en las instituciones de carácter laico. (García y Martínez, 2007: 22).*

La imposición del color blanco relacionado con el cuidado de los enfermos en los hospitales y otras dependencias sanitarias (a través de uniformes, lencería, camas y demás enseres...), ilustra la vinculación del cuidado con el pensamiento cristiano: lo blanco no solo se asocia con limpieza física, sino también desde lo simbólico religioso con *luz, bondad, pureza, inocencia, virginidad, perfección*. El color blanco, afirma Antonio Sensini (2003) en su investigación sobre la asociación religiosa de los colores advertida en las pinturas religiosas de los siglos XIII al XVIII, por ser la suma de todos los colores, representa la suprema sabiduría, es el color del Espíritu Santo, simboliza la máxima pureza y virtud moral, el perdón de las culpas y también la vida eterna. Con frecuencia el blanco y el celeste se asocian con la Virgen María.

El rol reproductivo de las mujeres ha sido reiteradamente utilizado y normativizado en las sociedades a lo largo de la historia. En la Baja Edad Media, retomando a Marta Mojsuk (2012), el papel de la madre sirve para garantizar la reproducción frente a la alta mortalidad infantil, razón para ser exaltada y dignificada. La relación de la mujer con la matriz o útero, con la histeria y con el riesgo fisiológico de la maternidad es destacada por la medicina renacentista -esencialmente masculina-. El cuidado de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, efectuado por parteras, comadronas y enfermeras, es arrebatado por los médicos quienes instauran la obstetricia y con ella la incursión en el cuerpo de las mujeres a través del uso del fórceps. Las parteras, comadronas y enfermeras son perseguidas y excluidas de sus prácticas y saberes acumulados. El nuevo discurso médico-eclesiástico recrea las normativas para las mujeres-madres alrededor del amamantamiento y las relaciones sexuales.

María Inés García Canal (1998) sostiene que la modernidad se encargó de delimitar los lugares, de crear los territorios, de disciplinar y normativizar los cuerpos. En este momento surge el concepto de casa familiar y diferentes espacios son pautados y destinados a objetos concretos, usos y actividades especiales; se creó el concepto de encierro y vigilancia asociados a fábrica, escuela, cárcel, hospital, manicomio. Con la aparición de la teoría de los dos sexos, asida al discurso médico de la anatomía y la fisiología de la reproducción, el sexo determina la diferencia, lo masculino y lo femenino, la nominación de hombre y mujer y la ocupación topológica diferenciada de los cuerpos. La normativización de la sociedad envuelve al espacio y a los cuerpos. Sobre ellos se aplica la mirada del observador para *vigilar y castigar* (categorías desarrolladas por M. Foucault).<sup>21</sup> Siendo así, los cuerpos han de adaptarse a las normas impuestas; perciben y responden a la realidad de una cierta forma; se adscriben a determinados ritmos de actividad, a formas de sentir, de hablar, de mirar, de hacer, de estar. En este proceso de sometimiento se configura una forma de ser en el mundo, pues los espacios entre sus límites y fronteras, relaciones y mediaciones, modelan los cuerpos a su imagen, diseñan los proyectos de vida en la cotidianidad.

Como queda dicho, las constantes *poder y normatividad* son parte de la historia de las mujeres, del cuidado y de la enfermería. El cuerpo de las mujeres ha sido sometido a decisiones y control externo; han sido arrebatados los saberes femeninos, los conocimientos y prácticas sociales al extremo de negar sus capacidades, derechos y de someterlas a la hoguera en algún momento de la historia.

Se afianza y ensalza, entonces, la maternidad como destino de las mujeres. La incompatibilidad de la relación maternidad/desarrollo intelectual (razón, pensamiento, reflexión...), que menciona Mojzúk (2012), ha sido un rasgo utilizado arbitraria y tradicionalmente para armar el perfil de la mujer; su impacto se advierte, aún en pleno siglo XXI, en los prejuicios respecto de la participación femenina en puestos de liderazgo y poder, en la investigación, en estudios y trabajos que aún hoy se catalogan como exclusivos de los varones, en la toma de

---

<sup>21</sup> Foucault reconoce tres instituciones sociales sobre las cuales se aplica la mirada observadora y "el examen": el panóptico, el hospital y la escuela. La distribución y apropiación del espacio y las normas establecidas para el relacionamiento entre hombres y mujeres posibilitan el ejercicio del poder. La forma circular (ideal) del panóptico; las salas generales de los hospitales diseñadas para la estancia colectiva y clasificada; lo mismo que la "mesa de cátedra" exclusiva del maestro en la escuela, el uniforme, la numeración de los alumnos, los exámenes y las calificaciones, etc., son mecanismos facilitadores del control y del ejercicio del poder.

decisiones importantes en el espacio público o privado, etc. Dentro de una concepción que escinde emoción, sentimiento y pensamiento, la relación de la maternidad con la afectividad ha sido indiscutible, dejando para la emoción y el sentimiento la connotación de rasgos naturales, espontáneos, simples, de importancia complementaria o secundaria y, en ocasiones, como obstáculo. En el marco de esta reflexión, el cuidado ha sido inapropiadamente visto como el conjunto de tareas prácticas, sin sustento teórico, exento de reflexión pero cargado de afectos. Este prejuicio fue trasladado al cuidado de enfermería, restándole valor y complejidad.

Marta Mojzuk (2012) señala que la condición maternal asentada en el amor solícito e ilimitado se adhiere indefectiblemente al concepto de cuidado desde finales del siglo XIX, pues la mujer/madre resultaba ser la persona naturalmente idónea para asistir a sus hijos y, por extensión, a todos los miembros de la familia. De esta forma, las mujeres pertenecientes a la clase media y alta se convierten en *dueñas* del espacio privado. A partir de ahí, la maternidad ha sido el componente nuclear de la identidad de las mujeres y, a la vez, la preocupación y rol fundamental de sus vidas, fuente central de gratificación y orgullo, pero también de sacrificio y sufrimiento, sobre los cuales se ha construido buena parte de la subjetividad femenina.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> La maternidad como categoría universal oculta realidades particulares disímiles de las mujeres. Frente a su exaltación social, al orgullo y gratificación inherentes, se encuentran experiencias y sentimientos de frustración, riesgos y regulaciones innumerables. Recuerdo que mi madre, nacida a comienzos del siglo XX, comentaba reiteradamente sobre el carácter incompleto de su vida –no superado– debido a las limitaciones para terminar sus estudios para ser maestra, generadas por su condición de esposa y madre –desde los catorce años de edad– y a lo largo de once embarazos. Ella expresó siempre pensamientos y sentimientos contradictorios respecto de la maternidad: alegría, sufrimiento, sensación de riesgo, pérdida de la libertad, monotonía de los roles que le tocó desempeñar, y otros. La maternidad de sus hijas o de otras mujeres le producía profunda tristeza y preocupación. Está claro que la maternidad no es un estado fisiológico lineal, ni siquiera en el plano biomédico, es un proceso complejo y contradictorio tanto físico cuanto cultural, social, económico, mental y emocional, es no homogéneo y no universal. Algunas mujeres podemos estudiar y alcanzar, de forma muy tardía, ciertas expectativas personales, sociales y políticas pospuestas, una vez finiquitado el rol maternal como madres y luego como abuelas, de modo que su disfrute, beneficio y auto-gratificación apenas sí caben en el tiempo de vida que nos resta. La clase social, el grado de instrucción, la cultura, la religión, el trabajo, el tipo de familia, entre otras categorías, determinan los conceptos particulares, las prácticas, sentimientos, actitudes y deseos en torno a la maternidad, en contradicción con aquellos pre-establecidos y universalizados. Ella es una realidad particular, concreta y

Es con el discurso médico, a través del concepto de *instinto maternal* ligado a la función reproductora y a los órganos biológicos correspondientes, que se institucionaliza la naturaleza maternal de las mujeres, esencialmente biológica, es decir, de carácter pre-social.

*La creencia del instinto maternal y la “maternidad intensiva” que propugna la dedicación exclusiva del tiempo, los esfuerzos y los recursos para cuidar a un hijo, tienen como justificativo el reparto desigual de las responsabilidades de padres y madres en el cuidado de los hijos, lo mismo que la perpetuación de las desigualdades que tienen los hombres y las mujeres en el espacio público.(...) Los hombres han sido educados para construir su identidad a partir de su trabajo y de su éxito laboral. Las mujeres, a partir del cuidado, del amor desinteresado, de allí su capacidad para resignarse ante la ausencia de los hombres en el cuidado a los hijos. (Igareda y Casas, 2008: 171).*

Coincidente con la “*maternidad intensiva*” existe en el cuidado de enfermería el denominado “*cuidado intensivo*”, aquel suministrado por enfermeras especializadas a enfermos graves en unidades de alta complejidad y tecnología. Pero el cuidado de enfermería no es intensivo solamente en esas unidades, lo es en todos los espacios sanitarios, y es más esforzado, intenso y contradictorio si enfrenta las carencias de presupuesto y personal suficientes para la atención integral, como sucede en Ecuador y otros países de América Latina y del mundo. Junto al reparto desigual de las responsabilidades está siempre la respuesta institucional inequitativa a las demandas de equipamiento, educación continua, investigación, participación en la toma de decisiones y otras, relacionadas con el cuidado de enfermería. Con seguridad, en las esferas del poder institucional está la imagen de la enfermera impregnada de los atributos maternos: resignación, bondad, sacrificio y amor total, desde los cuales se puede aceptar y permitir que operen con facilidad las desigualdades.

La “*maternidad intensiva*” ha sido condición suficiente para naturalizar varios estereotipos que identifican a la mujer: la abnegación, el renunciamiento al ocio y al estudio, la exclusión de la vida política y,

---

contradictoria; sin embargo, es a la maternidad universal idealizada a la que las mujeres se ven obligadas a acceder necesariamente como fin y destino.

otrora, del trabajo asalariado. Inicialmente se justificaba esta última exclusión con la incompatibilidad del tiempo y la energía psicofísica para estar en el ámbito público. No obstante, cuando finalmente la mujer tuvo que incorporarse al mercado laboral no se hizo ningún reparo por parte del Estado y la empresa capitalista respecto de la suma o extensión de, al menos, dos tiempos y esfuerzos diarios correspondientes al trabajo en los ámbitos privado y público.

El culto a la maternidad y la condición de *símbolo político* que coincide con la Revolución Francesa, como señala Mojzuk (2012), permite a las mujeres pensar en su papel social y en la posibilidad de participación en las cuestiones del Estado, de ahí el surgimiento de la reivindicación del derecho al voto y la ciudadanía. Sin embargo, el modelo de la *feminidad doméstica* y la *defensa de la familia* se garantizan y reproducen; salirse de esa ruta significaría cuestionar el orden establecido por el Estado patriarcal.

En el siglo XX asistimos a la *politización y nacionalización* de la maternidad: la maternidad resulta ser un deber patriótico hasta que el feminismo de los años sesenta logra estructurar los debates en torno a la asociación arbitraria entre la mujer y la madre, las reflexiones sobre la maternidad como opción, las contradicciones de lo público y lo privado, etc., temas que hasta hoy se encuentran en vigencia. No obstante, la maternidad como definición esencial de la mujer con los componentes: amor, sacrificio, y entrega por sus hijos, es promovida a través de innumerables acciones simbólicas en el mundo privado y público por diversas instituciones y el Estado, de modo que el imaginario excelso de la maternidad no ha dejado de ser alimentado y reproducido hasta la actualidad.

En las primeras décadas del siglo XX aparecen las prácticas médicas y eugenésicas que impulsan la salud de las mujeres para la reproducción; el objetivo era la procreación de hijos sanos, cuyos antecedentes históricos de buscar la perfección humana encontramos en la Grecia antigua. (Villela y Linares, 2011). Entre las medidas utilizadas, destacan estos autores: la prohibición del mestizaje de una población considerada homogénea para prevenir su “degeneración”; la limitación de los derechos reproductivos individuales a través de la segregación racial y sexual y las imposiciones legales para impedir la inmigración. Estas medidas se aplican en América, especialmente en Estados Unidos, México y Brasil, y en Europa en Inglaterra; en la Alemania nazi, el movimiento eugenésico es más bien genocida. En América Latina, compuesta por países mestizos, lo que pretende la eugenesia de Estado es “blanquear” la raza. Los mecanismos son

diferentes; se recurre a la puericultura y a la homicultura<sup>23</sup>, a las campañas de salud pública dirigidas al control de las enfermedades venéreas y alcoholismo, al cuidado prenatal, inclusive a la contracepción y al aborto, las dos últimas como medidas propiamente eugenésicas. Al mismo tiempo se difunde que la prioridad de las mujeres es la procreación y su medio natural la familia. (Villela y Linares, 2011).

Las mujeres acceden por primera vez a las oportunidades profesionales y al trabajo para el mercado, dentro del concepto de derecho, y como un medio para alcanzar la independencia económica sentida por ellas como necesidad. Sin embargo, y en forma concomitante, en el discurso político estuvo presente la idea del regreso de las mujeres al hogar para el cumplimiento de su *natural* rol reproductivo. Aparecen las prácticas médicas y eugenésicas que impulsan la salud de las mujeres para la reproducción, se incentiva la natalidad y se institucionaliza la maternidad. El discurso oficial declara como símbolo de la patria a la mujer que procrea generosamente. Durante varias décadas las mujeres viven una situación ambivalente: por un lado, el derecho a la inserción laboral remunerada, la posibilidad de acceder a estudios, profesiones y al mundo de lo político, y, por otro, la persistencia del rol maternal que en el discurso oficial cuenta como deber y no como opción. Así, una vez más se reafirma hasta nuestros días el concepto y la práctica de la mujer como eje de la familia, cuidadora de sus hijos, esposo, enfermos y ancianos: *esencia* de la identidad femenina.

La *condición innata* de la madre referida a las habilidades para el cuidado y la entrega trascendente al otro (que, por el contrario, son producto de la socialización), no es reconocida como un aprendizaje, un esfuerzo o logro personal, sino como un don que fluye naturalmente, que está ahí vigente, listo para ser ejercido, de modo que, cuando las mujeres se insertan en el mercado laboral en la sociedad capitalista, especialmente en el sector de servicios, su trabajo es identificado por los varones como de menor valor que el desempeñado por ellos en el mismo espacio. Esta realidad se advierte aún en la actualidad expresada en salarios inequitativos y relaciones de subalternidad por actividad, clase y género. Es evidente que el trabajo de cuidado que realizan las enfermeras en los establecimientos sanitarios de los sistemas de salud de las sociedades actuales está impregnado de los significados de ese universo simbólico que asocia a la *mujer* con la *madre*. Desde la visión

---

<sup>23</sup> La homicultura hace referencia a "... la forma comprensiva de toda actividad en pro de la buena procreación y posterior cuidado del niño" (Orozco, 2010: 45).

maternalista del cuidado las acciones del cuidado son menos valoradas que otras; los roles y relaciones para el cuidado se jerarquizan y se ubican en posiciones subalternas.

La maternidad, vista siempre como natural y como deber moral, se convierte en *maternalismo político* al exigirse el acceso de las mujeres al espacio público y el cumplimiento de derechos derivados de la misma condición maternalista, de manera que se produce una reivindicación maternal de carácter público y político, pero ninguna de carácter privado o social, pues los roles domésticos y el cuidado siguen siendo exclusivos de las mujeres con un solo tiempo invertido para ellos: el femenino.

En el caso de la responsabilidad del cuidado de la salud por el Estado, en cuanto garante constitucional de los derechos ciudadanos, la cobertura a través de los establecimientos sanitarios es mínima en comparación con la que tiene a su cargo la familia, de manera que son las mujeres, como entes individuales, quienes afrontan la responsabilidad del cuidado y bienestar de las personas en su seno. El discurso médico en el Estado normativiza las condiciones para el internamiento hospitalario y el alta de los enfermos. Como parámetros de calidad y eficiencia cuentan un tiempo mínimo de permanencia hospitalaria, lo mismo que un mínimo costo posible. Dentro de estos parámetros son las mujeres quienes se ocupan mayoritariamente del cuidado, de la recuperación y rehabilitación de los enfermos; son ellas quienes enfrentan los impactos materiales, organizativos, biofísicos, de gestión y, especialmente, afectivos del cuidado, sin que el Estado los valore ni reconozca económica o simbólicamente.

## **2.5. Un debate que no ha llegado a su término:**

El tema de la maternidad ha sido un asunto nuclear en la construcción de teoría política feminista, sin embargo, solo las dos últimas décadas dan cuenta de cómo la crítica feminista ha descubierto para el debate y la redefinición de la maternidad un sinnúmero de cuestiones que habían sido mantenidas como presupuestos aceptados y reproducidos históricamente o intocados por el discurso científico, el de la Iglesia, del Estado, de la familia y otras instituciones. Es evidente que la conceptualización de la maternidad y su relación con la identidad femenina ha estado anclada firmemente en el discurso histórico de cada época.

Silvia Caporale (2005) afirma que a lo largo de los siglos XIX y XX la maternidad como sujeto de representación pasa, a través del discurso científico, del ámbito de lo privado a la esfera de lo público y



lo político de manera lenta pero imparable. El criterio de la separación de las esferas de actuación de los sexos desde una posición biologista ha marcado fuertemente la construcción de la identidad femenina desde la autoridad y el poder conferidos a la ciencia.

En el debate instaurado a fines del siglo XX, según Caporale (2005) la década de los ochenta se caracteriza por una rica producción en torno al tema de la maternidad desde varias posturas feministas: de reconocimiento o no de la maternidad como algo intrínseco a la mujer, como esencialmente femenino o no, como resultado o no de un proceso cultural que ha asignado a la mujer el papel de cuidadora. Aparecen una serie de aristas del discurso de la maternidad que antes no habían sido visibilizadas o habían sido silenciadas: en la misma década, a propósito de la puesta en vigencia de la reproducción asistida se instala un debate –que no ha llegado a su término– en el que la mujer en cuanto sujeto del discurso comparte otros temas controvertidos. Solo a mediados de la década del ochenta aparecen en el proceso de reconceptualización de la maternidad las ideas de familia homosexual y maternidad adoptiva, pues el contenido nuclear en torno a la maternidad estuvo relacionado fundamentalmente con el hecho físico de dar a luz. A pesar de los avances y cambios logrados en la redefinición de la maternidad son zonas oscuras todavía la adopción como práctica maternal, la maternidad madura, la maternidad de las abuelas, la maternidad lesbiana, el aborto, etc.

De acuerdo con la misma autora, en el intento de redefinir la maternidad y construir un discurso contrahegemónico, lo más destacado que ha sucedido es haber cuestionado una manera de ser mujer.

### **3. LA DIMENSIÓN CORPORAL DEL CUIDADO**

Son diversos e ilimitados los ámbitos del cuidado: cuidamos las cosas, la naturaleza, el tiempo, el lenguaje, las relaciones interpersonales, las representaciones histórico-culturales de los pueblos; es razón de cuidado todo lo que tiene entidad. El cuidado tiene componentes materiales y simbólicos, y tiene sentidos y significados particulares entre las personas y las sociedades.

El cuerpo es objeto de cuidado en tanto entidad material y simbólica, y lo es de manera específica cuando se trata de procurar la salud; pero también puede ser objeto de *no cuidado*, de enfermedad, de destrucción y muerte. Sobre el cuerpo se ejercen acciones con los propósitos de promover el bienestar, el descanso, la vitalidad, el alivio

del dolor, la erradicación o disminución de afecciones, alteraciones o males que afecten a una persona.

El cuerpo es objeto o núcleo del cuidado en la profesión de enfermería. Hay cuidados que trascienden el bienestar psicofísico del cuerpo, entendido como el estado derivado de la ausencia de enfermedad y procurado a partir de la gestión de salud en sentido convencional. Y los hay dirigidos a procurar la belleza y la estética corporal, a posibilitar la construcción de nuevas identidades sexuales, a adicionar o adaptar elementos que permitan completar o modificar la estructura y función del cuerpo para facilitar el trabajo, la vida cotidiana y la inserción social de los sujetos. Es evidente que el cuerpo y el cuidado están influidos por patrones culturales, económicos, sociales, religiosos, políticos, jurídicos y científico-técnicos. Por ejemplo, desde la perspectiva estética, Jesús Adrián Escudero (2007: 144) afirma que:

*...el cuerpo se convierte en una plataforma de inscripción y protesta que da cabida a las más diversas manifestaciones, tal y como se plasma en el arte de la herida, el body art, la cirugía radical, el tecnoarte, el tatuaje, el bodybuilding o el piercing.*

Los cambios de la percepción de la imagen del cuerpo, del significado, de sus usos y representaciones tienen una larga historia construida en medio de las transformaciones sociales. A pesar de los cambios y la superación de la vinculación esencialista del cuerpo con la naturaleza y la biología, de la dicotomía materia/espíritu, siguen vigentes conceptos y prácticas derivados de tales matrices; por ejemplo, la medicina alopática o convencional fragmenta el cuerpo para el estudio y la creación de especialidades y subespecialidades; determina en general lo que es bueno o malo; establece escalas de normalidad-anormalidad y crea jerarquías en torno al conocimiento e intervenciones sobre el cuerpo; genera modelos de cuerpos que normalizan una estética impuesta por el mercado en medio de la expectativa y aceptación social.

Las concepciones contemporáneas acerca del cuerpo destacan las ideas de construcción socio-cultural, fruto de las reflexiones y estudios del cuerpo en cuanto objeto de conocimiento de las ciencias sociales, entre las que han aportado de modo especial la antropología y la historia. De manera que entidades que antes eran consideradas esencialmente naturales tienen hoy significación sociocultural, por lo tanto, posibilidad de intervención de las personas sobre ellas. (Martínez, 2004).

A propósito de la interpretación de una de las obras de la artista Pilar Albarracín, la investigadora Assumpta Sabuco i Cantó afirma en “El origen del nuevo mundo” que:

*Occidente se erige en el mandatario de los cuerpos, en creador de palabras e imágenes sobre las que disfrutar o escandalizarse. Con ello, planea una definición que es a la vez causal y evolutiva sobre su pasado: un ascenso lineal de libertades donde lo que nos recubre se atiene a los gustos definidos. Las modas y sus industrias saben que el valor de esta expansión es lucrativa y que la fragmentación incesante de los cuerpos redunda en la multiplicación de sus beneficios.*  
(Sabuco, 2012)

Los sujetos toman decisiones sobre el cuerpo para su transformación, contando con la intervención de la ciencia y la tecnología especializadas en diferentes ámbitos. Sin embargo, las bondades de los extraordinarios avances en el campo de la medicina conllevan nuevas formas de sujeción del cuerpo. El mercado, los medios de comunicación y la medicalización ensayan modelos “ideales” de cuerpos, inalcanzables y cambiantes, a partir de un proceso de incorporación de las presiones sociales, la normativización sobre la belleza, la sexualidad y la juventud que devienen en cosificación del cuerpo especialmente femenino.

Cuerpo y cuidados forman parte de un mismo proceso, por ello es fundamental que los profesionales de la salud internalicen los significados y sentidos sobre la construcción social del cuerpo, de modo que una visión integral, unitaria y particular del cuerpo y del proceso salud-enfermedad, surjan de la comprensión del contexto de la existencia como sustento de la práctica profesional. La búsqueda de bienestar del cuerpo no solo es con uno mismo, sino también con los demás para ser y hacer en el mundo.

### **3. 1. El cuidado del cuerpo como entidad material y simbólica**

El cuerpo no ha sido significado de una sola forma y para siempre; como construcción simbólica traduce la visión del mundo en épocas y espacios diversos, de modo que las representaciones sobre el cuerpo reflejan las transformaciones socioculturales vividas hasta la actualidad. M. Lucrecia Rovalletti (1998) muestra algunas visiones del cuerpo en contextos y épocas diversas, por ejemplo: la idea del cuerpo

que después de muerto continúa teniendo deseos y necesidades de comer, vestirse, beber, semejantes a los del cuerpo vivo (a fines del neolítico); del cuerpo en sentido comunitario como parte de una totalidad (entre los melanesios); de trascendencia del perfil corporal individual hacia la comunicación y existencia colectiva (en ciertos pueblos rurales africanos); de “carne” o “alma” viviente en el mundo como una misma realidad (entre los hebreos); de “soma” o cadáver vivificado por el alma, frente al cuerpo viviente en cuanto figura, estatura, piel, miembros, portadores de funciones, pues “*el alma es el ojo que ve, la oreja que escucha, el corazón que late*” (en Homero). (Rovaletti, 1998: 351). Para la autora, son cosmovisiones que reflejan el sentido de parentesco, relaciones con el cosmos y con todo lo viviente, con la naturaleza y la comunidad, es decir, representaciones del cuerpo como persona.

Según Benavides (2003), el cuerpo como *objeto de estudio* en Occidente, se inicia en el siglo V. a.C. en la Grecia antigua, a partir de la búsqueda hipocrática del origen de la enfermedad en causas ambientales, con lo cual se desestabiliza el pensamiento mítico en torno al origen divino de la salud y la enfermedad, así como la superstición de la medicina antigua, dando paso a explicaciones cósmicas, al cuerpo como organismo compuesto por partes (miembros y órganos) con funciones propias y elementos o raíces denominados homeomerías o átomos. El agua, la tierra, el aire y el fuego –lo húmedo, lo seco, lo frío y lo caliente– fueron considerados los elementos primarios de la unidad cosmológica. En el marco de esa visión, el cuidado del cuerpo como organismo de interrelaciones internas y relaciones con el entorno inmediato estaría sintetizado en el *régimen de vida* de naturaleza más preventiva que curativa propuesto por la medicina griega hipocrática y galénica, pues, de acuerdo con la misma autora, el organismo sometido a la norma de la *recta proporción* del estilo de vida experimentaría salud o, por el contrario, enfermedad y muerte. De modo que, a través del aire y de los alimentos, se establecerían las relaciones del cuerpo –microcosmos– con el entorno. Con el predominio del alma como esencial, principio y fin, entre los filósofos griegos, el cuerpo debía someterse al control de su *animalidad*, y el cuidado del cuerpo estaría obligado, desde una posición intelectualista, a mantener la salud necesaria para albergar una “*mente sana*”. En este sentido, el disciplinamiento del cuerpo para erradicar su *envilecimiento* resultaba obligatorio. Así, el arte de la guerra en la Edad Media era una forma de doma o disciplinamiento del cuerpo, necesario para preparar a los caballeros para el combate. (Benavides, 2003: 88). Y lo ha sido a través de los tiempos, por ejemplo, unas profesiones más que otras han

empleado el disciplinamiento del cuerpo para la formación y ejercicio de sus funciones: sacerdotes y monjas, policías y militares, enfermeras y médicos... El internamiento para la adscripción a un cierto estilo de vida, sometimiento a normativas especiales y sistemas de control ha sido un mecanismo privilegiado para el disciplinamiento y la *normalización* del cuerpo.<sup>24</sup>

*En el medievo “Las disecciones eran impensables, pues introducir un instrumental en el cuerpo era violar el ser humano, fruto de la creación divina.” (Rovaletti, 1998: 351).*

Desde el año 1400, la ciencia se ocupa de conocer en detalle la biología y la anatomía del cuerpo humano; no obstante, su comprensión seguirá siendo parcial, pues los vacíos e interrogantes alrededor de la dimensión subjetiva fueron siempre postergados o ignorados. (Colomer, 2001).

Al distenderse la organización comunitaria mantenida

*...bajo la égida de la teología cristiana y las tradiciones populares, paralelamente se sigue la individualización del hombre, y la des-sacralización de la naturaleza... Con Vesalio... se instaura el dualismo ‘hombre-cuerpo’ que marcará epistemológicamente a Occidente. El cuerpo disociado del hombre comienza a ser estudiado como realidad autónoma a través de las primeras disecciones.” (Rovaletti, 1998: 351).*

El dualismo de Vesalio se articula en el tiempo con el dualismo cartesiano. Cuerpo/mente se ve intensificado en la proposición “*pienso luego existo*”, cuya influencia se extiende hasta el siglo XIX; bajo este canon hay que dudar de los conocimientos sensibles por engañosos e

---

<sup>24</sup> Los estudios de enfermería efectuados en régimen de internado, como en el caso de Ecuador de mediados del siglo pasado, es ejemplo de programación de la disciplina a la que tenía que someterse el cuerpo para el cuidado profesional. Se aplicaba una rígida normativa para disciplinar todos los ámbitos corporales: higiene diaria del cuerpo, horas suficientes de sueño y descanso, régimen integral de alimentación, adopción de determinados modales al caminar, al hablar, al comer, al interrelacionarse con las personas, exámenes médicos periódicos para el control de la salud, uso de vestuario específico para garantizar la mecánica apropiada del cuerpo, tiempo pautado para lectura, recreación y ocio, etc.

inexactos, pues el cuerpo como fuente de las pasiones involuntarias ha de estar siempre bajo control para frenarlas; el alma se define por el pensamiento que es capaz de concebir y querer; la *máquina* del cuerpo y el acto están regidos por la voluntad del alma. (Colomer, 2001). Con razón la autora afirma que a partir de esta influencia se produjo “... *la diferenciación entre profesionales nobles y manuales, entre hombres pensantes y hombres máquina, la aparición del obrero robot al servicio de un desarrollo económico*. (Colomer, 2001:101).

Desde esta diferenciación se pueden advertir otras categorías como superior/inferior, principal/secundario, central/periférico, etc., asociadas a la jerarquización de las profesiones y a las relaciones de poder/subalternidad de los profesionales que las ejercen. Esto sucede, por ejemplo, con las profesiones y los profesionales de la salud que forman parte de una escala de valoración tradicional relacionada con los niveles de prestigio y reconocimiento social, grados de acceso al poder, por consiguiente también con ejercicio de la autoridad, acceso a bienes y recursos, toma de decisiones fundamentales, control sobre el espacio, el tiempo y las personas, etc.

Teniendo a la medicina y a quienes la ejercen en el centro del escenario del trabajo del cuidado de la salud (según el modelo *medicocentrista*,<sup>25</sup> aún hoy vigente), se encuentran otras profesiones y profesionales a su alrededor sustentando el éxito del trabajo curativo, la investigación y la producción de conocimientos y técnicas médicos, a costa de invisibilizar el aporte proveniente de otras disciplinas y profesionales en la corresponsabilidad del bienestar del enfermo o de quien está en situación de ayuda. En este contexto, hay una actividad principal y otras secundarias o accesorias, y un status y valoración superior e inferior de los roles de unos y otros. En tales condiciones, las relaciones humanas y profesionales en ese escenario no pueden ser otras que de poder/subalternidad. De manera que la “vuelta copernicana” en

---

<sup>25</sup> Término acuñado para significar un conjunto de experiencias, vivencias y creencias en torno a la figura y actuación del médico como centro del hospital (o de cualquier institución sanitaria o situación de salud-enfermedad). Esta posición denota una concentración de poder cuyo ejercicio limita la capacidad de actuación y decisión de otros profesionales y la participación del mismo enfermo en su proceso de atención. Según los derechos del enfermo cuya promulgación se inició en 1948, es el enfermo quien se constituye en el centro de la atención. No es que el personal sanitario debe organizarse y circular en torno al médico, sino alrededor del enfermo para satisfacer con oportunidad y pertinencia los problemas o afecciones que le aquejan, y a quien ha de reconocérsele la capacidad de decir, optar, decidir, oponerse...

el cuidado de la salud, que sitúa en el centro al enfermo o persona necesitada de cuidado y alrededor de él a las profesiones y profesionales de la salud enfrenta aún hoy serias resistencias ideológicas. En este sentido, sigue siendo un reto la tarea de descentralizar el espíritu de poder de la medicina a fin de evitar que pacientes y otros profesionales circunden a su alrededor. Se trata de proyectar la construcción de *un cuerpo* no fragmentado de disciplinas y profesionales de la salud, compacto pero permeable, que horizontalice la actividad de cuidado al servicio de la vida y el bienestar humano.

Volviendo a las reflexiones en torno al cuerpo, Martínez (2004) destaca que hay una ausencia del estudio del cuerpo en la teoría social clásica de Occidente, entre otras razones: por la primacía de la visión natural del cuerpo, por el peso de la dualidad cartesiana cuerpo/espíritu que prioriza la mente y la razón sobre las emociones y las pasiones.

Es a inicios del siglo XX, afirma María Colomer (2001), que se desestabiliza el concepto del cuerpo como máquina y pasa a ser objeto de estudio el problema derivado de la escisión cuerpo/mente. Contra una posición puramente analítica de la realidad se comienza a concebir la unidad cuerpo-mente, aunque siguieran manteniéndose separadas las categorías: sensación, percepción, afectividad y pensamiento. Acerca del aporte del psicoanálisis al respecto, la misma autora anota:

*El psicoanálisis pone de relieve el papel fundamental que desempeñan las estructuras y las significaciones vividas en el cuerpo, en la conducta, en sus obras y en sus pensamientos más abstractos; confiere al cuerpo y a sus necesidades un papel central y dinamizante en la conducta. A través del lenguaje se aproxima al cuerpo vivido, para que sea cuerpo hablado. Con el psicoanálisis se da el salto del cuerpo real al cuerpo de la fantasía, y del esquema corporal a la imagen del cuerpo.* (Colomer, 2001: 101-102).

Los conceptos de globalidad, unicidad, totalidad e integridad sustituyen en el siglo XX a los de cuerpo escindido, fragmentado o dual, y dan paso a las categorías de *cuerpo habitado, cuerpo vivido, cuerpo hablado, cuerpo situado...*

*La cultura occidental ha polarizado al ser humano en cuerpo y psique; en respuesta a esta disociación, la psicología corporal plantea que el cuerpo físico no es*

*sólo el “ropaje” del alma; sino que existe un cuerpo habitado: la “corporalidad”. Esta es fuente de la vivencia, base estructural del yo, memoria de las experiencias pasadas, vía de expresión de la conciencia e inconsciente. (Toloza, 2009: 517).*

En este contexto dejan de tener sentido las concepciones y prácticas de la medicina positiva del cuerpo como receptáculo de enfermedades, y cada órgano como sede de síntomas y entidades gnoseológicas y especialidades que parcelan su integridad para ponerlo al servicio de los intereses del individualismo profesional y del mercado.

Con el cuerpo y a través del cuerpo un individuo manifiesta su existencia y su subjetividad, pues desde la categoría de la integración se funden en la corporalidad la cognición, el lenguaje, la emoción, la voluntad, la interacción y el comportamiento práxico. De manera que en el contexto del cuidado ninguno de tales atributos pueden quedar fuera, pues la corporeidad del sujeto interviene en el cuidado como un todo y una unidad.

El cuerpo es historia viva, habla de su devenir en el mundo, y éste está inscrito en él, de manera que el cuidado que significa interactuar con el sujeto, llega a ser memoria activa del “cuerpo vivido”, a partir de la cual el cuidador sabe, siente, decide y hace desde, con y para el sujeto necesitado de cuidado.

La salud-enfermedad es un continuo de la experiencia corporal como una totalidad; de ahí que es necesaria la comprensión de la construcción simbólica del cuerpo, de la salud, de la enfermedad y de los síntomas, según Toloza, no deben ser simplemente eliminados sino entendidos. “*La salud no debe ser negada, sino integrada...*” como una forma de ampliar la experiencia del sujeto, en cuyo proceso la interacción terapéutica debe posibilitar expresar y comprender los aspectos no verbales de la relación, pues se ha de partir de que el “cuerpo habla”. Y ese lenguaje tiene un trasfondo cultural, familiar, emocional, experiencias con otros, vivencias que configuran “*el modo de sentir y vivir la vida*” (Toloza, 2009: 522).

Contrariamente a estas últimas concepciones, desde la institucionalidad de la medicina alopática, el cuidado ha sido frecuentemente *impartido* a unos cuerpos dolientes, cuerpos enfermos cuerpos *abyectos...*, separados de sus vivencias, ajenos a sus tiempos y espacios vividos, de espaldas a sus relaciones con el mundo (con su mundo), en medio de lenguajes y significados diversos, a veces ininteligibles... Los códigos de los signos y los síntomas, de los



órganos, sistemas y especialidades han sido las herramientas de comunicación más frecuentes entre los cuidadores y el cuerpo. Se acepta la existencia de una psique como sede de los procesos relacionados con el pensamiento, el conocimiento, el sentimiento, la emoción, la voluntad, la actitud..., componentes que determinan la conducta de la persona a través de la actividad y la comunicación e interacción con el medio social, pero se la conceptúa distinta del cuerpo. Así, las dolencias y necesidades desde la visión dual de cuerpo y psique son consideradas aparte, jerarquizadas y en espera: respecto de la importancia que se les otorgue, del tiempo disponible para su atención, de la credibilidad que se les asigne, de la predisposición y habilidad para su interpretación y terapia, de la posibilidad económica del paciente, etc. El carácter de la enfermedad para su atención puede estar influida también por las “metáforas” creadas alrededor de ciertas enfermedades como la tuberculosis, el cáncer, la sífilis, el sida y otras, como se refiere Susan Sontag (2011) a las fantasías punitivas o sentimentales y estereotipos que se crean alrededor de la enfermedad y a su uso como figura o metáfora. Por ejemplo, sobre el cáncer, afirma:

*La concepción punitiva de la enfermedad tiene una larga historia. Es una concepción particularmente activa en lo que atañe al cáncer. Se entabla una ‘lucha’ o ‘cruzada’ contra el cáncer; el cáncer es la enfermedad ‘que mata’; los cancerosos son ‘víctimas del cáncer’. Ostensiblemente el culpable es la enfermedad. Pero también el paciente resulta serlo. (Sontag, 2011: 71).*

Las “metáforas punitivas” sobre la enfermedad están presentes en el lenguaje cotidiano, se incorporan en el paciente, en su familia, y se integran frecuentemente al lenguaje hospitalario a través del argot médico, del de enfermería o del de otros trabajadores sanitarios. Las metáforas de la enfermedad pueden provocar en los pacientes y otras personas, conductas de evasión, rechazo, ocultamiento, miedo, culpabilización, angustia, vergüenza, etc.

Las metáforas punitivas aparecen también en otros estados de la vida como los relacionados con el proceso de envejecimiento del cuerpo. La vejez es frecuentemente confundida con la enfermedad, y es pretexto para la exclusión, la desatención, el rechazo, la conmisericordia, debido a que el cuerpo dejó de ser “productivo” o no útil, requiere especiales cuidados y mayor dependencia que los cuerpos jóvenes. Por el contrario, puede ser considerada la etapa privilegiada de la vida por

los aportes especialmente simbólicos que entrega a la familia y a la sociedad, o puede ser ubicado en lo más alto de la pirámide poblacional de ciertos pueblos por la sabiduría y autoridad acumuladas en su devenir. Entonces, como menciona De Beauvoir (2013:20): “... *la vejez sólo puede ser entendida en totalidad; no es sólo un hecho biológico, sino un hecho cultural.*” En la vejez se juntan espacio y tiempo vividos, un largo pasado que vive en el recuerdo y un presente y futuro cortos en los que habitan las enfermedades. Entonces, la extrañeza y la angustia que devienen en el cuerpo envejecido y doliente hay que entenderlos y saberlos integrar en su cuidado.

La enfermedad es un signo o una prueba de la vulnerabilidad del cuerpo, de su temporalidad y finitud. La enfermedad nos ayuda a comprender que los seres humanos no somos inmortales, a sentir y tomar conciencia del movimiento de la vida, del cuerpo en actividad, frente a la pasividad temporal de la enfermedad y definitiva de la muerte.

*La enfermedad es una eventualidad que altera al ser-en-el-mundo. (...) El cuerpo, normalmente, está entregado al mundo mismo, se disuelve y absorbe en el todo. La corporalidad misma se diluye en el ambiente y el movimiento intrínseco de las cosas. Cuando aparece la enfermedad, la familiaridad y comodidad que se sentían devienen en extrañeza, contrariedad y dolor.*  
(Estrada, 2012: 284).

El cuidado basado en la clasificación de las necesidades humanas: *biológicas, físicas, emocionales, sociales, culturales*, etc., vigente aún en nuestros días, está inscrito en la concepción de *cuerpo escindido* que, a diferencia del antiguo pensamiento griego y del moderno que conferían primacía al espíritu o al alma, prioriza al cuerpo físico (neutro, silenciado, fraccionado, observado, intervenido). De ahí que es imperativo que, como insiste Susana Toloza (2009), desde el paradigma holístico, se integren las diferentes polaridades de la existencia y, en la dinámica relacional, un yo y otro yo se comuniquen con y desde un cuerpo integrado y simbólico.

Es con la filosofía contemporánea que las reflexiones relativas a la unidad y globalidad del cuerpo se encuentran en el centro de las preocupaciones predominantes. La noción de “cuerpo propio” surge del pensamiento fenomenológico-existencial, que contribuye a la comprensión filosófica y antropológica del ser humano. Este concepto – “cuerpo propio” – , según José Alberto Mainetti (2010), aborda el problema metafísico del cuerpo y del alma que tradicionalmente ha

subvalorado y ocultado el fenómeno de la corporalidad, e introduce tres principios fundamentales: la superación de la idea sustancialista del cuerpo presente en el dualismo clásico y en el moderno; la constitución de la subjetividad derivada de la formación de la conciencia corporal humana; y la comprensión ontológica del ser a partir de la condición encarnada del *hombre*.

La comprensión de la corporalidad como “*vehículo de nuestro estar-en-el-mundo*” surge, según De Castro, García y Rodríguez (2006: 123), con los estudios del cuerpo a través de un enfoque fenomenológico-existencial; así, mientras desde una visión objetivo-anatomista y fisiológica se han explicado los procesos orgánicos (físicos, genéticos, químicos, mecánicos...) dejando ocultos o desatendidos los aspectos subjetivos concomitantes, la fenomenología ha recuperado la unidad de los procesos sensomotores y subjetivos, en cuanto el cuerpo (propio) es *sentido y entendido* como *vivencia* de la persona que es un *yo en acción*. Existencia y conciencia son inseparables del cuerpo, alguien se conoce a sí mismo a través de ellos y puede darse a conocer a otros. Los autores señalan que la perspectiva fenomenológico-existencial niega la fragmentación del cuerpo, rechaza la dicotomía mente/cuerpo, alma/materia, y concibe al ser humano en su totalidad, sin establecer diferencias entre *carne* y *espíritu*. El concepto de *dimensión corporal* o *cuerpo vivido* que ha sido ampliamente desarrollado por la escuela existencial francesa conduce a una reinterpretación y contextualización de que son parte las emociones, las intenciones y los actos.

En la visión fenomenológica-existencial, como afirman De Castro, García y Rodríguez (2006), el esquema corporal constituye la integración dinámica de todas sus partes expresada en proyectos motores dirigidos hacia el mundo a través de las relaciones con las cosas y los otros, por cuya vivencia se constituye en *cuerpo vivido*. El cuerpo en cuanto conciencia corporal se produce en el flujo de la vida, en medio de las relaciones interhumanas y de las cosas del mundo que nos hacen sentir y reaccionar de determinada manera. El cuerpo no está simplemente en el mundo (ser-en-el-mundo), está interactuando con el mundo a través de su corporalidad y está vivenciando tales relaciones. En este sentido, la organización de la vida personal se sustenta en esta dimensión vivencial del *cuerpo propio* que se despliega, entre otras modalidades, en las de *espacialidad*, *motricidad*, *sexualidad*, *expresividad*. (De Castro, García y Rodríguez, 2006: 132).

En el caso del paciente, sobre todo cuando su situación es la de estar hospitalizado, esta dimensión vivencial se altera, o se convierte en una situación experiencial nueva de otro tipo: el cuerpo habita en un

nuevo espacio, extraño, limitado, monótono, restringido por la normatividad impuesta y por la indisposición leve o grave de la misma enfermedad; el estar en ese espacio determina restricciones en la movilidad física en cuanto actuación del sistema nervioso central en la contracción muscular, se altera la voluntad, la capacidad de decisión, la socialización. Asimismo, la sexualidad se afecta, se reprime o se expresa de forma distinta por influencia del medio o por la dolencia presente. Se afecta la expresividad como manifestación viva de pensamientos, deseos y sentimientos; entonces el “lenguaje corporal”, aquel que no es verbal, es relevante en el cuidado y en la relación interpersonal: es imperativo “mirar” y “escuchar” lo que “dice” el cuerpo, en el sentido de percibir, reconocer, respetar, atender y entender su semiótica en doble dirección: como signos sociales incorporados y como signos de la dolencia corporal presente que afecta al sujeto globalmente.

### 3. 2. Cuidado y lenguaje del cuerpo

Un acercamiento al cuidado, a partir de los aportes fenomenológico-existenciales sobre el cuerpo, permite visualizar algunos elementos tradicionales que deberían dejarse atrás, y otros, esenciales, en función de una comprensión más humanista y holística del cuidado del cuerpo.

La interrelación con un cuerpo doliente, enfermo, discapacitado, envejecido o que “camina” en dirección a la muerte, no es la misma que se comparte con un cuerpo en estado de salud. Es necesario partir de la distinción del significado del “*cuerpo objetivo que tenemos*”, del “*cuerpo vivido que somos*”: el primero como “*depositario de los procesos fisiológicos de nuestras actividades*” y el segundo como “*la expresión y realización de proyectos y deseos. Ambos niveles están interrelacionados, de manera que el estado del primero repercute en el segundo y, a la inversa, un hecho sólo provoca consecuencias en el cuerpo objetivo en tanto afectan al cuerpo fenoménico.*” (López, 2010:90).

*El cuerpo cambia, sufre alteraciones, ve modificada su realidad física y, de manera indefectible, forma parte de un orden simbólico. No obstante, la historia se empeña en reducir el cuerpo a la naturaleza, se resiste a estudiar sus manifestaciones, reprime sus deseos, anula el placer, asimila sus comportamientos a la animalidad, considerándolos indignos de una cultura*

*occidental que se vanagloria de sus éxitos culturales, políticos, militares y económicos.* (Escudero, 2007: 142).

De acuerdo con Escudero, las críticas efectuadas desde mediados del siglo XIX contra el dualismo antropológico –que significó por siglos una radical diferencia entre materia y espíritu, cuerpo y alma–, y especialmente el desarrollo de la fenomenología en el siglo XX, promovieron el interés por el estudio del cuerpo desde diferentes perspectivas, en torno a su constitución, a los estados de ánimo, a la simpatía, a la percepción, al biopoder y al psicoanálisis. Escudero resalta dos ejes temáticos en relación con las reflexiones sobre el cuerpo: la dimensión corporal de la existencia humana y la dimensión histórico-social del cuerpo. En relación con la primera, el autor destaca los aportes de la fenomenología para explicar que no estamos simplemente en el mundo, estamos abiertos al mundo, somos presencia activa y, a partir del cuerpo, podemos establecer innumerables interacciones con los otros, tejer un sinnúmero de puentes intencionales, pues el papel del cuerpo como vector hace posible el paso de todos los procesos sociales, afectivos, emotivos, anímicos, reflexivos y axiológicos con el mundo de las cosas y las personas en la vida cotidiana, ya que el mundo fenomenológico es el lugar de intersección de las experiencias de mi “cuerpo propio” o “cuerpo encarnado” y las de los otros.

*Se trata, en definitiva, de tomar en consideración el ámbito de las relaciones prácticas que el individuo establece con el mundo, lo que, evidentemente, implica destacar sus habilidades corporales y su constitución afectiva.* (Escudero, 2007: 146).

En relación con la dimensión histórico-social, el autor destaca los aportes relacionados con la teoría del poder, las formas de sujeción y subjetivación, y los procesos de domesticación física y simbólica de las sociedades disciplinarias destinadas a normalizar las almas y adiestrar los cuerpos por medio de relaciones de poder que determinan anónima y eficazmente la vida de las personas.

Las dimensiones corporal e histórico social del cuerpo tienen un sentido profundo en la práctica del cuidado, desde los cuidadores y los necesitados de cuidado como seres abiertos al mundo, desde sus cuerpos encarnados que viven relaciones de poder-subalternidad, precisamente en aquellos lugares instituidos por las sociedades disciplinarias –las

instituciones médicas— donde se somete al cuerpo al orden de los hospitales y al discurso médico y se ejerce sobre él biocontrol y biopoder.

En efecto, se cuida el cuerpo, que es un *cuerpo unitario*, un *cuerpo vivido*, un cuerpo que es síntesis de tiempo y espacio, un cuerpo que tiene historia, un cuerpo individualizado, por consiguiente particular, único, diverso y diferente de otro. En este sentido, el cuidado no se realiza de una parte corporal, de un órgano, conjunto de órganos o sistemas constituyentes del cuerpo —según el concepto tradicional—, el cuidado es de un cuerpo integral e indivisible que tiene deseos y necesidades corporalmente vivenciados, que no pueden ser negados o reprimidos si no es produciendo violencia.

Por lo mismo, el cuidado es un acercamiento *a un yo y su mundo* desde *otro yo y su mundo*. Una aproximación a un ser humano en tanto *realidad significativa que otorga sentido*, que está *situado en el mundo* como su referente y desde donde se comporta, percibe y construye la subjetividad —en cuanto *conciencia corporeizada*—. (Fernández, 2010). Desde una tradición platónico-cartesiana y anatomo-fisiológica, reproducir a través del trabajo de cuidados la dualidad *cuerpo-alma* o la *suma de partes*, respectivamente, supone fraccionar la unidad de la corporalidad, dividir y desintegrar las acciones, intenciones y efectos del cuidado, distorsión a la que se llega con frecuencia en las instituciones sanitarias.

En consecuencia, es el *deber ser* del cuidado una relación interhumana y un acercamiento intersubjetivo mediados por la percepción, el comportamiento y el lenguaje, y guiados por la intención de la búsqueda del bienestar integral.

Por estar *situado en el mundo* el ser humano vive y actúa en él, percibe y se comporta, entra en relación con los otros y las cosas a través de la corporalidad. En esa acción en el mundo *con y por los otros* se configura la subjetividad, de modo que es parte del deber ser del cuidado la posibilidad de entrar en relación con la subjetividad de alguien, que significa tratar con el mundo (un mundo) hecho conciencia corporeizada en el sujeto, en cuyo seno pueden encontrarse el sentido de las cosas.

El cuidado, desde una comprensión fenomenológica-existencial del cuerpo, requiere una transformación conceptual radical que posibilite algunos desaprendizajes:

Dejar atrás la dualidad clásica y moderna cuerpo/alma (materia/espíritu) que fragmenta y clasifica la realidad existencial de los seres humanos, que escinde y jerarquiza arbitraria, innecesaria e inconvenientemente los deseos, las necesidades, los intereses, las

dolencias, las emociones y sentimientos de quienes esperan ser cuidados. Eso significa reconocer la integralidad del ser humano, percibir de modo diferente su realidad unitaria, buscar los significados de las vivencias del cuerpo, e interpretar en el proceso del cuidado su comportamiento. No es el lenguaje de los signos y los síntomas, de los diagnósticos, de los tratamientos y los pronósticos el único que significa a los sujetos en el contexto de la salud-enfermedad y del cuidado en el ámbito de las instituciones sanitarias, es el lenguaje del *cuerpo histórico* el que está en juego, el lenguaje de la existencia y la conciencia, aquel que no sólo comunica la localización y magnitud de la dolencia en el cuerpo físico, distinto al que emerge de las cuerdas vocales del mismo enfermo o de los profesionales de la salud, distinto al del aparataje mecánico y tecnológico de la medicina.

Puesto que el ser humano no es ni interior, ni exterior, sino parte del mundo del que no puede prescindir, y este parte del sujeto y reinterpretado por él, el *lenguaje del cuidado* debe encontrar en la corporalidad del enfermo los significados del mundo, los de la dolencia, los conceptos de la salud-enfermedad, las preguntas y respuestas acerca de su estado actual, las expectativas, acuerdos y compromisos frente a la recuperación y autocuidado. Quien cuida tiene ante sí un cuerpo que es existencia y conciencia, fuente de significaciones, un *yo en acción* que percibe y se comporta. Recuperar para el cuidado la percepción unitaria del *cuerpo vivido* y su posición en el mundo es un reto ineludible.

### **3. 3. El cuidado como encuentro con “el cuerpo ajeno”**

María Luisa Pfeiffer (1998: 25) afirma que “... *vivir corporalmente es lo que proporciona sentido de realidad, o lo que es lo mismo, una realidad con sentido.*” A través de ese vivir corporal damos sentido al mundo, al espacio y al tiempo en el encuentro con otros. La enfermedad marca nuestra conducta, anota la autora; el cuerpo puede pasar a lo largo de su existencia de “*sujeto de intención*” como cuerpo sano, a “*objeto de atención*” como cuerpo enfermo. (Pfeiffer, 1998: 27). La enfermedad transforma el punto de vista con el que el cuerpo habita el mundo, lo aleja de un mundo compartido con otros, se produce una alteración del esquema corporal, aparece en la conciencia la propia limitación del cuerpo. La enfermedad actúa sobre el cuerpo haciéndolo extraño a sí mismo, transforma al cuerpo “abierto al mundo” en cuerpo encerrado en sí mismo. “*La enfermedad entonces nos empuja a separarnos de nosotros mismos, a objetivar una parte de nosotros y considerarle el lastre de nuestra vida. Nuestro cuerpo se vuelve sobre sí mismo, pierde su relación... deja de ser nuestro y empieza a ser algo*

*ajeno.*” (Pfeiffer, 1998: 28). Esta posición parecería extrema y determinista al referirse la autora al impacto de la enfermedad sobre el cuerpo que necesita someterse a transplantes de órganos para seguir viviendo; es decir, a la introducción de un cuerpo extraño en otro cuerpo extraño. Empero, su interpretación podrá ampliarse a la situación que afrontan los seres humanos en el padecimiento de enfermedades graves, crónicas y de las llamadas “enfermedades catastróficas” que nos conducen a la muerte. En cualquier situación, la experiencia de la enfermedad es fundamentalmente particular y contextual, el cuerpo produce una escala infinita de respuestas derivadas precisamente de las formas propias de ser y estar en el mundo. De ahí que en algunas ocasiones el mismo cuerpo pone fin a la posibilidad de convertirse en objeto de manipulación o “ser para otro”, deja de aceptar la “medicalización” como solución del problema que le aqueja, deja de ser partícipe de la perspectiva científica de la medicina para volver a sentirse “ser para sí” aún si ese estado fuere perecedero o fugaz.

El cuidado de un cuerpo enfermo (paciente) por otro cuerpo (enfermera), los dos ajenos, extraños y desconocidos, reproduce en la actualidad algunas condiciones instituidas en los hospitales en tiempos pasados; en el paciente: el encierro, la angustia, el peso de la normativización, la clasificación y diferenciación de los cuerpos según “la enfermedad y sus metáforas” (Sontag, 2011). Convierten al cuerpo en extraño a sí mismo: el “examen”, la sujeción del cuerpo a la voluntad de otros, la diagnosis de lo normal o patológico como opuestos y no como estados del proceso de la vida en el tiempo y en el contexto, la estigmatización de la enfermedad, etc.

El cuidado del cuerpo desde la enfermería se produce en medio de la presión que impone la enfermedad para acortar los límites de la vida y a la vez la lucha del paciente por ampliarlos; se realiza también dentro de un proceso de extrañamiento del cuerpo doliente, de alteración de su imagen y de la misma identidad, por efecto de sentir la enfermedad y reducir finalmente el espacio corporal al órgano afectado. Las acciones del cuidado se dan, asimismo, en una situación de vulnerabilidad humana, de dependencia-independencia, en ocasiones, de intervención sin el conocimiento y aceptación por parte del paciente. El cuidado se produce también entre cuerpos desconocidos que deben llegar a compatibilizar y empatizar, en cuyo proceso la enfermera tiene un rol protagónico, no siempre tomado en cuenta.

El cuidado tiene una condición relacional que puede ser interpretada de diferentes maneras; con frecuencia se acepta el concepto de que el cuidado comporta una relación de dependencia/independencia, vale decir, de subordinación y recuperación de la autonomía, con



diversas gradaciones, en virtud de una menor o mayor necesidad del apoyo externo. En este sentido, el cuidado *somete* a una persona a la autoridad de otra, aunque esta informe, comunique, pregunte, busque el consentimiento, y persiga la realización de quien está en situación de dependencia. Entrar en una situación de dependencia por efecto de pérdida de la salud genera incertidumbre, temor, minusvalía, resistencia o negación de la realidad. En efecto, Tania Rodríguez (2001) afirma que la dependencia muestra la vulnerabilidad de la persona, sus límites y finitud, obliga a perder la “libertad”, a reconocerse necesitada, a aceptar una relación dispar con lo otro. Pero proporciona también la oportunidad para experimentar el juego de existir, la riqueza de la diversidad, la apertura a lo otro, el reconocimiento de que la dependencia no significa necesariamente dejar de ser, sino apertura al intercambio, a la percepción de lo vivo, y a la capacidad de dar y dejarse dar, sin anularse dando paso al poder, *reconociendo que se es en relación*.

Desde esta visión de intercambio y diálogo, el cuidado se produce entre cuerpos en acción, situados y vividos en el mundo. En el proceso del cuidado enfermera y paciente intercambian acciones y reacciones significativas, pues el cuidado interviene como mediador de relaciones entre dos mundos. Las mediaciones sintetizan y funden saberes, cogniciones, sensibilidad, afectividad, voluntad, decisiones..., con sentido siempre cambiante, dialéctico y contradictorio, ya que la vida, la salud-enfermedad y el proceso de cuidar no son ni simples, ni homogéneos, ni lineales.

Las acciones y reacciones de uno y otro cuerpo en el cuidado sintetizan experiencias vividas, percepciones y representaciones de la vida en general y de la salud-enfermedad en particular, construidas en el “estar en el mundo” tanto del paciente cuanto de la enfermera. En este sentido, los dos son cuerpos y mundos propios que hablan de sujetos únicos, diferentes y complejos. De ahí que el cuidado desde el “cuerpo vivido” de la enfermera supone acercamiento, conocimiento, entendimiento y acuerdo al entrar en interacción con *el otro*; en ese diálogo del cuidado se producen estados intersubjetivos compatibles con el respeto y la tolerancia, así como con el aprovechamiento selectivo de la experiencia histórica acumulada por los sujetos de cuanto pueda ser útil para hacer efectivas las mediaciones terapéuticas de la práctica del cuidado.

En el cuidado, el ser corporeizado de la enfermera está abierto al mundo; desde su corporeidad. La enfermera tiene ante sí la posibilidad de acercarse a la experiencia de la corporeidad del enfermo que, como señala María Lucrecia Rovaletti (1998), no es otra cosa que

compartir el *modo de habitar el mundo*. En ese mundo está el enfermo expresando el *estilo y sentido de su biografía*: en la postura, en los gestos, en la mirada, en las palabras, en las huellas dejadas por el tiempo y el espacio en sus manos y en cada una de sus estructuras, en su debilidad o fortaleza frente al dolor y la espera de alivio o curación... está un sujeto inseparable de su cuerpo y su mundo.

La enfermera tiene para el cuidado no una parte de un cuerpo enfermo sino un cuerpo total necesitado, un “yo” edificado en la relación con las cosas y con los “otros yo”, una subjetividad. Si el punto de partida para la relación del cuidado es la conciencia de un síntoma, un signo, un síndrome, un diagnóstico, es necesario advertir que “*El síntoma es toda una biografía concentrada*” –como destaca la misma autora–, pues un cuerpo que ha perdido algo en su dolencia, es un cuerpo que ha perdido una porción del mundo. (Rovaletti, 1998: 5).

De esta forma, el cuidado no se limita a la corporeidad del sujeto como cuerpo orgánico, trasciende a todo aquello que se constituye como “propio”, por eso es necesario ver más allá de la imagen que la luz proyecta en la superficie de la piel para reconocer lo oculto y percibir la profundidad. Detrás de ella, del vestido y los accesorios incorporados están los temores, las esperanzas, las certidumbres e incertidumbres que hay que encontrarlos en la voz y el discurso, en el movimiento, en el sudor, en el ritmo de la respiración, en la frecuencia cardíaca, en la presión arterial, en el dolor, en los absurdos, en los sueños y en todos los actos en los que se expresa la corporeidad. Descubrir el sentido de cada uno de ellos es parte del cuidado. Y este descubrimiento que es un proceso incluyente del “YO” y del “NOSOTROS” es posible solo a través del lenguaje, herramienta que permite *objetivar la subjetividad y hacer visible la conciencia*, así lo destacan T. Vázquez y A. Henao (2009). Por esto, al cuidar, teniendo al cuerpo como medio y fin del cuidado, son imprescindibles la *palabra activa*, la *palabra actuante*, la *palabra del diálogo*.

*... se trata pues de actualizar la palabra que va dirigida al otro y llenarla de sentido, pero además es imprescindible una simbólica prospectiva que permita que emerja la palabra generadora, esto es, la palabra de la pregunta donde cada respuesta siempre será provisional condición sine qua non para sostener un diálogo abierto con la vida y con los otros.* (Vásquez y Henao, 2010: 9).

El cuidado –desde un cuerpo a otro cuerpo– implica el reconocimiento, al menos, de tres capacidades: capacidad movilizadora, capacidad para protagonizar cambios y capacidad de asombro en el curso de los acontecimientos y de las relaciones. Ellas incluyen la producción de procesos significativos en la persona que cuida y en quien es cuidada, de manera que la disposición para el cuidado de una parte y la motivación en la recuperación de la otra permitan el encuentro continuo entre los *sentires* del cuerpo y las acciones de cuidado. Pero solo la presencia de la capacidad de asombro de uno y otro actores del cuidado, condición sentipensante e histórica de los sujetos, hace posible que los conflictos y contradicciones del proceso de salud/enfermedad desaten nuevos encuentros en el proceso del cuidado en cuanto diálogo. Entonces tiene sentido la corporalidad en el cuidado, que significa, por otro lado, liberarse de los dispositivos de poder que anulan la capacidad de acción en el caso del enfermo y de la enfermera en cuanto sujetos, pues *“Ser sujeto exige poner al descubierto las condiciones, los discursos, los emplazamientos, las posiciones que constriñen el pensamiento y limitan las acciones...”* (Vásquez y Henao, 2010: 11).

El cuerpo en estado de enfermedad, cuerpo objetivo-subjetivo, nos permite comprender que los síntomas tienen identidad, están encarnados, vividos y sentidos por el paciente, de la misma manera que se encarna la conciencia y se va configurando la identidad que, como expresa Ma. Carmen López (2004: 143) *“...no es una construcción puramente subjetiva sino social y cultural, pues lo que la determina se engarza con las contingencias que se van sedimentando y transformando.”*

El cuidado del cuerpo en la época actual se enfrenta a experiencias derivadas del paradigma cientificista cuantitativo que propugna el “saber” como el “saber hacer”. Un saber para *intervenir* en un espacio específico que ha de transformarse sin tomar en cuenta las relaciones con el todo; un saber especializado que se objetiva al *actuar* en una parte del cuerpo abstraída de su historia global.

*La captación matemática de las leyes del acontecer corporal se orienta a las relaciones causa-efecto, pero resulta insuficiente cuando vivimos y comprendemos el cuerpo como existencia. (...) El médico desconoce el cuerpo vivido del otro (...) su formación se desentiende del cuerpo vivido, porque la universalidad y la neutralidad científica lo exige, no sólo hacer abstracción de él sino también de las emociones,*

*afecciones, etc., que pueden interferir sus observaciones.* (López, 2004: 145-146).

Pero nos hemos referido al cuerpo y al cuerpo enfermo en general; los cuerpos específicos de las mujeres, de los ancianos, de aquellos con orientación sexual diferente, de los cuerpos con discapacidades, de los enfermos crónicos, de los “enfermos terminales”, etc., son sometidos con mayor facilidad a la medicalización, son convertidos fácilmente en objetos de observación, control, sujeción e intervención.<sup>26</sup>

Con la medicalización surge un sentimiento de expropiación del cuerpo propio. Ha cambiado en este tiempo el aparataje y la tecnología de la biomedicina que gobierna la intervención sobre los cuerpos. La pérdida de la capacidad de opinión y decisión del paciente es mayor si es grande la distancia entre el conocimiento y la técnica, la capacidad de pago, la clase social, la edad y otros atributos socioculturales que separan al paciente de la biomedicina. Hoy la *medicalización* se ha extendido a todos los órdenes de la vida. En la práctica del cuidado de la enfermera ha crecido y se ha especializado el sustento teórico de la técnica, pero el acercamiento humano y terapéutico, la empatía e integralidad del cuidado están debilitados. La prioridad es el acercamiento experto a la máquina, el lenguaje del cuidado es con el aparataje biotecnológico y su intromisión sobre los órganos y sistemas del cuerpo, aislados de la conciencia corporeizada del enfermo, distantes del lenguaje del cuerpo que no se percibe.

Este contexto no nos impide reafirmar que el cuidado a través del cuerpo, o desde el cuerpo hacia otro cuerpo, es el núcleo de la profesión de enfermería; cuerpo y cuidado son inseparables, lo mismo que cuidado y diálogo, cuya finalidad terapéutica es su cometido y razón de ser: utopía a la que deberá adscribirse la práctica de enfermería, horizonte o término temporal en el que figuran la salud, el bienestar o la vida. Al alejarse de ese deber ser, como es frecuente, la práctica del cuidado de enfermería adopta la identidad normativa y funcional de la entidad sanitaria, actúa entre los límites de la parcela asignada de biopoder y activa la maquinaria tecno-médica institucional. Entonces la

---

<sup>26</sup> En relación con la liberación del control que la medicina ejerce sobre el cuerpo de las mujeres, Inés Fernández enfatiza en la necesidad del conocimiento del cuerpo propio: “*Es el desconocimiento de nuestro cuerpo lo que nos hace depender de la magia y esoterismo médicos, un desconocimiento impuesto y tanto más paradójico cuanto que históricamente el saber médico nos perteneció a nosotras antes que a los varones.*” (Fernández, 2004: 197).

enfermera se convierte en "paciente" <sup>27</sup>y, a la vez, en reproductora de las estructuras de la dominación.

#### **4. LAS MUJERES COMO SANADORAS, CUIDADORAS, COMADRONAS, PARTERAS O MÉDICAS.**

Es innegable la presencia de las mujeres en el cuidado de la salud de los seres humanos a lo largo de los siglos. Como sanadoras y cuidadoras, las mujeres han sido objeto de reconocimiento diverso según las épocas y contextos sociales y culturales. De acuerdo con Pilar Iglesias (2004), la medicina y la salud en Occidente estuvieron ligadas en la antigüedad a la existencia de diosas, y su práctica estuvo en manos de mujeres solteras que participaban en actividades sagradas como sacerdotisas y sanadoras. En general, la medicina estuvo ligada al culto de las deidades femeninas y las mujeres la ejercieron como sacerdotisas o mediadoras entre las deidades, los médicos laicos, los escribas y los magos, además de desempeñarse como enseñantes de la medicina. En diferentes épocas, las mujeres libres o esclavas se encargaron del cuidado de los enfermos y de la preparación de medicinas, según se desprende de los registros y hallazgos en tumbas, capillas mortuorias, papiros, poemas, esculturas, vasos, frescos y pinturas de la antigüedad. María Clara Quintero (2001a) se refiere, por ejemplo, a los ritos y prácticas de sanación, a cánticos y hechizos, relatados en los poemas de Homero, para proteger la vida de los guerreros y atacar las enfermedades y el mal. La concepción de la salud/enfermedad y las prácticas de cuidado estuvieron sustentadas en una visión mágico-religiosa. Los procedimientos y ritos de purificación y limpieza, complementados con dietas y terapias del sueño, se llevaron a cabo en templos como centros de curación atendidos por sacerdotisas y asistentes para la sanación del cuerpo y del alma.

En general, los vestigios y testimonios sobre la medicina y la salud en diversos contextos en la antigüedad dan cuenta del conocimiento y la práctica de la medicina ligados frecuentemente a las mujeres como deidades, sanadoras, cuidadoras y ayudantes, expertas en diversos campos y especialidades, en el manejo de hierbas medicinales, en procedimientos quirúrgicos y preventivos. (Iglesias, 2004).

---

<sup>27</sup> "Paciente", en el sentido de esperar, padecer, sufrir, soportar, de perder las condiciones motoras, de intención, de gestión, de asombro frente al dolor y necesidad de vida de otros, que le impiden resignificar la práctica del cuidado.

La atención del embarazo y del parto estuvo en manos de las mujeres, de manera que la denominación *obstetrix* (obsto: recibir al niño en el parto de frente a quien da a luz) tiene su origen en la práctica de las mujeres como parteras, pero su ejercicio se extendió de la ginecología y la obstetricia a otras ramas, incluyendo la farmacología y la preparación y aplicación de tratados médicos escritos para la práctica y la enseñanza de la medicina, con influencia hasta el siglo XI. (Iglesias, 2004.)

#### **4.1. El cuidado y la caridad cristiana.**

Las referencias históricas relacionadas más específicamente con la enfermería en Occidente coinciden con el inicio del cristianismo. El cuidado y amor a los pobres y enfermos - sustentados en la caridad cristiana - constituyó la base de la enfermería de los primeros siglos del cristianismo, y fueron los diáconos y diaconisas quienes asumieron las acciones de sanación y cuidado del cuerpo y del espíritu. Los *servicios de caridad cristiana* no comprendían la atención de los enfermos solamente, incluían visitas a las prisiones, apoyo para liberar a los presos, hospedaje a viajeros y peregrinos, ayuda a las familias frente a la muerte y la persecución, participación en los bautizos, etc. (Quintero, 2001a).

La enfermería asume la caridad cristiana que se expresa en el amor y la humildad, condiciones que sustentan la práctica del cuidado a lo largo de los siglos junto a los atributos de abnegación y obediencia absoluta a otros (sacerdotes y médicos), simiente sobre la cual se asentó la enfermería como profesión siglos después.

Con la influencia del cristianismo, el cuidado de la salud adopta un sentido fuertemente caritativo y filantrópico con énfasis en la creación de hospitales orientados al cuidado y albergue para los pobres (Lamata, 1998). Las mujeres se preparan para la atención, especialmente relacionada con la higiene, la administración de fármacos y alimentos, las medidas de comodidad y descanso. La participación de las mujeres en el cuidado de la salud continúa en la Edad Media. Son ellas las responsables del bienestar y salud de la familia en el seno del hogar, en los conventos y en los hospitales. Sobresale el papel de las mujeres como sanadoras, pero también como organizadoras y responsables de la atención en las enfermerías de los conventos con sujeción a las normativas morales de la época (Quintero, 2001a). Según Labarge (2003), las mujeres participan en el arte de curar a través de los primeros auxilios, la curación de heridas, traumatismos, fracturas y dislocaciones, problemas frecuentes en los hombres que participaban en

las guerras, torneos y cacerías. El arte de curar era parte de la educación de una dama noble, experta en aplicar vendajes, ungüentos y limpieza de heridas. *“Las comadronas eran siempre mujeres y las pocas alusiones a médicos hombres en los nacimientos se limitaban a los partos de reinas o princesas... a los médicos varones les parecía que los partos y la ginecología rebajaban su dignidad y podían causar escándalo”*. (Labarge, 2003: 229).

Según Quintero (2001a), entre el siglo V y el siglo XV, el cuidado de los enfermos estuvo en manos de personas de la nobleza, cuyo trabajo fue identificado como “trabajo de Dios”; las prioridades fueron la oración, la penitencia, la purificación y el perdón. El hospital fue más institución eclesiástica que sanitaria, dedicada prioritariamente a aliviar el alma más que el cuerpo. En la alta Edad Media la mujer y la enfermera fueron sujetos de decadencia y subordinación. Con las Cruzadas (siglo XI) se fundaron las órdenes militares de enfermería, organizaciones dedicadas al cuidado de los enfermos y a la defensa de la fe cristiana. (Quintero, 2001a).

Si bien hay un gran impulso de las actividades de cuidado debido al desarrollo de la caballería, la creación de nuevas órdenes hospitalarias y militares, el funcionamiento de hospitales, etc., en el trabajo de cuidado la enfermería incorpora y reproduce componentes de obediencia, disciplina, rigidez, severidad y jerarquización de las relaciones, aspectos que han sido reproducidos hasta la actualidad.

Los hospitales que se construyeron en el siglo XII, inicialmente dedicados a los heridos de las Cruzadas y que luego albergaron a ancianos, huérfanos, pobres, peregrinos, etc., estuvieron atendidos por hombres, mujeres seglares y religiosas, encargados del bienestar físico y espiritual de los huéspedes. Pero fueron las mujeres religiosas, según destaca Iglesias (2004), quienes desempeñaron un papel fundamental en el cuidado de los enfermos en los conventos-hospitales fundados en Jerusalén y a lo largo de la ruta de las Cruzadas. Las monjas de los conventos de los siglos XII, XIII y XIV realizaron cuidados desde las enfermerías dedicadas a la atención de las religiosas internas y también a enfermos externos; practicaron sangrías con carácter curativo y preventivo, y atención a poblaciones cercanas a los conventos.

En la historia de las Cruzadas de la Edad Media es necesario ver no solo la historia de las enfermedades y las epidemias, del hacinamiento, la pobreza, el hambre y la muerte, sino también la historia de las cuidadoras y sus *votos de pobreza, castidad y obediencia*, paradigma que marcó la evolución de la enfermería en los siglos posteriores. Extendido hasta buena parte del siglo XX, resulta difícil

desaprenderlo a la hora de avanzar en una construcción más autónoma del conocimiento, formación y ejercicio de la enfermería.

En general, la práctica y la enseñanza de las artes curativas, la escritura de tratados sobre plantas medicinales, y la creación y dirección de varios hospitales estuvo en manos de sanadoras y cuidadoras. Las mujeres se ocuparon siempre de la atención del parto de otras mujeres, práctica llevada a cabo por las comadronas hasta el siglo XVII (en que se produce su desplazamiento por la medicina institucionalizada). Responsables de la salud de sus comunidades se hacían cargo también de la curación de diversas patologías. Sin embargo, su práctica experta como sanadoras y su fuerte influencia social fueron arrebatadas por un proceso ideológico-político de persecución y condena que duró varios siglos, y se reprodujo en América con la conquista (Quintero, 2001a).

## **4.2. Brujas, parteras y enfermeras: la deslegitimación del conocimiento**

*... el pensamiento libre ha sido perseguido, ignorado o descalificado, a lo largo de la historia, de manera paralela con las inequidades de género, cuando la mujer ha sido igualmente perseguida, ignorada o descalificada (Tréllez, 2004: 2).*

Con frecuencia los aportes intelectuales de las mujeres en la historia no han sido tomados en cuenta o no han sido del agrado de muchos sectores políticos ni de los grupos de poder y control del conocimiento, o apenas han sido recordados con alguna importancia colateral. Dentro de ese contexto puede entenderse el silencio de los aportes teórico-prácticos al cuidado de la salud por parte de las mujeres en la historia, lo mismo que de las enfermeras establecidas en hospitales y comunidades desde la antigüedad. Eloísa Tréllez (2004) destaca algunas menciones al respecto:

Se desconoce frecuentemente, por ejemplo, que el *baño maría*, el *axioma de maría*, y aparatos e instrumentos de valor excepcional en la Alquimia denominados *Kerotakis* y *Tribikos* fueron descubiertos e inventados por Maria Żydówka (María Prophetisa), una investigadora griega de la antigüedad.<sup>28</sup> Aspasia de Mileto (470-410 a. C.), catalogada

---

<sup>28</sup> Conocida también como María la Hebrea, al parecer, desarrolla su vida y su obra entre los siglos I y II d. C. Como alquimista sienta las bases para el desarrollo de la química moderna. Inventó complicados aparatos de laboratorio para la destilación y sublimación de materias químicas. Inventó el tribikos o alambique de tres brazos para la destilación; asimismo el kerotakis, complejo aparato para ablandar y colorear



como la mujer más importante de la Grecia Clásica, fue atacada y ridiculizada por sus opositores, debido a su inteligencia e ideas avanzadas; maestra de retórica, escribía los discursos de Pericles; fue una mujer con gran poder e influencia en la vida cultural y política de Atenas. Hipatia de Alejandría (370-415), matemática, astrónoma y filósofa, fue apedreada por una turba incitada por Cirilo de Alejandría (San Cirilo) por su liderazgo social y su negativa a convertirse al cristianismo. La declaración de bruja fue el mecanismo efectivo para lograr la quema de sus escritos y para anular su pensamiento y su fuerza.

La enfermería, como nueva profesión del cuidar, no pudo conservar o incorporar el valor y trascendencia social que tuvo en su origen con la presencia y desempeño de las sanadoras, a pesar de la convicción de la necesidad del cuidado en todos los tiempos para la conservación de la vida, la salud y el bienestar de la especie humana. Como señala María Clara Quintero (2001a:42) *“La historia de la enfermería es la historia de la humanidad. Las acciones de cuidado han estado presentes a lo largo de la historia y son inherentes a la vida”*. No obstante su valor y trascendencia, el trabajo de cuidados y quienes lo han asumido por siglos, han sido minimizados o desprestigiados; así lo describen Bárbara Ehrenreich y Deirdre English (2006) en su historia de las sanadoras *“Brujas, Parteras y Enfermeras”*:

*Las mujeres siempre han sido sanadoras (...) En tiempos pasados las mujeres fueron sanadoras autónomas y sus cuidados fueron muchas veces la única atención médica al alcance de los pobres y de las propias mujeres (...) El lugar que actualmente ocupamos en el mundo de la medicina no es <natural> (...) la opresión de las trabajadoras sanitarias y el predominio de los profesionales masculinos no son resultado de un proceso <natural>, directamente ligado a la evolución de la ciencia médica, ni mucho menos producto de una incapacidad de las mujeres para llevar a cabo el trabajo de sanadoras. Al contrario, es la expresión de una toma de poder activa por parte de los profesionales varones. Y los hombres no triunfaron gracias a la ciencia: las batallas decisivas se libraron mucho antes de*

---

metales. Descubrió también el “baño María”, usado hasta hoy para calentar lentamente sustancias y mantenerlas a una misma temperatura (Salmerón, 2007).

*desarrollarse la moderna tecnología científica (...)*  
Ehrenreich; English 2006: 4-5).

El proceso de deslegitimación, desvalorización y silenciamiento de la enfermería en el ámbito de los saberes y las ciencias, en la historia, y, por consiguiente, en la sociedad, ha logrado construir e institucionalizar imaginarios arbitrarios sobre los papeles y contribuciones realizados por quienes han ejercido esta profesión; en ello ha intervenido la ligazón del cuidado como objeto de estudio de la enfermería con las tareas ordinariamente realizadas en el espacio privado y doméstico por las mujeres. Se ha reproducido una y otra vez el criterio injustificado de que están biológica o naturalmente mejor dotadas que los varones para el cuidado. Instalado un imaginario social desvalorizado en torno a las *mujeres*, el *espacio privado* y el *cuidado*, todo intento de desprestigio, invisibilización o minimización desde el ejercicio del poder político ha tenido éxito.

Como afirma María Clara Quintero (2001b:42) “*La aparición y evolución de la práctica de enfermería está relacionada con la historia de las mujeres sanadoras, cuya función de cuidar ha sido desarrollada durante milenios*” En efecto, la curación de los enfermos, la atención de la salud de las mujeres y, en general, las prácticas de sanación, estuvieron a cargo de las mujeres (comadronas, curanderas, monjas..., identificadas en la historia como sanadoras) hasta la institucionalización de la medicina en el siglo XIII. Las prácticas de sanación realizadas por las mujeres, buscadas y acogidas por la comunidad, se transforman en la Edad Media en razones para la represión y la persecución, avaladas y dirigidas por la Iglesia durante cuatro siglos.

Bárbara Ehrenreich y Deirdre English, al referirse a la persecución de las brujas en la Europa medieval y el nacimiento de la profesión médica masculina, declaran que:

*La represión de las sanadoras bajo el avance de la medicina institucional fue una lucha política; y lo fue en primer lugar porque forma parte de la historia más amplia de la lucha de los sexos. En efecto, la posición social de las sanadoras ha sufrido los mismos altibajos que la posición social de las mujeres.* (Ehrenreich y English, 2006: 6)

De la misma manera, sobre el olvido de los saberes de las mujeres sanadoras, Assumpta Rigol Cuadra expresa que:

*La monopolización del mercado sanitario y su control por la medicina a través de la creación de instituciones con capacidad para legitimar los saberes y transmitirlos, ha permitido dejar fuera del conocimiento científico ciertas prácticas de curación, como las de las enfermeras y comadronas.*

*Se hace por tanto necesario reescribir la historia para recuperar del olvido a mujeres y profesiones que a pesar de haber hecho contribuciones destacables, no aparecen en la historia oficial y que han estado relegadas del conocimiento debido a intereses de poder y control. (Rigol, 2003: 21-22).*

Varias estrategias de deslegitimación y silenciamiento del conocimiento y acción de las mujeres han sido tradicionalmente aplicadas por el orden simbólico masculino, anota la autora, como la medicalización y patologización del cuerpo femenino, de los procesos del parto, de la menstruación, la menopausia, etc., a fin de justificar, desde la biología y la *ciencia objetiva*, la asignación de roles y tareas a través de las cuales se relacione a las mujeres con la naturaleza y se pueda ejercer el poder y el control sobre el cuerpo femenino. Existe aún hoy una concepción universal androcéntrica de las profesiones sanitarias que separa a la medicina del resto de actividades de atención y cuidado de la salud –de las que se ocupan especialmente las mujeres–, de manera que queden excluidas del conocimiento científico. Con la aparición e institucionalización de los hospitales y las escuelas de medicina se logra legitimar el discurso médico, acumular y reproducir el conocimiento y el orden social masculino, clasificar los títulos de las diferentes profesiones de la salud, y valorizar, jerarquizar y sancionar los roles de las mismas.

En esta dirección, Bárbara Ehrenreich y Deirdre English afirman que:

*Las mujeres vivieron y murieron en la hoguera mucho antes de que apareciera la moderna ciencia médica. La mayor parte de esas mujeres condenadas como brujas eran simplemente sanadoras no profesionales al servicio de la población campesina (...) La eliminación de las brujas como curanderas tuvo como contrapartida la creación de una nueva profesión*

*médica masculina, bajo la protección y patrocinio de las clases dominantes* (Ehrenreich y English, 2006: 7).

Del acopio del conocimiento y las prácticas de sanación procurados por la experiencia, la observación, y la transmisión generacional en el espacio doméstico e informal, se pasa a la adquisición del conocimiento formal a través de la institución médica; de la relación humana que surge de la convivencia y la práctica cultural habitual en la que prima la comunicación, la afectividad, el acuerdo y el respeto al otro, la diversidad, la solidaridad..., se pasa a la relación basada en la hegemonía, la imposición de una sola forma de conocimiento, la comunicación vertical y la decisión unilateral.

En este sentido, no solamente el género ha estado en el centro de la problemática de las sanadoras –por consiguiente de la de las enfermeras, respecto de la valoración de su rol como de “segundo orden”–, ha estado también la lucha de clases. Isabel Pérez Molina destaca que:

*Las brujas eran en muchos casos mujeres de extracción campesina y pobre (...). Las sanadoras de extracción pobre y campesina trabajaban para la comunidad, para las clases populares. En general eran las únicas que asistían a los pobres. (...). Muchas de las mujeres acusadas de brujería fueron comadronas. Esto se explica por el hecho que durante la Edad Media y Moderna, existía la idea generalizada de que el nacimiento tenía cualidades mágicas y que por esta causa, las comadronas, al conocer los misterios del nacimiento, tenían poderes especiales. La institucionalización de la medicina en las universidades supuso que la obstetricia constituyera la única área relacionada con la medicina y la salud que quedó reservada a las mujeres, hasta que les fue también arrebatada en el siglo XIX (Pérez M., s.f.p.: 2).*

En relación con sus poderes curativos, se trataba de mujeres sabias que habían acumulado y experimentado año tras año una gran cantidad de saberes relacionados con los fármacos provenientes de hierbas curativas descubiertos y preparados por ellas. Innumerables remedios usados por *las brujas* de la Edad Media forman parte de la farmacología moderna (Ehrenreich y English, 2006).

La caza de brujas, en opinión de las mismas autoras, tuvo tres acusaciones fundamentales (además de la subversión política, la herejía religiosa, la inmoralidad y la blasfemia): “*todos los crímenes sexuales concebibles en contra de los hombres*”; “*el estar organizadas*”; la posesión de “*poderes mágicos sobre la salud, que podían provocar el mal, pero también que tenían la capacidad de curar*” (Ehrenreich y English, 2006: 10-11).

Los discursos masculinos de la Iglesia y de los gobernantes se articularon para llevar a cabo la *cacería de brujas*, pues las sanadoras (o brujas) representaban una *amenaza política, religiosa y sexual* (diríase también una amenaza para el conocimiento y la práctica de la medicina formal, pues al discurso de la Iglesia Católica se articuló el discurso médico para construir un discurso misógino). Como destaca Assumpta Rigol:

*En la persecución de las brujas confluyen la misoginia, el antiempirismo y la xenofobia de la Iglesia (...) A finales del siglo XIV, la campaña de los médicos profesionales contra las sanadoras urbanas instruidas había conseguido su propósito en Europa: los médicos varones habían conquistado un absoluto monopolio sobre la práctica de la medicina entre las clases altas, a excepción de la obstetricia, que seguía siendo labor de las comadronas. Así fue como se creó una alianza entre la Iglesia, el Estado y los médicos en contra de ‘las brujas’, es decir, las sanadoras (Rigol, 2003: 24).*

La formación de la medicina en las universidades europeas, basada en el pensamiento escolástico de la época, determinó la exclusión legal de las mujeres en la práctica de la sanación y su acceso a las universidades. Se legitima, entonces, un discurso médico que integra en la definición de la naturaleza femenina los supuestos atributos biológicos de pasividad sexual, dependencia, necesidad de protección, fragilidad, emotividad, y la prioridad reproductiva como rol fundamental de la mujer en el mundo, atributos todos ellos de condición inferior a los del varón. Excluidas del espacio público, sin capacidad jurídica ni identidad profesional, las comadronas, sanadoras, médicas, barberas, etc., no dejan una completa documentación de sus aportes en la construcción del conocimiento sanitario, y la historia se encarga de silenciar su pensamiento, experiencia y presencia social.

Sin embargo, el proceso de expropiación de los conocimientos y técnicas de las comadronas como parteras, sanadoras y, en general, cuidadoras, no pudo ser ni homogéneo ni inmediato. Su presencia activa

se mantuvo en muchos países hasta después de los años cincuenta del siglo XX, y hasta la actualidad en las zonas rurales de algunos países de América Latina. El acceso de las mujeres al hospital para la atención institucionalizada y profesional del parto, especialmente de las procedentes del campo, ha sido progresiva pero lenta, pues ha debido dejar atrás fuertes condicionamientos culturales, geográficos, educacionales, económicos y familiares, cuyo peso e influencia han sido mayores que los sustentados por el conocimiento científico y la normatividad oficial. El reclutamiento de comadronas, denominadas en algunos países de América Latina *comadronas voluntarias rurales* (CVR), para su formación en *parto limpio y seguro*, constituyó una estrategia para procurar una mejor atención a las mujeres campesinas y contribuir a mermar las altas tasas de morbi-mortalidad materno-infantil. En este proceso participó la OPS/OMS con varios estados de la Región, con la actuación de médicos y enfermeras de las universidades. De hecho, los profesionales de la salud no llegaron a la población rural sino a comienzos de la década de los años setenta del siglo XX, a partir del programa de Salud Rural, como en Ecuador, que no la logrado adecuarse suficientemente a la situación cultural y social de la población del campo. Entonces, si bien la persecución y control de las comadronas surge de un proceso de regulación desde la esfera pública de lo que perteneció a la esfera privada, y de apropiación de una parcela de poder de las mujeres por la profesión médica, esencialmente masculina hasta hace poco, es igualmente cierto que su práctica cuestionada o negada fue aceptada y hasta requerida en momentos en que la cobertura profesional fue insuficiente y en muchos casos inadecuada, en medio de una resistente problemática materno-infantil, incompatible con el avance de la ciencia y la técnica, el desarrollo de las universidades y de la medicina. Las comadronas y cuidadoras han sido un referente histórico aún hoy, aunque sin la fuerza social y política de otros tiempos.

El proceso de profesionalización de las enfermeras no ha logrado hasta hoy romper las arbitrariedades del discurso médico relativas a su formación y ejercicio. La preparación formal tanto de enfermeras cuanto de matronas u obstetrices constituyó un apéndice de la formación de los médicos, con el objetivo de contar con *personal de apoyo*, que asumiera aquellas actividades que les eran indispensables para que su función de curadores pueda cumplirse con facilidad y éxito. (Rigol, 2003: 25). Los programas de formación, horarios, rutinas y normativas para el ejercicio profesional estuvieron siempre bajo su arbitrio. Si bien la creación de las escuelas de enfermería permite el desarrollo de cierta autonomía en los procesos de formación académica y gremial, no se modifican los esquemas y mecanismos de

supervivencia del sistema médico consistente en una estructura de cuidados legitimador de la acción y poder médicos; al jerarquizar el conocimiento, los roles, las relaciones, la comunicación... desde quienes tienen la libertad de decidir por otros, la aceptación de los subyugados solo permite la consolidación de ese poder.

En esa dirección, al referirse a la enfermería moderna, Ehrenreich e English –desde una posición crítica que remueve la plataforma de prestigio del modelo paradigmático de la enfermería de los siglos XIX y XX, creado por Florence Nightingale y sus seguidoras–, articulan en su análisis la condición doméstico-maternalista del cuidado y la posición de subordinación marcada por la vocación cristiana. Ese imaginario histórico en marcha se advierte en la siguiente declaración respecto de la influencia de la enfermería nightingaleana:

*Florence Nightingale y sus discípulas directas marcaron la nueva profesión con los prejuicios de su propia clase. La enseñanza insistía más en el carácter que en la habilidad profesional. El producto acabado, la <enfermera Nightingale>, era simplemente la Mujer Ideal transplantada del hogar al hospital y libre de obligaciones reproductoras. Esta mujer ofrecía al médico la obediencia absoluta, virtud de una buena esposa, y al paciente la altruista devoción de una madre, mientras ejercía sobre el personal subalterno del hospital la gentil pero firme disciplina de una ama de casa acostumbrada a dirigir la servidumbre (Ehrenreich y English, 2006: 34).*

El modelo Nightingale fue introducido en América Latina en las primeras décadas del siglo XX, el mismo con el que las universidades del Ecuador inauguran las primeras escuelas universitarias para la formación de las profesionales enfermeras.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> La Universidad Central del Ecuador fundó la primera escuela de enfermeras a inicios de los años cuarenta del siglo XX, con régimen de internado y selección de aspirantes de acuerdo con parámetros sociales y morales considerados idóneos para la especialidad.

### 4.3. La jerarquización de los conocimientos: “profesiones y semiprofesiones”

Hay un amplio debate respecto de la definición de profesión en el que están presentes componentes controvertidos de orden gnoseológico, ideológico, político, histórico, cultural, etc. Desde una posición de la sociología de las profesiones, según María Helena Machado, (1991) una profesión está sustentada por un cuerpo específico de conocimientos para actuar en el seno de las sociedades organizadas; se mencionan los ejemplos de la medicina y la abogacía, entre otras ramas. De acuerdo con esta concepción, según la autora, la enfermería sería definida como una *semiprofesión*, debido a la supuesta ausencia de un cuerpo propio de conocimientos que la identifiquen y de un mercado de trabajo inviolable.

Es evidente que en esta delimitación del significado de profesión se prescinde de la historia del conocimiento de las profesiones, de los contextos de producción del saber específico, de las necesidades sociales que las sustentan, de la visión ideológica de la ciencia, incluidos en ella los obstáculos enfrentados en su producción por las profesiones feminizadas como el caso de la enfermería y otras.

En este sentido, Belén Lorente sostiene que, a causa de la división de los conocimientos por género, se encuentra vigente la oposición de “*los saberes considerados valiosos, abstractos, analíticos, trascendentes, productivos y transformadores frente a los que se consideran cotidianos, repetitivos, complementarios o asistemáticos...*” (Lorente, 2004:40).

En efecto, esta división ideológica clasifica a los conocimientos, los jerarquiza, y prioriza. De ello se deriva también la clasificación y jerarquización de las profesiones y de quienes las desempeñan. Unas profesiones aparecen como principales e importantes y otras como complementarias y secundarias; lo mismo que los profesionales, unos son de primer orden y otros de segundo. De esta manera, las profesiones feminizadas están en desventaja en relación con otras.

Las reflexiones epistemológicas con visión de género han criticado diversos aspectos de la racionalidad científica hegemónica: la neutralidad y objetividad como paradigmas de “el método científico”; la superioridad de lo cuantitativo sobre lo cualitativo; el valor de la generalización y la predicción frente a la desvalorización del conocimiento particular y local; la falta de apertura para entender, interpretar y aceptar lo distinto, entre otros elementos. En suma, ha criticado el papel de la ciencia en tanto clasifica, selecciona, jerarquiza y



normaliza el conocimiento, proceso que Foucault denomina *disciplinamiento de los saberes*.

En efecto, *“La cualidad profundamente etnocéntrica de su mirada niega necesariamente otros sistemas de conocimiento, sólo los jerarquiza, les atribuye grados de validez, los menosprecia o simplemente los excluye.”*(Lorente, 2004: 42).

Así, las profesiones llamadas “femeninas”, clasificadas desde la visión androcéntrica como “semi-profesiones”, resultan ser profesiones incompletas, cualitativamente distantes de otras. No cabe duda, además, que existe una relación entre la condición de pseudo-profesiones y la de estar desempeñadas mayoritariamente por mujeres. Hay un sesgo androcéntrico que obstaculiza la comprensión del proceso de construcción del conocimiento, origen y consolidación de estas profesiones, y promueve, según declara Lorente, la asistencia de esas profesiones a un superior jerárquico y la supervisión de las profesiones de status superior a aquellas. Observa que hay que tomar en cuenta que:

*... el conocimiento científico en primer lugar, no se produce en forma disociada de los sujetos que lo producen y, en segundo, se gesta en el seno de condiciones sociales, culturales y económicas que lo determinan históricamente.* (Lorente, 2004:44).

En efecto, en el marco del Estado *las profesiones feminizadas* son lábiles a ubicaciones y reubicaciones derivadas de tres elementos fundamentales enunciados por Lorente, en cuya estructura se puede advertir un sesgo de género que coloca en clara desventaja a la presencia y actuación de estas profesiones y a las mujeres ligadas a ellas:

*...una valoración simbólica, política y social diferencial que se asigna a las actividades de las funciones de cuidado; las modalidades de la gestión política y económica de los asuntos sociales; y como las acciones de cuidado están ligadas históricamente a los conceptos de gratuidad, solidaridad, filantropía, caridad y servicio voluntario.* (Lorente, 2004:48).

A pesar de ser profesiones reguladas, organizadas e institucionalizadas, las llamadas *semi-profesiones* no han logrado integrar en el discurso androcéntrico el derecho a una presencia y similar cuota de poder social que caracterizan a las otras profesiones. No serán profesiones reconocidas socialmente por el número de sus integrantes, señala Lorente, sino por la demostración de la existencia de

una disciplina propia y conocimiento abstracto en el campo específico de su interés.

Si las *semi-profesiones* tuvieran que adoptar los requisitos impuestos por el discurso de las ciencias positivas para entrar en el terreno de la competitividad y la producción de conocimiento abstracto según el condicionamiento científico clásico, a fin de ganar en utilidad y legitimidad, necesitarían liberarse de una serie de trabas históricas: el control institucional, las relaciones de poder/subalternidad que envuelven su ejercicio, el esfuerzo por defender y controlar su campo de saber y práctica social propios, en suma, liberarse del ejercicio múltiple del poder. No olvidemos que las llamadas pseudo-profesiones tributan para el prestigio, poder social y económico de otras a través de su práctica y conocimiento profesional; renunciar a ello sería un proceder ilógico desde una posición utilitaria de las profesiones de status superior.

Aceptar la validez exclusiva del cientificismo significaría además renunciar a la necesidad y trascendencia de producción de conocimientos locales y particulares; desconocer la riqueza del mundo subjetivo de la vida, la posibilidad transformativa de los saberes en torno a la realidad humana que se gesta y construye en la cotidianidad, y en medio de interrelaciones sociales, culturales y políticas de los sujetos históricos.

Sin embargo, sabemos que los obstáculos impuestos por el cientificismo pueden convertirse inversamente en motivaciones permanentes para avanzar no solo en el proceso de construcción de otro conocimiento sino en el de autonomía, aunque los espacios y tiempos estén cruzados por impedimentos ideológico-políticos, como insiste Lorente:

*La subalternización produce una especie de producción teórica autónoma, silenciada, no neutralizada, por lo tanto abierta, tales condiciones hacen que su propia validez se sitúe en su función práctica, sin el beneplácito, pero con anuencia, del sistema de normas fundadas en la producción abstracta dominante. Tal conocimiento, se asimila a los 'saberes sometidos' en términos de Foucault... (Lorente, 2004:45).*

En efecto, saberes sometidos para Foucault son

*"... una serie de saberes que estaban descalificados como saberes no conceptuales, como saberes insuficientemente elaborados: saberes ingenuos, saberes jerárquicamente inferiores, saberes por debajo del nivel del conocimiento o de la cientificidad exigidos. (...) saberes no calificados y hasta descalificados: el del psiquiatrizado, el del enfermo, el del enfermero, el del médico —pero paralelo y marginal con respecto al saber médico—, el saber del delincuente, etcétera... un saber particular, un saber local, regional, un saber diferencial ... (Foucault, 2000: 21).*

En este marco, a lo largo de su proceso de profesionalización en alrededor de un siglo, la enfermería ha producido esos *saberes sometidos*: saberes inacabados, saberes prácticos..., y también conceptuales, con diferentes grados de abstracción, rigurosos, unos de carácter general y muchos, desde una posición alternativa frente a la visión cientificista: *locales, particulares, diferenciales, sin unanimidad, silenciados, enterrados, e insurrectos*, como insiste Foucault, *"... descalificados por la jerarquía de los conocimientos y las ciencias..."* (Foucault, 2000: 22).

En las últimas décadas se ha producido un importante impulso de nuevos y variados estudios que permiten hablar de un cuerpo conceptual propio de enfermería. La formulación de teorías y modelos de enfermería tuvo gran impulso a partir de la década de los años sesenta del siglo pasado especialmente en Norteamérica. En los últimos años se ha difundido una importante producción teórica de enfermeras españolas, brasileñas, colombianas y chilenas, entre otros ejemplos. Con la finalidad de ilustrar la producción de modelos y teorías de enfermería hasta 1986, presentamos al término de este capítulo un cuadro con el año de publicación, la autoría y el título de la teoría o modelo trabajado. La producción de enfermería correspondiente a las tres últimas décadas requiere un trabajo delicado de identificación, clasificación y sistematización de la producción existente en el área del conocimiento de enfermería.

En todo caso, desde una posición de subalternidad de los conocimientos, emergen actitudes de resistencia o insubordinación de los profesionales que los sustentan, expresadas en el compromiso permanente de entregarse al estudio socio-histórico de la profesión, de sus saberes y prácticas en su origen y desarrollo, incluyendo sus luchas y empoderamientos. Esa estrategia, que es de sobrevivencia y

resistencia es, fundamentalmente, de contribución al desarrollo teórico de enfermería, al tiempo de *aparecer* en un escenario en el cual solo protagonizaba el discurso hegemónico de otras ciencias y profesiones. Se trata de una posibilidad de *resistencia* entendida como las acciones intelectuales, prácticas y metodológicas dirigidas a contrastar el carácter hegemónico de la racionalidad científica positiva a través de la construcción y empoderamiento de otro discurso. El reto es (en sentido feminista) salir del silencio y la invisibilización, *tomar la palabra*, mostrarse en el escenario del conocimiento, disminuir la condición dominadora de la tradición.

Entonces, desde una óptica más amplia e integral, en el debate general sobre las profesiones han de figurar otros componentes, por ejemplo: el grado de desarrollo y profundidad de la teoría y la técnica en función de las necesidades y expectativas transformativas de la sociedad; la necesidad y utilidad de saberes locales y parciales en el mismo plano que los globales o universales; el control sobre la producción teórico-técnica; la utilidad y reconocimiento social de la organización de los saberes y las profesiones.

Otros elementos colocados en el debate de las profesiones (aparte de la producción del conocimiento) se relacionan con la formación sistematizada y oficial por parte de las universidades en las sociedades modernas; con la existencia de una práctica social específica a través de la cual se cumplan objetivos referidos a las necesidades y problemas de la población; la dedicación a tiempo integral; la identificación con los colegas y aceptación de normas específicas que parten de los intereses organizacionales para el control del ingreso y ejercicio de los profesionales; y con la constitución de la agremiación o asociación profesional desde donde se diseñan los perfiles profesionales en coordinación con las escuelas universitarias especializadas, entre otros factores.

Puesto que las profesiones son diversas, de acuerdo con las necesidades sociales y las de ellas mismas, para unas será fundamental un mayor requerimiento teórico y para otras mayor pericia, destreza manual y habilidad mental, según el objeto de conocimiento de la especialidad y la diversificación de las demandas sociales. M. H. Machado sostiene que el proceso de profesionalización implica “... *antes que nada, un proceso dinámico histórico, donde los profesionales luchan por la conquista y garantía de privilegios para su profesión.*” (Machado, 1991: 83). Este aspecto y otros como los organizativos, los ético-legales, la posibilidad de otras formas de conocer, el salario..., al parecer, no han sido tomados en cuenta por el paradigma tradicional de la sociología de las profesiones.

Es indudable que los cambios histórico-sociales inciden directamente en la definición y quehacer de cada profesión; así ha sucedido con las profesiones de la salud. La medicina y la enfermería han ido delimitando sus objetos y campos de acción a lo largo de los siglos, aunque aún existan problemas específicos en el caso de la segunda que se esfuerza por construir (o reasumir) su objeto particular relacionado con el *cuidado directo* y sus componentes administrativos coadyuvantes: la planificación, organización, gestión y supervisión. En ese proceso de cambios histórico- sociales la problemática de la medicina y de la misma enfermería se encuentra en el escenario del mercado laboral con “...*pérdida gradual e irreversible de la autonomía profesional, deterioro de las condiciones de trabajo...*”, (Machado, 1991: 183), desniveles e inequidades en el salario, variación del concepto de poder y autoridad del saber asumido por estas profesiones, pues asistimos a una nueva división del proceso de trabajo, creación de otras carreras, especialidades conexas y otros profesionales que se incorporan al llamado equipo de la salud, formas nuevas de acceso, socialización y apropiación de los saberes en salud, asunción cada vez más consciente de los derechos de los enfermos y capacidad para optar y decidir sobre su atención y tratamiento.

Hoy, especialmente el poder y el saber médico son cuestionados y el rol directivo en las instituciones sanitarias, que en décadas pasadas era asumido exclusivamente por los médicos, pasó a ser compartido por otros profesionales.<sup>30</sup>

*No obstante, cuestionado o no, el médico tiene aún un alto grado de control sobre el proceso de trabajo en salud (abarcando otras categorías profesionales), tanto al nivel de definición de políticas de salud como de su implementación.* (Machado, 1991: 84).

La enfermería, como profesión feminizada, clasificada en el ámbito subalterno junto a otras profesiones, se resiste a la función de asistir a otras, particularmente a la médica. Envuelta en un conflicto cultural de género lucha permanentemente por posicionarse socialmente, “*consolidar sus conocimientos, procurar reconocimiento laboral,*

---

<sup>30</sup> Un decreto ministerial ecuatoriano, de febrero del año 2011, integra a otros profesionales como ingenieros comerciales, administradores de empresas, economistas y otros de profesiones afines, a funciones de dirección administrativa en instituciones sanitarias, que siempre fueron de exclusiva hegemonía médica. Este hecho está colocando actualmente al médico en una situación de defender su campo y práctica profesional, intocados otrora.

*institucional, científico y académico”* (Lorente, 2004: 50). En el ámbito del conocimiento pugna por despejar inquietudes acerca del status epistemológico.

*“No obstante, aun existiendo producción bibliográfica y de investigación con calidad e impacto, continuamos encontrando una enorme dificultad para que sean referentes en otros ámbitos disciplinares e, incluso, sean citas bibliográficas no ya de otras disciplinas sino en el marco de su propio espacio profesional y disciplinar.”* (Lorente, 2004: 51).

También se ha definido a la enfermería como *mitad arte, mitad ciencia*; sin embargo, prima la representación de una profesión estigmatizada por diferentes influencias ideológicas: el crecimiento al lado o junto a una de las profesiones de más poder e importancia en la escala social, la medicina; es decir, a la sombra o bajo las oportunidades y decisiones concedidas por ella; asimismo, por el peso de la discriminación de las mujeres en la historia.

*"El cuestionamiento del poder médico implica en ocasiones conflictos interprofesiones, por ejemplo cuando surge como argumento en las luchas por espacios de poder corporativo ignorando conceptos básicos del proceso de trabajo en salud cuya direccionalidad, para el caso, es determinada en gran parte por el saber y la práctica de la profesión médica. A menudo, estos conflictos están ya presentes desde el inicio de los estudios en el ciclo básico. Al graduarse, los jóvenes profesionales se dirigen al mercado de trabajo no solo sin la preparación requerida para ejercer sus habilidades, sino además enfrentados al reto desconocido de actuar "en equipo", compartiendo saber y práctica, cuando en realidad, a lo largo de su formación, han sido entrenados para actuar por sí mismos, como miembros de una corporación cerrada.* (Pieratoni y Machado, 1994: 209).

Identificado el cuidado como fundamento de las necesidades humanas, de la salud y vida de la población, así como núcleo de la Enfermería, esta se ha vinculado a lo largo de la historia en la lucha por su defensa como disciplina y profesión. Su invisibilidad parte sobre todo

de su inserción en el modelo biomédico para el cumplimiento de actividades burocráticas y rutinarias, en cuyo centro están las prescripciones médicas. Su imagen social y su autoimagen se formaron a partir de las representaciones de subordinación, obediencia, renuncia al derecho a decir, opinar, optar y decidir en las que han incidido los conceptos de mujer, su ubicación social y roles adjudicados, las relaciones sociales de clase, el carácter técnico y manual atribuido a su quehacer..., además de ciertas condiciones laborales caracterizadas por sobrecarga, estrés, falta de reconocimiento y estímulos, bajos salarios, entre otras referencias. La distancia entre las expectativas personales y de grupo respecto de la enfermería y el desenvolvimiento de la práctica profesional como realidad que se vive son causas frecuentes del desencanto y desmotivación que afrontan muchas enfermeras. Las profesiones “heterónomas” o subordinadas, debido a la falta de autonomía, han sido vistas como compatibles con el rol de madre y esposa.

**CUADRO 1:**  
**ALGUNAS TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA**  
**PRODUCIDOS DE 1860 A 1986**

<b>Año publicación</b>	<b>Autoras</b>	<b>Campos</b>
<b>De 1860 a 1959</b>	<b>Nightingale, Peplau, Henderson</b>	
1860	Florence Nightingale	“Teoría del Entorno”
1952	Hildegard Peplau	“Modelo de Relaciones Interpersonales”
1955	Virginia Henderson	“Definition of Nursing”
<b>De 1960 a 1969</b>	<b>Abdellah, Orlando, Hall Wiedenbach, Levine, Johnson</b>	
1960	Faye Abdellah	“Teoría de Tipología de los problemas de Enfermería”
1961	Ida Orlando	“Teoría del proceso Deliberativo”
1962	Lydia Hall	“Modelo del Núcleo, el Cuidado y la Curación”
1964	Ernestine Wiedenbach	“Teoría del Arte de Cuidar de la Enfermería Clínica”
1966	Myra Levine	“Modelo de la Conservación”
1969	Doroty Johnson	“Modelo de Sistemas Conductuales”



<b>De 1970 a 1979.</b>	<b>Rogers, Orem, King, Neuman, Roy, Leininger, Watson</b>	
1970	Martha Rogers	“Modelo de los Seres Humanos Unitarios
1971	Dorothea Orem	“Teoría General de la Enfermería”
1971	Imogene King	“Teoría del Logro de Metas”
1972	Betty Neuman	“Modelo de Sistemas”
1976	Callista Roy	“Modelo de Adaptación”
1978	Madeleine Leininger	“Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales”.
1979	Jean Watson	“Teoría del cuidado Humano”
<b>De 1980 a 1989</b>	<b>Adam, Riel-Sisca, Rizzo, Fitzpatrick, Barnard</b>	
1980	Evelyn Adam	“Modelo Conceptual de Enfermería”
1980	Joan Riel-Sisca	“Modelo de Interaccionismo Simbólico”
1981	Rosemary Rizzo Parse	“Teoría del Desarrollo Humano”
1982	Joyce Fitzpatrick	“Modelo de la Perspectiva de Vida”
1983	Kathryn Barnard	“Modelo de Interacción Padre-Hijo”
	Helen Erickson,	

1983	Evelyn Tomlin y Mary Ann Swain	“Teoría Modelación del Rol”.
1984	Patricia Benner	“Modelo del Aprendiz al Experto”
1985	Ramona Mercer	“Teoría del Talento para el Papel Materno”.
1986	Margaret Newman	“Teoría de la Salud”

Fuente: CISNEROS, 2002: 4-5.  
Elaboración propia



***La influencia de la escuela inglesa de Florence Nightingale del siglo XIX ha prevalecido hasta la actualidad como modelo dominante de formación***

Imagen 2. Estudiante de tercer año de enfermería portando la lámpara de Nightingale, símbolo de la enfermería moderna. Quito, 1962.

Fuente: Rincón Histórico Iralda Benítez de Núñez. Escuela Nacional de Enfermería. Quito-Ecuador

## **CAPÍTULO II**

# **CONTEXTO DEL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA DE AMÉRICA LATINA Y ECUADOR**

### **1. AVANCES Y RETOS DE LA ENFERMERÍA LATINOAMERICANA**

Se afirma que el cuidado de la vida, la salud y el bienestar de las personas aparece con la especie humana y adopta características específicas según los lugares, los tiempos y las culturas. La enfermería, lo mismo que otras disciplinas que cuentan con una estructura conceptual de origen práctico, acumula a lo largo del tiempo un conjunto de conocimientos organizados y sistematizados que configuran su identidad. El proceso de profesionalización alcanzado, con ritmos y logros diversos en América Latina, ha dado como resultado diferentes perfiles reconocidos socialmente, un posicionamiento y estatus profesional. Ese proceso de profesionalización tiene retos pasados no cumplidos y cambios que efectuar en el siglo XXI: en la educación de enfermería, en la práctica profesional, en la producción de conocimiento y en el compromiso con la consecución de los derechos ciudadanos del grupo profesional y de la sociedad, en el contexto de las inequidades de todo tipo en el que la enfermería está inmersa.

El análisis del desarrollo de la enfermería latinoamericana puede efectuarse a partir de algunas propuestas de periodización de su devenir.<sup>31</sup>

Para describir la evolución de la enfermería en la región nos parece apropiada la periodización sustentada en los factores sociales e históricos que inciden en las transformaciones de la profesión, señalada por Velandia (2008), que desarrolla con anterioridad Olga Verderese

---

<sup>31</sup> Ana Luisa Velandia (2008) propone las siguientes propuestas: a) referida a diversas articulaciones humanas y sociales de los cortes del tiempo (períodos cortos, de mediana duración, o de larga reconstitución de la historia); b) determinada por la selección de ciertos acontecimientos o preferencias sustanciales que permiten el análisis y seccionamiento del pasado; c) relacionada con los cambios cualitativos trascendentales o rupturas, desde donde se efectúan los cortes del tiempo histórico; d) dependiente de los factores sociales e históricos que enmarcan los desarrollos de las profesiones, especialmente de aquellas con origen práctico o asistemático, en contraste con las que parten de la existencia de un núcleo conceptual desde donde se impone la organización y lógica de sus conocimientos.

(1979), con relación a la práctica de la enfermería en América Latina, ligada a la práctica de la salud, a la estructura económica y al modo dominante de producción. Esta autora toma en cuenta, asimismo, el ejercicio profesional y la educación de enfermería. Los procesos desarrollados en las diferentes etapas ofrecen variaciones entre los países de la Región. Asimismo, consideramos los planteamientos de Alina Souza (2003), quien selecciona ciertos acontecimientos especiales que permiten el análisis y seccionamiento del pasado, según ciertas condiciones de los países de América Latina desde fines del siglo XIX y del XX.

En forma previa a la referencia de los cortes de 30 años que propone Verderese (1979), de 1900 a 1930, de 1930 a 1960 y de 1960 en adelante<sup>32</sup>, y a la influencia en enfermería de la secularización del cuidado de la salud, la modernización de la atención médica, la salud pública y su inserción en los programas de educación superior, abordados por Souza (2003), nos parece apropiado presentar breves nociones relacionadas con el cuidado de la salud en la América de los periodos precolonial, colonial y postcolonial, como antecedentes de la enfermería de finales de los siglos XIX y XX y del estado de la enfermería en el XXI.

### **1.1. Algunas nociones de la enfermería en el contexto de la América prehispánica, colonial y postcolonial.**

En forma breve y refiriéndonos al pensamiento sanitario prehispánico inmerso en la cosmovisión aborígen, se destacan, al menos, seis componentes fundamentales: a) *Lo sagrado*, con especial influencia en la vida de los pueblos aborígenes andinos y, por consiguiente, en la salud (algunos dioses aborígenes protegen la salud y luchan contra las enfermedades); b) El ser humano, constituido por *cuerpo y espíritu* como una totalidad, es razón de *cuidado* (alimento, limpieza, seguridad) y *veneración*, necesitado de *equilibrio, integridad y armonía*. c) La vida es una realidad única y total, continua, no escindible, permanente. En este sentido la salud-enfermedad ligada a la vida no es separable. d) La naturaleza es vida en tanto condición que une a todo lo que existe en ella. e) La divinización de la pertenencia comunitaria y de las relaciones sociales hace que *la reciprocidad, la*

---

<sup>32</sup> Olga Verderese (1979) describe y analiza el desarrollo de la enfermería en periodos de 30 años, no obstante, el último periodo abordado por la autora comprende de los años sesenta hasta el término de los setenta. A partir de otras referencias bibliográficas me aproximo a puntualizar algunos avances de la profesión hasta la actualidad.

*solidaridad y la redistribución* se incorporen y expresen a través de conductas de vida inquebrantables. f) La concepción dicotómica del orden cósmico se equilibra por un principio de unidad para conservar el orden social y la salud. La concepción dual de lo frío y lo caliente se encuentra presente en los estados de salud y de enfermedad, en la alimentación y en el uso de plantas medicinales que constituye una de las formas terapéuticas de curación prehispánica. Los agentes encargados de proteger la salud de la comunidad poseían, a la vez, varios saberes y roles; eran curanderos, pero también magos, hechiceros y adivinos. (Estrella y Crespo-Burgos, 2002a).

La mujer ligada a la atención de la salud no aparece nombrada por los historiadores, a no ser como partera, encargada de la atención del embarazo, del parto y del puerperio, separada pronto del desarrollo del saber médico al igual que el agente dedicado a los trastornos osteoarticulares. Suponemos que las mujeres estaban presentes en el cuidado familiar para curar las *"enfermedades pasajeras"* que se atendían en la casa *"... con técnicas simples para tratar aquellos problemas comunes y estaba extendido el saber sobre las plantas medicinales. Si la enfermedad era más compleja, sólo el curandero tenía respuesta."* (Estrella y Crespo-Burgos, 2002a: 60).

Para García y Martínez (2001), en esta etapa, denominada "doméstica" en la periodización del desarrollo del cuidado, la mujer se encarga del mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio a través de rituales, de su condición maternal y del uso de elementos naturales. Se supone que los cuidados estaban dirigidos a los niños y en alguna medida a los enfermos y ancianos, como también a la atención de los partos. Las autoras coinciden con los investigadores ecuatorianos respecto del papel de las mujeres como parteras.

Durante la Colonia, en otro estudio de Estrella y Crespo-Burgos (2002b), se afirma que, con la influencia del pensamiento médico español y su relación con la cultura médica prehispánica, aparecen tres modelos de atención de la salud en respuesta a la nueva estructura económico-política y relaciones de poder y dominio instituidos: *"aborigen, popular y científico u oficial"*. (Estrella y Burgos, 2002b: 64).

La sociedad aborigen fue reemplazada por la imposición de una nueva organización social caracterizada por la explotación del trabajo, la estratificación social, la dependencia, el adoctrinamiento religioso católico (basado en el pecado, el castigo, la sumisión) y la encomienda, el concertaje, la mita, el obraje y el tributo como instituciones de dominación y sujeción de los indígenas. Estos componentes influyeron profundamente en la realidad demográfica, sanitaria, epidemiológica,

psicológica y social de la población indoamericana y en el pensamiento y saber médico aborígen. De modo particular, siguiendo a Estrella y Burgos (2002b), los cambios demográficos se produjeron por la agresiva influencia de las patologías trasplantadas desde Europa y África a América, para las cuales los aborígenes no habían desarrollado inmunidad. El *modelo aborígen* de salud se modifica, lo mismo que la estructura ideológica del curandero; se conserva la clasificación de las enfermedades en naturales y sobrenaturales con la participación de una nueva divinidad, el Dios cristiano, para enfrentar al espíritu del mal productor de enfermedades. Por su parte, el *modelo popular*, resultado de la medicina aborígen, la medicina popular española y el manejo popular de algunos componentes de la medicina científica, se practica en el medio urbano. Junto a los curanderos, herbolarios, barberos, sangradores, se menciona a las comadronas para la atención del embarazo, parto y postparto. Las relaciones agente de salud-enfermo dejan de ser de corte solidario y comunitario, quedando atrás la caracterización de la medicina aborígen. Finalmente, el *modelo médico oficial* o científico, sustentado en el galenismo, se aplica a lo largo de los siglos XVI, XVII y XVIII a través de médicos graduados en universidades que llegaron a los pueblos conquistados. (Estrella y Crespo-Burgos, 2002b: 64). En varios territorios conquistados, los enfermos eran tratados de sus dolencias en sus domicilios en donde se curaban o morían. Los partos eran de responsabilidad de las comadronas, con graves peligros para las parturientas y los neonatos. (Cuervo, 2015).

Con la fundación de los Hospitales de Caridad a lo largo de los siglos XVI, XVII y XVIII se institucionaliza en la América Hispánica la medicina oficial, sustentada en la relación medicina-religión-caridad, dirigida a los pobres y menesterosos, y a enfrentar los graves problemas infecciosos, parasitarios, y los efectos sobre la población por la falta de infraestructura sanitaria, por el hacinamiento, los desastres naturales, la malnutrición, etc. (Estrella y Crespo-Burgos, 2002b; Pamo-Reina, 2006).

La enseñanza médica es introducida por varias órdenes religiosas: betlemita, agustina, franciscana y dominicana en el siglo XVII y XVIII. (García, 1991). Según (Silva, Siles-González y Mora 2013), en los hospitales de Chile y otros países se destaca la labor de la Orden de San Juan de Dios. Asimismo de los franciscanos y agustinos en los hospitales de México. (García, 1991). Las universidades que se fundan en América en estos siglos están regentadas también por diversas Órdenes Religiosas amparadas por la Corona; en algunos casos, inclusive, las universidades transformadas en públicas. Se destaca la

insistencia del control de la educación por parte de los dominicanos, su injerencia en la reforma, la ocupación de los rectorados y los puestos de docentes y administrativos, con la finalidad de evitar la introducción de las nuevas tesis científicas en los planes de estudio, la modernización de las instituciones y, sobre todo, para mantener sus privilegios. (Saldaña, 1996: 234).

Desde nuestro punto de vista, las nociones del cuidado de enfermería y la preparación informal de las cuidadoras están ligadas a la instalación de hospitales en América en los siglos XVI, XVII y XVIII, a la caridad cristiana y al trabajo de hombres y mujeres de diversas órdenes religiosas, quienes se dedicaron a la administración hospitalaria y al cuidado del cuerpo y del alma de los enfermos pobres y excluidos, así como a servir a los demás por amor a Cristo. Bajo estos principios trasplantados desde la metrópoli se desarrolló la *fase vocacional* de la enfermería en la América conquistada. La fase vocacional en el mundo occidental transcurre en los períodos de iniciación del Cristianismo, la Edad Media y la Modernidad (siglos XVI, XVII y XVIII). (Torres y Sanhueza, 2006).

La enseñanza oficial de la enfermería en América Latina no aparece sino en el siglo XIX, coincidente con la consolidación del período oligárquico del capitalismo y con características heterogéneas en los países de la Región. (Souza, 2003).

En las dos últimas décadas del siglo XIX y las tres primeras del siglo XX, según Juan César García (1981), los servicios de salud se ajustan a los objetivos del comercio exterior; se crean organismos ejecutivos (departamentos nacionales, direcciones de sanidad o ministerios) para la gestión oficial en beneficio de las oligarquías nativas; las instituciones de seguridad social aparecen posteriormente junto al proceso de industrialización. La medicina y la enfermería, que se articulan con la estructura económica de la época, cambian con los postulados del capitalismo.

La medicina interviene sobre el individuo "... *para llevarlo a los más altos niveles posibles de productividad y señalar a la fatiga o agotamiento de la fuerza de trabajo como generadora de casi todo tipo de enfermedad.*" (García, 1981: 3).

En el siglo XIX, con la Independencia se produce una progresiva secularización y los Estados toman a cargo las funciones que antes estuvieron bajo el poder económico y político de la Iglesia y las órdenes religiosas. A pesar de la expulsión o la desarticulación de varias de ellas, retornan a América décadas después en el mismo siglo o en el XX y permanecen en el continente por períodos diversos según las características conservadoras o liberales de los Estados nacionales y sus



gobiernos. Superada la crisis revolucionaria, el Vaticano trabajó en la reconstrucción de la Iglesia en América (Cirvini, 2012). Durante el período colonial, de más de tres siglos, la Iglesia Católica apoyó a la Corona y viceversa; pudo superar la crisis del imperio español en América que afectó a la Iglesia en su poderío político y económico, logró sobrevivir y pudo intervenir en la construcción de “repúblicas católicas”. (De Rouz, 2012).

De acuerdo con Souza (2003), al final del siglo XIX América Latina se ocupa de consolidar la fase oligárquica de su desarrollo capitalista que influye en el desarrollo de la enfermería. Las diferencias del desarrollo económico se caracterizaron por la presencia de enclaves de economía precapitalista, en unos países, y de un gran impulso del modelo capitalista, en otros. La ocupación de Estados Unidos en varios países después de la ruptura del coloniaje español influyó también en la economía de ciertos Estados y, de modo particular, en el desarrollo de la enfermería. La secularización de la asistencia sanitaria que se produce en diferentes momentos en los países de la Región, como resultado de la separación de la Iglesia Católica y el Estado, coincide con la modernización de la medicina, lo cual permite organizar la asistencia de los pacientes con sustento técnico. Estos procesos sentaron las bases para la educación del personal sanitario y el de enfermería. Según la misma autora, a pesar de la secularización producida en Ecuador, Perú, Colombia y Bolivia, la atención a los pacientes continuó en manos de congregaciones religiosas que incluyeron programas de formación de enfermeras con una duración de 6 a 12 meses; posteriormente fundaron escuelas de enfermería para atender las exigencias de una enfermería modernizada. Las congregaciones religiosas tenían el interés de mantener la influencia perdida por la secularización. Por su parte, Gabriela Ossenbach (1993) afirma que la Iglesia mantuvo un prestigio y poder sobre los pueblos, a pesar de haberse empobrecido y subordinado al poder político de varios Estados independientes (menciona los casos de México, Guatemala, Colombia y Ecuador).

*La atención de los pobres seguía en manos de la caridad y de sectores religiosos y de la asistencia pública, que incipiente, comienza a dar atención a la enfermedad desde el Estado hacia los sectores indigentes. (Portillo, 1995 14).*

En el período de iniciación del capitalismo, la atención de la salud desde el Estado pasa por diferentes momentos: de la *sanidad marítima* a la *sanidad terrestre* y luego a la *asistencia social*. Esta última se ocupó del

control del ejercicio de la medicina, de las boticas, de la administración de la justicia y del estudio de las plantas medicinales de la Región (García, 1981).

*La beneficencia pública consistía en el cuidado y socorro de los indigentes, pobres o desvalidos, a través de varias instituciones: casas de huérfanos y desamparados, asilos de párvulos y ancianos, casas cunas, institutos de ciegos y sordomudos, manicomios y hospitales.* (García, 1981: 6).

Con la influencia de agencias internacionales orientadas al desarrollo de la Región se inicia el control y prevención de epidemias producidas por enfermedades resultantes de la ampliación del comercio exterior. El objetivo era precautelar los intereses económicos, para lo cual se necesitaba contar con personal sanitario dedicado a combatir las enfermedades transmisibles y parasitarias que afectaban las relaciones de comercio entre los países periféricos y del centro. En el Estado liberal-oligárquico *la sanidad* cumple un papel político y económico orientado a promover la salud colectiva. (García, 1981).

Desde nuestro punto de vista, al iniciarse la implantación del capitalismo en América Latina en medio de un proceso de transición de la anterior forma de producción a la nueva, el trabajo de las primeras enfermeras con educación formal fue un instrumento esencialmente político orientado a procurar el mejoramiento de las condiciones sanitarias de las poblaciones, para contar con una mano de obra saludable para el trabajo agrícola, marítimo, minero o comercial. Ese papel se ha mantenido invisible, traslapado por el del médico. No se registra de modo expreso su rol protagónico en el campo de la primigenia salud pública en el Estado liberal-oligárquico.

En este marco, Lola Luna (1994) destaca que, en los estudios realizados acerca de los cambios operados en el Estado Latinoamericano –*oligárquico, populista, militarista y democrático*– a lo largo del siglo XX, no hay referencias que indiquen la incidencia de los mismos en la vida y el trabajo de las mujeres; tampoco hay referencias, anota la misma autora, sobre su acceso a los derechos de ciudadanía o sobre las demandas o acciones reivindicativas frente al Estado. Se borra, entonces, el carácter y naturaleza de las relaciones de las mujeres con el Estado, especialmente aquellas que tienen que ver con su actuación social y política. De hecho, las mujeres fueron actrices sociales y políticas, y la memoria de esa participación necesita ser develada e interpretada. Las investigaciones de Luna (1994) reflejan que las

mujeres, en general, no eran sujetos de derechos, lo mismo que algunos sectores masculinos populares y medios, a pesar de que el concepto liberal de ciudadanía constaba en las constituciones políticas. El período está representado por los intereses económico-políticos de los grupos oligárquicos de las nuevas naciones a través de un Estado mediador con el mercado europeo, encargado de regular y posicionar las exportaciones primarias del modelo capitalista impuesto en América Latina. Puesto que las mujeres asumen actividades artesanales y campesinas, además de las reproductoras, y no siendo sujetos de derechos, están imposibilitadas de ejercer la tutoría sobre sus hijos, de vender y comprar propiedades, de cambiar de domicilio, de testificar, ejercer una profesión o encargarse de algún negocio (Luna, 1994).

Y aunque las enfermeras se encargaron de la salud en el ámbito público, ese aporte protagónico no ha sido visibilizado de alguna forma por historiadores latinoamericanos. El silenciamiento de su rol, desde el ejercicio del poder y la ideología patriarcal, ha sido la herramienta utilizada para favorecer la reproducción de la identidad maternal-doméstica de las mujeres; y en el caso de la actividad del cuidado, el dominio patriarcal ha sido representado por el médico, criterio reiterado a lo largo de este trabajo.

## **1.2. La enfermería y la práctica de la salud en América Latina de fines del siglo XIX y del siglo XX.**

Podemos afirmar que el proceso de profesionalización de enfermería en América Latina se inicia a finales del siglo XIX con la adscripción de las escuelas formadoras de enfermeras a universidades de algunos países; sin embargo, es en el siglo XX que se extiende y desarrolla la profesionalización con persistencia y continuidad. Este proceso no ha sido ni lineal ni homogéneo; ha dependido del grado de desarrollo social de los países, del impulso de la educación y la práctica de la medicina, de las decisiones políticas de los Estados, de las necesidades y demandas de atención calificada de las poblaciones, del apoyo de ciertos organismos internacionales, entre otras condiciones. En este recorrido se han producido cambios, avances, retrocesos, crecimiento, sostenibilidad de su desarrollo y, como en todo proceso social, necesidad de nuevas transformaciones. Son actores fundamentales del proceso de profesionalización de la enfermería, a lo largo del siglo XX y de los tres lustros del XXI: las universidades y gremios profesionales locales, al igual que las asociaciones internacionales de la educación de enfermería en América Latina, lo mismo que ciertos organismos internacionales de promoción y vigilancia de la salud como la Organización Mundial de la

Salud /Oficina Panamericana de la Salud, La Fundación Kellog, La Cruz Roja, entre otros. Y ha estado en acción el compromiso de enfermeras y enfermeros que han liderado en el campo educativo, laboral y político los debates, la agremiación, la exigencia de leyes, la investigación, etc., para incidir en las demandas científico-técnicas, la humanización del cuidado, la regulación legal y el mejoramiento de las condiciones laborales. Entre los requisitos sociológicos profesionales cuyo cumplimiento está siendo tomado en cuenta en muchos países latinoamericanos, González, Arras y Moriel (2012) mencionan, por ejemplo, la producción de conocimiento propio, desarrollo de la autonomía profesional, autorregulación del desempeño, colegiación, reconocimiento social y determinación clara del campo de competencia que desde el ámbito legal aporte a la construcción de la identificación profesional.

En efecto, hay avances significativos en todas estas dimensiones, con obvias diferencias entre los países de la Región, dependientes de la caracterización socioeconómica, cultural y política de los mismos; sin embargo, ha de trabajarse intensivamente para mejorar la calidad de la educación de enfermería, el desarrollo del clima laboral de las profesionales y la producción de conocimiento. Veremos el proceso de profesionalización seguido en el siglo XX, a partir de los aportes de algunas líderes en enfermería que han dedicado sus esfuerzos al estudio de este tema, y de otros autores latinoamericanos.

Siguiendo a Olga Verderese (1979) , el primer período, denominado "*modelo de desarrollo hacia afuera*", se extiende de **1900 a 1930**, caracterizado por la producción de materias primas, la agricultura orientada a la exportación de alimentos y la industria extractiva, modelo dirigido al comercio internacional con los países más desarrollados. El transporte marítimo y ferroviario necesario para la actividad exportadora e importadora significó para los países un gran endeudamiento externo más que un aporte para su desarrollo.

Juan César García (1981) afirma que entre 1880 y 1930 la medicina en América Latina debió abandonar una posición religiosa y política adoptada en las formaciones precapitalistas, para integrarse al nuevo proceso económico de implantación del capitalismo en América Latina –proceso diferente al vivido en Europa, con grados disímiles de desarrollo de la burguesía, de control del Estado por ésta y de dependencia frente a los Estados Unidos–. Puesto que la producción capitalista de América Latina se puso al servicio del comercio internacional, los servicios de salud debían beneficiar a las oligarquías nativas, comenzando por atender los problemas de la cuarentena y las enfermedades (anquilostomiasis, fiebre amarilla, malaria y otras) que limitaban las exportaciones; la medicina interviene para llevar a los trabajadores a los

más altos niveles de producción posibles en beneficio de los intereses burgueses. Se crean organismos ejecutivos con acciones rápidas, se pasa de consejos o juntas colegiadas a departamentos y, posteriormente, a direcciones de sanidad o ministerios. Anota también el autor que este proceso que se llevó a cabo en torno al objetivo de la sanidad marítima y terrestre, influido por la oligarquía nativa y las presiones del capital internacional, fue disímil y su aplicación se produjo en tiempos y condiciones diversos según el grado de desarrollo del capitalismo en la Región. Argentina, Brasil y Uruguay fundaron Institutos de Higiene para la sanidad marítima y terrestre a fines del siglo XIX; Bolivia, Cuba, Ecuador, Paraguay y Perú lo hicieron en la primera década del siglo XX y, posteriormente, los países centroamericanos y otros. Con la intensificación de la presión de Estados Unidos para la limpieza de los puertos y la sanidad terrestre, se multiplicaron los organismos estatales de sanidad en varios países de América Latina luego de la Segunda Guerra Mundial; sobresale en este proceso la intervención de la fundación Rockefeller, especialmente en torno a la sanidad terrestre, pues sus intereses económicos estaban dirigidos hacia el petróleo y el comercio, concomitantemente con su papel filantrópico. La Oficina Sanitaria Panamericana (OPS/OMS) se crea 1902; su preocupación inicial es la sanidad marítima y la regulación de las cuarentenas en el marco de los intereses de la burguesía y el comercio internacional. Se crean seguros de maternidad y de enfermedad entre las décadas de los años 20 a 40, y las instituciones de seguridad social aparecen con el desarrollo de la industrialización. (García, 1981).

En síntesis, los Estados sufren una transformación obligada luego de la implantación capitalista y la influencia generada desde la burguesía productora de materias primas y alimentos para exportación, las fundaciones, los organismos internacionales y en muchos casos la intervención militar. De manera que el surgimiento de la medicina estatal está influida por este contexto económico-político, por los cambios en la producción de conocimiento médico y el paso de las acciones de la asistencia social a la sanidad. Se desarrolla el saber médico sustentado en la transmisión de las enfermedades por vectores, en la investigación e influencia del modelo Pasteur<sup>33</sup>, orientado a la vigilancia

---

<sup>33</sup> Con la fermentación láctica y acética Pasteur declara la existencia de «microorganismos» cuya propagación descubre que se produce a través del aire o de un medio físico cualquiera, a partir de lo cual define el significado de contagio. Descubre asimismo la pasteurización para el control de los microorganismos y se inclina al estudio de la etiología microbiológica de las enfermedades contagiosas. Sus teorías, experimentos y resultados contradicen la vieja teoría de la “generación

microbacteriológica y parasitaria de las enfermedades tropicales. (García, 1981).

Es evidente que en los últimos años del siglo XIX y primeras décadas del XX, la enfermería tuvo directa influencia de la medicina en la creación de escuelas de enfermería y en la misma formación de enfermeras, según las expectativas e intereses médicos, en el marco de un Estado liberal oligárquico y una población afectada por enfermedades parasitarias e infecciosas que limitaba el proceso comercial iniciado con países de mayor desarrollo capitalista. En este contexto, la enfermería se encuentra subsumida en el proceso del desarrollo de la medicina en América Latina. Hay un fenómeno concomitante en esta realidad, la llamada *secularización de la asistencia sanitaria* (Souza, 2003) producida en el siglo XIX con la separación de la Iglesia Católica del Estado. El desarrollo científico de la medicina incide en la modernización de la atención médica y así se sientan las bases para una atención técnica de la salud y el entrenamiento formal del personal sanitario.

*La secularización en América latina, sin embargo, no siempre afectó a la atención de enfermería. En muchos casos, una vez alcanzada la secularización de la administración de las instituciones de salud (hospitales), las congregaciones religiosas encargadas de la atención del paciente fueron mantenidas bajo la jurisdicción de la Iglesia. Fue el caso de la mayoría de los países en donde la influencia de la Iglesia persistió, como por ejemplo Perú, Colombia, Ecuador y Bolivia. (Souza, 2003: 557-8)*

Así, las congregaciones religiosas asentadas en América Latina, responsabilizadas de la atención hospitalaria, forman enfermeras para el cuidado de los enfermos durante el noviciado de sus aspirantes; posteriormente lo hacen en los programas laicos que se establecen y en sus propias escuelas creadas para el efecto; fundan la Congregación de Enfermeras Católicas e impulsan diversos encuentros internacionales en torno al tema de la profesionalización de la enfermería. De esta manera, la enfermería, integrada al proceso de secularización, sirve para recuperar la influencia de las congregaciones que la Iglesia había perdido. En consecuencia, la institucionalización de la educación de

---

espontánea”, por lo que debe afrontar la reacción y oposición de los adeptos a ella. (Cf. Ehrhard, Francois 1958)

enfermería se produce con la influencia de la Iglesia, por un lado, y de la modernización de la atención médica de finales del siglo XIX, por otro. Varios médicos que inciden en la creación de escuelas de enfermería trasladan las experiencias del sistema inglés de la educación de enfermería. (Souza, 2003).

Vale la pena mencionar que la formación de enfermeras en este período coincide con:

*... (un) discurso positivista biomoralizante que dio pie, en gran parte de América Latina, a que una serie de expertos, principalmente médicos y educadores, elaboraran un corpus de conocimiento sobre lo que hasta ahora había sido exclusivo dominio de la intimidad femenina: la maternidad, la crianza y las labores domésticas.*

*Estos 'expertos' construyeron modelos médico-sociales sobre higienismo, economía doméstica y puericultura, a través de los cuales buscaban el desarrollo de la nación. (...)*

*En este nuevo discurso, las mujeres quedaron también excluidas de su construcción, permaneciendo como ejecutantes del mandato de civilizar el espacio público, desde el espacio doméstico. (Stuven, 2008:497-498).*

Coincide también con otro proceso social y político de trascendencia histórica: la lucha de las mujeres latinoamericanas por “...el derecho al voto, el divorcio, la maternidad voluntaria y otras reivindicaciones específicas de género (que) forman parte del proceso mundial de emancipación femenina.” (Vitale, 2010: 84).

El inicio del feminismo latinoamericano, afirma el autor, se sitúa a mediados del siglo XIX, expresado a través de organizaciones y movimientos de resistencia y propuesta. Varias de sus demandas se concretan en las primeras décadas del siglo XX. Por ejemplo, las mujeres ecuatorianas conquistaron el derecho al voto en 1924, las primeras en América Latina, antes de su consecución en Inglaterra, Francia y otros países europeos. (Vitale, 1987).

Aunque el desarrollo de la atención médica fue precario entre 1900 y 1930, aparece en este período la medicina clínica en hospitales de empresas privadas. En cuanto al desarrollo de la enfermería, ligado a la medicina curativa de los hospitales, fue más social que médica; tuvo la finalidad de aliviar las tensiones sociales y recuperar la mano de obra

excedente de la agricultura para la incipiente industria manufacturera. De modo que la preparación formal de enfermeras desde 1890 hasta las tres primeras décadas del siglo XX se produce con la creación de hospitales privados y con las acciones de salud pública para precautelar el comercio exterior. (Verderese, 1979).

El Estado incorpora el desarrollo de la medicina al cuidado de la enfermedad individual en el que intervienen tanto médicos como enfermeras, pero *“La expansión del papel de enfermería para el área de salud pública está ligada a las acciones de saneamiento emprendidas con la cooperación y el apoyo técnico y financiero de la Fundación Rockefeller.* (Verderese, 1979: 318).

A partir del desarrollo de las actividades en salud pública y la fundación de escuelas de enfermería se inició el paso de la enfermería de las congregaciones religiosas a las enfermeras seglares, y el control de los servicios fue asumido por el Estado.<sup>34</sup>

La primera escuela de enfermería que data de 1886 es la Escuela Dra. Cecilia Grierson, establecida en Buenos Aires-Argentina (Manfredi y Souza, 1985). La preparación inicial de enfermeras en América Latina no se efectuó propiamente en las universidades, sino en hospitales, escuelas de artes manuales y conventos, y sus impulsores fueron médicos, religiosas y personas comprometidas con la comunidad frente a eventos críticos como conflictos armados, brotes epidémicos y catástrofes. Los títulos expedidos fueron de *“Enfermeras Visitadoras”, “Enfermeras y parteras”* y *“Enfermeras Hospitalarias”*. El modelo inicial de formación, esencialmente biólogo-curativo, dejó de lado la comprensión de los contextos y la vinculación socio-cultural-histórica de la enfermedad y de los enfermos. (Castrillón 1997: 21).

En 1907 había cinco países que tenían escuelas de enfermería: Argentina, Brasil, Cuba, Chile y Colombia (Souza, 2003).

El primer programa vinculado a la Universidad en América Latina se creó en Chile en 1906; sin embargo, propiamente la década de los cuarenta del siglo XX es considerada como el período de la formación universitaria de enfermería. (Manfredi, 1993). Otras autoras se refieren a la década de los años 30. (Malvárez y Castrillón (2005).

---

<sup>34</sup> Como hemos mencionado antes, este paso se produjo muy tardíamente en algunos países. Por ejemplo, en Ecuador, sólo en la década de los setenta del siglo XX se prescindió de los servicios de las Hermanas de la Caridad, quienes mantenían a su cargo el cuidado de enfermería en varios hospitales públicos, y buena parte de su organización y administración, a pesar de la existencia de enfermeras seglares, graduadas en las universidades del país desde la década de los cuarenta.



Una vez que las escuelas de enfermería son instaladas en las universidades empiezan a ser dirigidas por enfermeras, lo que significó asumir un proceso lento, difícil, pero progresivo, de construcción de los currículos con criterio profesional propio, conducción autónoma de los procesos educativos y apropiación del liderazgo respectivo. (Manfredi y Souza, 1985).

Retomando la periodización establecida por Verderese (1979), en el período de 1930 a 1960, la autora destaca en el ámbito socioeconómico el fortalecimiento del proceso de industrialización, el estancamiento del comercio de exportación y el inicio del denominado modelo de “*desarrollo hacia adentro*”.<sup>35</sup> Este modelo de concepción cepalina<sup>36</sup> comprende la aplicación de políticas nacionales basadas en la “...*industrialización, mejoras en la infraestructura a través de grandes proyectos hidroeléctricos y sistemas viales, subsidios a la producción, y a nivel externo la integración económica latinoamericana...*” (Briceño y Álvarez, 2006: 64). Se trata de impulsar procesos de desarrollo en tres áreas; agricultura, industria y servicios que contribuyan al desarrollo del mercado interno. (Trejos, 2012).

La presencia de latifundios en manos de pocos, los salarios bajos para su producción, la agricultura deficitaria de pequeñas propiedades de tierra en manos de trabajadores del campo y la falta de acceso a la tecnología moderna, no permitió un gran impulso de la agricultura como se pretendía. (Trejos, 2012). De manera que se producen frecuentes movimientos migratorios del campo a la ciudad, se acelera la urbanización y aparecen situaciones de presión para conseguir –en detrimento de otras zonas– aumento de la inversión estatal en vivienda, transporte, salud, educación. La agricultura decae y grandes sectores sociales son excluidos del desarrollo de la Región. En consecuencia, los países latinoamericanos mantienen la dependencia externa por escasez de capital interno y la importación de tecnología extranjera. (Verderese, 1979). El proceso de industrialización en el

---

<sup>35</sup> El denominado “crecimiento hacia adentro” ha sido objeto de controversias. El historiador Luis Vitale (1910) afirma, por ejemplo, que su generalización encierra falsas expectativas, pues el supuesto crecimiento estuvo asentado sobre una economía monoprodutora subordinada y una desprovista industria nacional, lo que significó que una buena parte de la plusvalía saliera fuera de las naciones latinoamericanas.

<sup>36</sup> La Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) es autora de varias propuestas de desarrollo adoptadas como políticas nacionales en la mayoría de países de América Latina a lo largo del siglo XX.

modelo de “desarrollo hacia adentro” no consideró una selección de industrias con sentido economicista, tampoco permitió integrar los excedentes de la mano de obra de los campesinos desplazados por la mecanización agraria, tampoco permitió la consolidación de una burguesía industrial creadora. (Trejos, 2012).

En relación con el impulso de los servicios, nos referiremos fundamentalmente a los de la salud, en el período de los años 30 a los 60 del siglo XX se pasa de una práctica sanitaria, funcional a la economía exportadora de materias primas, a otra destinada a proteger la mano de obra y aumentar su productividad, con lo cual aparece un gran desarrollo de la industria hospitalaria. De esta manera la salud pública adopta la modalidad preventiva y curativa. Aparecen nuevas especializaciones y ocupaciones por la subdivisión del trabajo y el gran impulso de la medicina privada. La práctica de la medicina preventiva, especialmente en la década de los cincuenta, se asienta en zonas estratégicas de los países. (Verderese, 1979).

Desde otro análisis, vale destacar que el movimiento de la salud pública<sup>37</sup> impulsa el desarrollo de la enfermería en América Latina. Con el *movimiento de la salud pública* se promueve la expansión de la formación de enfermeras y la celebración de acuerdos bilaterales entre la Fundación Rockefeller, la Cruz Roja norteamericana y los gobiernos latinoamericanos para la creación de escuelas de enfermería en nuevos países de la Región. A inicios de la Segunda Guerra Mundial se impulsa en varios países latinoamericanos un proyecto de desarrollo y reorganización de escuelas de enfermería en el que intervienen la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Instituto de Asuntos Americanos y la Fundación Rockefeller, proyecto dirigido a la creación de una red de servicios de atención médica en áreas estratégicas. (Souza, 2003). En nuestro criterio, la atención de la salud, la propia medicina y la enfermería, en el contexto de las políticas estatales del “modelo de

---

<sup>37</sup> Originado en Estados Unidos de Norteamérica a fines del siglo XIX, el movimiento de la Salud Pública incide en la regulación de la vida cotidiana de los ciudadanos en relación a la salud, poniendo énfasis en la higiene individual. Este enfoque es introducido en los programas de saneamiento público en América Latina después de la Primera Guerra Mundial por intervención de la Fundación Rockefeller. Los Gobiernos debían crear condiciones saludables para la producción mercantil, saneamiento ambiental, vivienda saludable y atención de salud dirigida a la prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población. Se aprovecha el desarrollo de las ciencias biológicas para la prevención de las enfermedades con la instalación de medidas de higiene y desinfección microbiana, la vacunación para la prevención de la viruela, entre otras prácticas sanitarias. (Souza, 2003).

desarrollo hacia adentro” continuaron siendo objeto de iniciativas externas.

En efecto, Verderese (1979) afirma que con el intercambio de técnicos norteamericanos que llegan a Latinoamérica y de profesionales que viajan a Estados Unidos para su formación, en la década 40-50 se incrementa la importación de tecnología en salud y la creación de los “Servicios Cooperativos de Salud” en lugares estratégicos de extracción de materias primas. Estos organismos externos desaparecen en la década de los sesenta para ser reemplazados por los Ministerios de Salud. Entre las tecnologías sanitarias tiene especial trascendencia la investigación farmacológica impulsada en países de gran desarrollo capitalista que introdujeron en los países América Latina nuevos antibióticos, vacunas y otros fármacos. La industria farmacéutica, además de ser una fuente de ideologización en cuanto infundía el convencimiento de su bondad para resolver los problemas acuciantes de salud en los profesionales sanitarios y en el público; era también una fuerza política para presionar sobre los programas de salud de los países (Organización Mundial de la Salud –OMS–, 2005:10).

La enfermería logra integrarse a las profesiones de la salud, reconociéndosele importancia para contar con atención competente y efectiva, especialmente en el campo hospitalario, en el que se asienta el 80% de la fuerza laboral de enfermería formada hasta ese entonces. A fines de la década de los cincuenta se exige el bachillerato para los estudios de enfermería, se introduce la enseñanza de la Salud Pública y de las enfermedades transmisibles, dado el interés de los Estados en la prevención. Los auxiliares de enfermería pasan a formar parte del equipo de enfermería y se formaliza su preparación; su número llega a sobrepasar en diez veces más la existencia de enfermeras. Se estima que solo el 10% de la fuerza laboral de enfermería estaba constituida por enfermeras, con bajas remuneraciones y presupuestos deficitarios para salud curativa y preventiva. “... *la posición de la mujer en la sociedad, la apropiación de los conocimientos médicos por la clase médica dominante parecen haber influenciado a la enfermería, limitando y demarcando su desarrollo como profesión.*” (Verderese, 1979: 322-23).

Los programas universitarios creados en las primeras décadas se incrementaron a partir de 1960: Entre 1880 y 1920 se establece el 9% de los programas; el 21 % entre 1921 y 1950, y sólo después de 1960, el 70 %. Para 1980 –según el *Estudio sobre Programas de Formación de Enfermeras Profesionales en América Latina, 1984–*, el 52% de los programas de formación de enfermeras estuvo vinculado a las universidades, cuya tendencia creciente se refleja a partir de los años sesenta. (Manfredy y Souza, 1985:4).

Nuestra experiencia, vinculada a la educación de enfermería en Ecuador a partir de la década de los años sesenta, nos permitió conocer sobre la coexistencia, en algunos países de América Latina, del *sistema universitario* de formación de enfermeras con otro de corte técnico, bajo la responsabilidad de algunos hospitales, la Cruz Roja y organismos privados o dependientes de los ministerios de salud, sin la dirección y control de los gobiernos de las universidades ni la rectoría de los organismos nacionales o internacionales, constituidos por las escuelas y facultades de enfermería de las universidades<sup>38</sup>, dedicados a velar por el mejoramiento de la calidad de los currículos, la docencia, la investigación, la evaluación y el desarrollo de programas de perfeccionamiento y postgrado. En efecto, el panorama de formación de enfermería ha sido disímil en los países de la Región. Los programas universitarios ofertados en los años sesenta tuvieron una duración de tres años, cuatro o más los de licenciatura, seguidos en las décadas siguientes de los de postgrado: especialidades, maestrías y doctorados.

En el período 1960 en adelante, propuesto por Verderese, se suceden varias crisis económicas caracterizadas por la reducción del crecimiento del producto interno, desempleo, endeudamiento externo, disminución de las importaciones, reducción de inversión de capital, desequilibrio entre la oferta y la demanda de la producción industrial y de las oportunidades de desarrollo de los países. Entre las medidas para superar las crisis, tenemos: la creación de organismos de integración económica latinoamericana para romper de alguna forma la dependencia y propiciar un desarrollo con mayor autonomía; el aumento del mercado interno con la modernización de la agricultura y la ganadería, el abaratamiento de los costos de los alimentos, la integración de la población al consumo interno. (Verderese, 1979).

Como consecuencia de la necesidad de contar con financiamiento para cubrir las demandas de servicios de educación, salud, aseguramiento, así como la construcción de obras de infraestructura y otras, los Estados de la región llegaron a límites insostenibles de endeudamiento externo con diversas consecuencias: caída de la producción y el empleo, y la declaratoria general de la moratoria de la deuda externa. La respuesta del Fondo Monetario Internacional, del Banco Mundial y del Banco Interamericano de

---

<sup>38</sup> La Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería – ALADEFE - es un organismo creado por las escuelas y facultades de enfermería de diversas universidades de los países de la Región, comprometido con el desarrollo de la formación universitaria de las enfermeras, la investigación y la difusión de sus avances.

Desarrollo fue el establecimiento de un paquete de medidas económicas a las que se acogieron los Estados latinoamericanos, que favorecieron el establecimiento del modelo económico neoliberal a mediados de los años ochenta. Tales medidas fueron el resultado del denominado “Consenso de Washington”<sup>39</sup>, que estableció: estricta disciplina monetaria contra las tensiones inflacionarias; reducción del gasto público; abrir la economía al comercio exterior eliminando todo tipo de barreras; reorientar el modelo hacia las exportaciones sustentadas en los recursos naturales; atraer la inversión extranjera; desregular y privatizar las empresas y los servicios públicos para disminuir el tamaño del aparato estatal y fortalecer el libre mercado. (Trejo, 2012: 70)

En este proceso, la atención médica se caracteriza por el auge de la hegemonía médica, la atención más curativa que preventiva, el alto costo de la atención hospitalaria, la formación y especialización de médicos y otros profesionales en centros de gran desarrollo. Este panorama contrastaba con la necesidad de ampliación de la cobertura de servicios a las zonas rurales, iniciada en la década de los setenta con la aplicación del Plan Decenal de Salud para las Américas. Las metas de extensión de cobertura con la declaración de la OMS/OPS de “Salud para todos en el año 2000”, debía impulsarse por todos los gobiernos mediante la estrategia de la aplicación de la Atención Primaria de Salud-APS-, aprobada en 1978. (Verderese, 1979).

Hay que destacar que la atención curativa y la salud pública son paradigmas separados por una enorme brecha cruzada por el poder y lo económico. El prestigio médico (relacionado con la influencia en las políticas y decisiones en salud, pertenencia a una élite social, defensa de los valores e intereses de su clase, etc.), se sustenta también en el ingreso económico resultante de la preferencia por las acciones especializadas curativas y no por las preventivas (educación sanitaria comunitaria, participación en el tratamiento del agua, basura, excrementos; eliminación de vectores, atención de patologías prevenibles, etc.) *“Por esta razón los profesionales médicos son reacios a permitir que el control sobre los asuntos de salud se deslice a otros sectores y distintos profesionales o a ceder a las comunidades el poder para establecer los programas de salud.”*(OMS, 2005:49).

---

<sup>39</sup> El Consenso de Washington surgió en 1989 con los objetivos de crear un modelo económico supuestamente más estable y ciertamente abierto y liberalizado para los países de América Latina. El propósito era encontrar soluciones al problema de la deuda externa que impedía el desarrollo económico de la Región (Ramón 2004). Los resultados fueron negativos en cuanto a crecimiento y estabilidad económica; se profundizó la pobreza, las desigualdades sociales, la dependencia y se multiplicó el endeudamiento externo.

Como ya señalamos, se incrementa el endeudamiento externo para atender las demandas en salud, educación, vialidad, entre otras. Una política de los Estados para atender la salud de los campesinos e indígenas fue la prestación de servicios profesionales de salud en las áreas rurales con enfoque preventivo-curativo, requisito previo para el libre ejercicio de médicos, enfermeras y odontólogos; asimismo, la formación de gran cantidad de personal de salud con reducción del costo y del tiempo de formación. Vimos que las propuestas de cambio en la educación de personal de salud incidieron más en el área de enfermería profesional que en otras: se redujo el tiempo de formación y se incluyó con fuerza el componente de salud comunitaria en los currículos. En nuestra opinión, estos cambios no fueron suficientemente aprovechados para los objetivos de extensión de cobertura y la APS<sup>40</sup>; por ejemplo, las enfermeras continuaron ubicadas predominantemente en los hospitales y los médicos especializados promovieron la creación de empresas médicas para la atención privada de las enfermedades. En algunos países, por ejemplo en Ecuador, se formaron promotores de salud y auxiliares rurales que no fueron integrados de manera real a los equipos de salud. El mantenimiento de estos recursos resultaba ser más responsabilidad de las comunidades indígenas y campesinas que del Estado, en contradicción con las declaraciones oficiales y las expectativas mundiales de la APS. De modo que, a pesar de los esfuerzos de la educación de enfermería para aplicar los enfoques de salud comunitaria, prevención y promoción, en muchos países continuó primando una enfermería de corte hospitalario.

La educación especializada de enfermería se inicia en la década de los sesenta en varios países; Puerto Rico, Colombia, Chile, y Brasil promovieron algunas especializaciones: Salud Pública, Enfermería Materno-Infantil, Enfermería Clínico-Quirúrgica, Enfermería en Psiquiatría, entre otras. El estudio realizado por Manfredi y Souza (1984) sobre la formación de enfermeras en América Latina da cuenta de una conceptualización de la enfermería en cuanto *servicio basado en principios humanitarios y técnicos*, con un fuerte componente religioso, a pesar del desarrollo de la educación de enfermería, de los cambios

---

<sup>40</sup> La Atención Primaria de Salud (APS) es una estrategia destinada a viabilizar la Declaración de Alma Ata de 1978: “Salud para todos”. Los países de América Latina iniciaron su aplicación con la atención de la salud en las zonas rurales y a poblaciones excluidas de tales servicios, sustentada en los principios de solidaridad, universalidad y eficacia. La real aplicación del acceso a la salud para todos se limitó debido al enfoque biomédico de la atención sanitaria y a la crisis económica que vivieron los países en los años ochenta por el endeudamiento externo. (Homedes y Ugalde, 2005).

curriculares impulsados, la formación de postgrado y la participación en nuevos modelos de administración hospitalaria, que sustituyeron a los anteriores de corte monástico. Las autoras destacan:

*... la gran utilización de conceptos de enfermería enmarcados por una visión de misión vocacional religiosa, en donde se hace énfasis a principios de vida moral y cristiana para la enfermera; aunque estos tipos de expresión aparezcan frecuentemente en las escuelas religiosas, escuelas administradas por servicios públicos también la expresan.* Manfredi y Souza, 1984: 12).

En el mismo estudio, los objetivos de la formación están orientados a tres ámbitos: desarrollo técnico profesional, desarrollo individual y desarrollo de ciudadanía. El marco de referencia son los *conceptos biopsicosociales, los procesos de salud-enfermedad, el ciclo de vida y la historia natural de las enfermedades*. En cuanto al desarrollo de capacidades, los programas enfatizan la observación, el análisis, la reflexión y el juicio crítico; asimismo, el desarrollo de habilidades y destrezas para la práctica de enfermería, la educación sanitaria, la administración y supervisión de la asistencia y de los servicios de enfermería. En el área de investigación, el énfasis se coloca en el mejoramiento de la calidad de la asistencia a la salud individual y colectiva. (Manfredi y Souza, 1984).

Evidentemente, la formación de enfermeras en la Región no es homogénea, ni siquiera al interior de cada país; subsisten programas académicos con predominio de la visión curativa, biológica, individual u hospitalaria frente a otros con enfoque socio-cultural, orientados a la prevención, protección y fomento de la salud como derechos individuales y colectivos. En efecto, Malvárez y Castrillón (2006) afirman que subsiste la formación centrada en el modelo biomédico, aunque hay cambios significativos orientados a integrar en el cuidado de enfermería la salud pública y las ciencias sociales.

En nuestra opinión, las experiencias de educación continua, formación especializada, de postgrado y doctorado son heterogéneas, y las oportunidades de acceso están determinadas por las condiciones particulares de los países y las circunstancias laborales, sociales y económicas de las profesionales. Mencionamos anteriormente que en algunos países de la Región se oferta el título de licenciada en enfermería en la década de los sesenta del siglo XX, especialmente en Puerto Rico, Ecuador, Chile, Colombia y Brasil, lo mismo que la

apertura de maestrías y doctorados en los tres últimos países nombrados. El acceso a estudios doctorales resulta difícil hasta hoy por la imposibilidad de cubrir su alto costo, debido a la baja remuneración de las enfermeras, a sus jornadas laborales intensivo-extensivas y a las obvias limitaciones que la “triple carga” impone a las mujeres, lo que las obliga a posponer su desarrollo académico.

### **1.3. La enfermería latinoamericana en tiempos del neoliberalismo.**

Finalizamos el siglo XX en América Latina y El Caribe con la instalación del modelo económico neoliberal en el transcurso de los años ochenta, por designio del “Consenso de Washington”, el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Interamericano de Desarrollo, sin que las políticas adoptadas por los gobiernos hayan tenido la capacidad de solucionar la problemática social de la Región.

La situación expresada en cifras según el Informe sobre Desarrollo Humano de 1997<sup>41</sup> demuestra que:

- El número de pobres (medido a través del ingreso de dos dólares diarios) aumentó del 22% de la población total en 1987, al 24% en 1993, que agrupa a 110 millones de personas.
- Cuarenta y dos millones de ciudadanos latinoamericanos se clasificaban como adultos analfabetos.
- Cincuenta y cinco millones de niños menores no tenían acceso a servicios de salud.
- Ciento nueve millones carecían de acceso a agua potable.
- Cinco millones de niños menores de cinco años se encontraban desnutridos.
- Ciento noventa madres por cada 100 mil nacidos vivos morían por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

---

<sup>41</sup> El Informe sobre Desarrollo Humano 1997 define el significado e implicaciones del desarrollo humano para erradicar la pobreza, en contraste con las políticas neoliberales que han pauperizado aún más las sociedades de Latinoamérica, El Caribe y de otros continentes: *“Erradicar la pobreza implica: eliminar las barreras que impiden las elecciones y oportunidades para vivir una vida digna; proteger a las personas de las nuevas presiones globales que crean pobreza o amenazan con incrementarla aún más; generar bienes para los pobres; empoderar a los hombres y las mujeres para garantizar su participación en las decisiones que atañen sus vidas; invertir en desarrollo humano: salud y educación; ratificar que la erradicación de la pobreza absoluta en los primeros decenios del siglo XXI es posible y asequible y que constituye un imperativo moral.”* (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, 1997).



- Treinta y seis millones de latinoamericanos no sobrevivirían a la edad de 40 años. (Hernández, 2002).

La globalización de la economía y el libre mercado presentes en casi las últimas tres décadas imponen un marco de mercantilización en todos los órdenes; los espacios y tiempos, las relaciones sociales, la educación, la salud y, en general, la satisfacción de las necesidades humanas y hasta los derechos ciudadanos, los sueños y esperanzas se resuelven o se frustran por las determinaciones de ese contexto. La contaminación y deterioro ambiental, las migraciones masivas, el incremento de la pobreza, del desempleo, de la corrupción y del poder de unos pocos sobre la mayoría, son algunas expresiones de un mundo globalizado que procesa con eficacia y eficiencia las inequidades de todo tipo. De manera que son globales los riesgos, amenazas e incertidumbres relacionados con la vida y la salud de los pueblos, aunque las soluciones y la solidaridad para enfrentarlos deban buscarse o inventarse desde lo local. Por un lado, se socializan los daños: el hambre, la pobreza, la violencia y exclusiones múltiples, las patologías evitables, la muerte, la falta de acceso a los bienes materiales y simbólicos entre los niños, los jóvenes, los adultos mayores, los campesinos, las personas con orientación sexual diversa, los indígenas, afrodescendientes y mujeres; y, por otro, se privatizan los capitales, el acceso a los bienes y servicios, los sueños, los derechos y hasta la dignidad.

Homedes y Ugalde (2005) expresan que la ideología neoliberal aplicada en América Latina orientó la privatización de los servicios de salud, su descentralización, la función reguladora y no proveedora de los Estados, y la universalización del acceso a servicios mínimos establecidos por cada país según sus recursos y medidas de eficiencia. Las experiencias de la reforma neoliberal del sector salud en Latinoamérica han demostrado la incapacidad del modelo para solucionar los problemas sanitarios.

*No se niega la necesidad de introducir cambios o reformas en los sistemas de salud, pero los cambios deben cimentarse en los principios de solidaridad expresados en Alma Ata y dirigirse a mejorar la eficiencia, la equidad y la calidad de los servicios. América Latina tiene los recursos financieros suficientes y cuenta con muchos ejemplos autóctonos de iniciativas que se hubieran podido reforzar en cada país en lugar de introducir modelos basados en ideologías que no han dado buenos resultados, incluso*

*en los países originarios (del modelo)...* (Homedes y Ugalde, 2005:218).

Asistimos en las últimas décadas a nuevos, numerosos y graves problemas, con obvias diferencias entre los países, relacionados con sus diversos perfiles demográficos y epidemiológicos, el funcionamiento y cobertura de los servicios sanitarios, el acceso a los niveles de atención, el saneamiento básico, el mantenimiento de la infraestructura física y de equipos, el incremento de recursos humanos, materiales y programas de atención, entre otros.

Se afirma que esta realidad se enlaza con el desarrollo tecnocientífico global en el campo de la salud, la informatización en todos los órdenes, la velocidad de las comunicaciones, la imposición de nuevos esquemas de vida, el reemplazo de viejos dogmas por nuevos conceptos y paradigmas. (Nájera y Castrillón, 2007).

Enfrentamos patrones de vida del subdesarrollo que subsisten en la Región y el impacto de la implantación de los derivados de la globalización. Esta realidad configura un nuevo esquema sanitario con patologías pasadas que retornan, con las aún vigentes y con otras recientes que se incorporan. El reto dirigido a corregir daños producidos en el desarrollo humano requiere decisiones políticas alternativas, inversión económica específica, reordenamiento de los presupuestos y las acciones, transparencia y rendición de cuentas, medidas contra la corrupción en las altas esferas burocráticas, nuevos enfoques de asistencia de la salud y el cuidado, así como transformaciones en las orientaciones y procesos de gestión y gerencia sanitaria, de educación y formación de los talentos humanos para contribuir a solucionar la crisis en salud. La respuesta a las nuevas demandas exige pasar de las concepciones biomédicas de la salud y de la práctica asistencial a procesos de producción social de salud en el marco de los derechos, la equidad, la justicia y la solidaridad como componentes de un nuevo movimiento por la salud.

Es evidente que la crisis de la salud no ha sido afrontada de manera homogénea por los países latinoamericanos, inclusive los Estados que adoptaron la política de ajuste estructural, aplicaron la reforma en el sector de la salud de diversas formas, según sus particulares problemas, las demandas de cambio y las decisiones de endeudamiento externo.

En general, de acuerdo con Asa Cristina Laurell (2014), con el ajuste fiscal las instituciones públicas se deterioraron, disminuyeron sus servicios e introdujeron sistemas de pago; así la salud se convirtió en un bien privado. Junto al malestar de los usuarios sobreviene la

desmotivación institucional provocada por la carencia de insumos y equipamiento, inclusive de medicinas, la desvalorización del trabajo, bajos salarios, reglamentación para el control a través de la medición cuantitativa de la “producción” o desempeño de los trabajadores sanitarios. Surge también la tercerización del trabajo, con lo que se evade la atención a los derechos laborales. Frente a la incorporación de la globalización y las reformas del sector de la salud, la autora clasifica a los Estados en “Estados neoliberales” y “Estados sociales de derecho”: Los primeros, comprometidos con el modelo de aseguramiento, la provisión de servicios basada en el uso de tecnología e incorporación rápida de nuevos medicamentos, sin discriminación sobre sus ventajas; los segundos, orientados a la salud dentro de un marco de reforma sanitaria progresista, en cuanto servicio público y derecho ciudadano basado en el mecanismo de redistribución de la riqueza nacional.

*Por otro lado, existe actualmente en América Latina una intensa lucha ideológica entre la propuesta dominante del aseguramiento en salud como la vía para alcanzar una ambigua cobertura ‘universal’ y la propuesta de la construcción del SUS.<sup>42</sup> En esta confrontación han sido apropiados y pervertidos muchos conceptos de la reforma sanitaria progresista. (Laurell, 2014:868).*

En efecto, desde nuestro punto de vista, afrontamos hoy en América Latina un proceso dual de tratamiento de la crisis y reforma del sector salud: por un lado, el que aplica las imposiciones del “Consenso de Washington”, sin resultados beneficiosos de transformación de la atención sanitaria para los pobres y excluidos. Por otro lado, y en oposición al primero, está vigente la expectativa de un proceso de universalización de la atención, de corte gratuito, equitativo y oportuno; de un modelo que limite la excesiva e innecesaria tecnologización y medicalización de la salud. Al respecto, se requiere corregir el problema de la cobertura de atención insuficiente que caracteriza al sector público, debido a los déficits de infraestructura física, personal sanitario, insumos y hasta medicinas. En esta situación el Estado recurre al sector privado para paliar las falencias del público y deriva cuantiosos recursos económicos hacia la atención privada. De manera que las medidas de los Estados denominados “sociales de

---

<sup>42</sup> “Sistema Único de Salud (SUS), solidario, público, universal y gratuito, inscrito en sus constituciones políticas o en las leyes reglamentarias” (Laurell, 2014: 868).

derecho”, dependientes de presupuestos fincados en la explotación de sus recursos naturales (básicamente petróleo y minas), han seguido la misma línea del endeudamiento externo, la imposición de nuevos impuestos que afectan especialmente a la clase media, mecanismos cuantitativos de evaluación del rendimiento de los profesionales sanitarios (mayor número de atenciones, en menor tiempo disponible y con limitaciones de personal, insumos e infraestructura). De estas condiciones se derivan las citas médicas para atención especializada de los enfermos con espera de varios meses; la contratación temporal del trabajo de los trabajadores sanitarios, la movilización de médicos y enfermeras del sistema público al privado, incertidumbre y temor frente a medidas de control y sanción penal establecidos en nuevas leyes. Frente a esta realidad, reafirmamos el criterio de Laurell (2014) de trabajar en un nuevo modelo basado en un “Sistema Único de Salud” (SUS), solidario, público, universal y gratuito, pero también equitativo, democrático y participativo socialmente; sustentado además en una *real distribución de la riqueza*, en la corrección de la corrupción y la eliminación de la impunidad. Iniciado el nuevo proceso en algunos países, el modelo requiere revisiones y readaptaciones con visión democrática, social y cultural de la salud, definida como derecho humano.

En efecto, el impacto de la crisis en el sector de la salud afecta a la organización, distribución y preservación del trabajo profesional de las enfermeras. En algunos países hay un deterioro de las condiciones de trabajo: bajos salarios, incremento de los riesgos y enfermedades profesionales, sobrecarga laboral, disminución de las oportunidades de actualización y perfeccionamiento profesional, incipiente acceso a la investigación especializada y a la producción y difusión del conocimiento, débil organización gremial, entre otras limitaciones, a las que se suma el problema del *éxodo de profesionales*.

Si bien en las últimas décadas se ha constatado un crecimiento de la matrícula universitaria para los estudios de enfermería, sigue presente el déficit cuantitativo progresivo de estas profesionales frente al crecimiento de la población y a las demandas sociales de atención calificada. A esta situación se suma la adscripción predominantemente femenina a la carrera, en unos países más que en otros, lo que significa persistencia de un imaginario tradicional que liga al cuidado con la mujer a partir de atributos supuestamente naturales para su desempeño.

El largo proceso de delimitación de roles y espacios de actuación que ha debido enfrentar la profesión, frente a otras ya establecidas y posicionadas socialmente con anterioridad, demanda de las nuevas profesionales un esfuerzo añadido, de modo que la

incertidumbre y la sensación de inseguridad o vulnerabilidad laboral convergen con la frustración y la desmotivación.

A pesar de los esfuerzos de algunos gobiernos para superar la crisis del sector público, en el campo de la salud no se ha controlado el desarrollo y crecimiento desmesurado de alguna franja del sector privado que ha captado graciosamente la mayor fuerza laboral calificada de enfermería, para cuya formación no efectuó ninguna inversión. Pero también, y no raramente, otros estratos del sector privado (y también del público) han empleado una fuerza laboral de enfermería no calificada, cuyo desempeño contribuye a reforzar y reproducir los estereotipos sociales que intervienen en la construcción de una imagen social distorsionada de la enfermera y del cuidado. Erradicarla –desde la perspectiva de la enfermera como sujeto político y del cuidado como bien igualmente político y social, así como del mejoramiento de la calidad de atención como derecho ciudadano– resulta ser otro reto que asume la profesión.

La información acerca de la fuerza laboral de enfermería en América Latina hasta el 2004, expuesta en el cuadro n°1, demuestra que el cuidado está mayoritariamente en manos de personas con escasa formación, en una escala que asciende del 39.5% en México a un 87.8 % en Uruguay.

**CUADRO N° 2.**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA FUERZA DE TRABAJO EN**  
**ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA. DATOS DE AÑOS**  
**DIVERSOS ENTRE 1998 Y 2004, EN 17 DE 20 PAÍSES**  
**ESTUDIADOS**

<b>País</b>	<b>Enfermeras %</b>	<b>Auxiliares %</b>
México	61.5	39.5
Puerto Rico	58.3	41.7
Panamá	51.6	48.4
El Salvador	47.3	52.7
Costa Rica	34.1	65.9
Argentina	33.7	66.3 <sup>43</sup>
Ecuador	32.3	67.7
Venezuela	28.4	71.6
Bolivia	26.6	73.4
Nicaragua	26.3	73.7
Paraguay	25.4	74.6
Colombia	21.9	78.1
Honduras	21.2	78.8
Rep. Dominicana	18.4	81.6
Guatemala	18.0	82.0
Brasil	16.2	83.8
Uruguay	12.2	87.8

**Fuente:** Datos extractados parcialmente del estudio Panorama de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina (Tabla N° 5) de las investigadoras Malvárez y Castrillón (2005: 10-11). La información correspondiente a Perú, Chile y Cuba ha sido omitida en este cuadro por no constar en la tabla original el porcentaje respectivo de enfermeras y auxiliares.

Elaboración propia

Los datos expuestos muestran una constante en torno a una escasa disponibilidad de profesionales para el cuidado y gestión de enfermería en los sistemas de salud, opuesta a la gran dotación de trabajadores con formación elemental en enfermería. Es comprobable que el cuidado profesional de enfermería posibilita la recuperación

---

<sup>43</sup> Dato rectificado de 62.3% en la tabla original, a 66.3% (para sumar 100).

pronta de los pacientes, incide en el autocuidado, en la participación terapéutica de la familia para continuar con la rehabilitación y evitar complicaciones; ayuda a disminuir el tiempo de internamiento y la mortalidad hospitalaria, además de procurar la organización y previsión en los servicios, así como la prevención de riesgos y afrontamiento adecuado de las contingencias que pueden surgir en el entorno institucional. Sin embargo, las políticas de ahorro en salud adoptadas por algunos países en el área de recursos humanos al contratar personal con baja calificación, devienen en alto costo social, económico y político por déficits en el desempeño laboral de recursos sin preparación o preparación elemental.

En general, las enfermeras latinoamericanas han producido un importante impacto en puestos de trabajo hospitalario, tanto en el cuidado integral como en el trabajo de gestión y gerencia hospitalaria, de organización y dirección de las unidades de enfermería; y lo han hecho también en la educación universitaria, en la creación de modelos de atención de enfermería, en la producción de conocimiento propio, a pesar de las limitaciones internas y externas de carácter económico, de oportunidades y conformación de comunidades de estudio. En el proceso de Salud para Todos y APS, su desempeño ha sido exitoso, reconocido y de alto valor para el desarrollo de la salud comunitaria. El impulso de programas de prevención, fomento y promoción de la salud con organización y participación de la población, ha sido protagonizado por enfermeras. Ha estado en sus manos: la educación para la salud, la vigilancia epidemiológica, la detección de contactos de enfermedades infecciosas, la cobertura de vacunación, la detección temprana de enfermedades prevenibles, la atención ambulatoria, consulta y consejería de salud, la salud materna e infantil y de otros grupos etarios, etc. *“...en especial después de la reunión de Alma Ata en 1978, se priorizó la estrategia de atención primaria que fomentó el trabajo interdisciplinar e intersectorial en salud. Durante los decenios del 70 hasta mediados de los 90 del Siglo XX la enfermería amplió su rol en el nivel primario de atención en salud* (Malvárez y Castrillón, 2004: 2). Las reformas del sector salud, aplicadas en la mayoría de países latinoamericanos, generaron limitaciones para avanzar con el compromiso de la enfermería comunitaria, pues el impulso de la tecnología médica, de la industria farmacéutica y la introducción agresiva de la medicalización determinó la presencia de nuevas prioridades en la ubicación laboral de las enfermeras. Los hospitales públicos y privados serían los escenarios principales de la enfermería en tiempos de globalización y neoliberalismo. Verderese (1979), Manfredi y Zouza (1986) coinciden en afirmar que la práctica laboral de

enfermería ha sido predominantemente hospitalaria (en el sector público y privado). En efecto, en la actualidad la participación de enfermeras en salud comunitaria se encuentra reducida: las oportunidades de trabajo comunitario son escasas, no existen incentivos y las políticas estatales de salud, exceptuando las de algunos países, son esencialmente urbanas. *“Proliferan desde el decenio de los 90 los contratos por servicios prestados y por servicios temporales y se pasa a la terciarización generalizada y a las cooperativas quienes mayormente ofrecen mano de obra inclusive para el sector público.”* (Malvárez y Castrillón, 2004:5).

Los datos sobre la relación de enfermeras por cada 1.000 habitantes en las Américas revelan grandes contrastes (cuadro n° 2). En la mayor parte de países la disponibilidad de enfermeras no alcanza a cubrir una profesional por mil habitantes, como se puede advertir en el cuadro n°2. Sólo Estados Unidos, Cuba, Canadá y Puerto Rico superan las recomendaciones de la OPS/OMS sobre la relación enfermeras/1000 hab.; México y Panamá se acercan a 2 enfermeras/1000 hab., y los 17 países restantes no logran disponer de 1 enfermera/ 1000 hab.

**CUADRO N° 3.**  
**ENFERMERAS Y MÉDICOS POR 1000 HABITANTES**  
**EN 23 PAÍSES DE AMÉRICA, 2003**

<b>Países</b>	<b>Enf./ 1000 habitantes</b>	<b>Méd./1000 habitantes</b>
Estados Unidos	9.72	2.79
Cuba	7.5	5.96
Canadá	7.48	1.87
Puerto Rico	4.25	1.75
México	1.08	1.56
Panamá	1.08	1.21
Uruguay	0.9	3.97
El Salvador	0.81	1.26
Venezuela	0.79	2
Chile	0.67	1.15
Perú	0.67	1.03
Argentina	0.59	3.04
Colombia	0.57	0.94
Brasil	0.52	2.06
Ecuador	0.5	1.45
Guatemala	0.41	1.09
Nicaragua	0.33	0.62



Costa Rica	0.32	1.27
Honduras	0.32	0.87
Rep. Dominicana	0.3	1.9
Bolivia	0.16	0.33
Paraguay	0.12	0.49
Haití	0.11	0.25

Fuente: Datos extractados de la tabla n° 3 del estudio Panorama de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina (Malvárez y Castrillón 2005: 7).

Elaboración propia.

Los déficits del incremento de enfermeras y médicos para satisfacer las necesidades de atención de la salud en los países tienen relación con la insuficiente oferta, especialmente de enfermeras, pero las decisiones políticas en torno al incremento de estos profesionales se relacionan con la falta de conocimiento y comprensión de las diferencias de los roles médicos y de enfermería. Por ejemplo, la Organización para la Cooperación del Desarrollo Económico (OCDE) establece una relación de 8 enfermeras por 1.000 habitantes; sin embargo, para el caso de México, en el quinquenio 2000-2005 el número de médicos se incrementó en un 19%, en tanto que sólo en el 3.9 % el número de enfermeras. Por el contrario, países como Canadá, Japón y Luxemburgo tienen una relación de 4 enfermeras por cada médico (Reyes, 2009). La realidad latinoamericana en este rubro se encuentra muy distante de alcanzar tales indicadores; existe una relación inversa: mayor número de médicos que de enfermeras. En consecuencia, sin una equitativa distribución de responsabilidades en beneficio del cuidado de las personas en situación de ayuda, además de la imposibilidad de un cuidado humanizado, personalizado y de calidad técnica, disminuye el interés y entusiasmo de los profesionales por la actividad laboral que realizan. Las enfermeras afrontan frecuentemente una situación de sobrecarga laboral que las conduce a estados de intensa tensión y depresión compatibles con el síndrome de Burnout<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup> Se presenta en personas que viven estados de estrés y puede ser frecuente en quienes ofrecen servicios a otras en condiciones de sobrecarga emocional y física. Se caracteriza por tres estados: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. En un estudio realizado en médicos y enfermeras de quirófanos de un hospital de Matanzas, *“la mayor tendencia a presentar el síndrome fue en mujeres casadas, con edad entre 35 y 44 años y antigüedad profesional mayor de 10*

La OMS calcula que hay en el mundo más de 59 millones de trabajadores de la salud, cantidad insuficiente para cubrir las necesidades sanitarias. Los trabajadores sanitarios se concentran en las regiones más ricas, con menos problemas de salud que en otras. Se estima que el déficit total es del orden de 4,3 millones de trabajadores. (Mohr, 2006:16).

Los “dispensadores de servicios de salud” (enfermeras y parteras) representan el 67% del conjunto de trabajadores sanitarios a nivel mundial, aunque en la Región de las Américas esa proporción apenas alcanza el 57%. (Jean Mohr 2006:5). Se requieren más enfermeras para una distribución equitativa en la población según sus necesidades y demandas. Pero es necesario retenerlas en sus puestos de trabajo (evitando su éxodo en busca de mejores condiciones laborales).

La Organización Mundial de la Salud declara que se necesita contar con 2.3 médicos y el mismo índice de enfermeras y parteras por cada 1000 habitantes. Algunos países en las Américas superan esa relación, no así en la mayoría de los de América Latina, lo que significa la persistencia de una distribución inequitativa que hay que superarla, así como considerar reformas necesarias en los procesos de formación. El 57% del total de enfermeras registradas en el mundo (alrededor de tres millones) está ubicado en América del Norte, es decir, en una relación de 11.07 enfermeras por 1000 habitantes y en el centro, sur y El Caribe, de 1.38 enfermeras en promedio. (Cassiani, 2015)

Es un hecho que la mayor demanda de enfermeras se encuentra en los hospitales y en áreas de mayor complejidad y especialización; es imprescindible su inserción en unidades de cuidados intensivos, servicios de emergencia, neonatología, quirófanos, recuperación postoperatoria, pediatría, clínica, y otras en hospitales de diversa complejidad; pero, en varios países, los sectores menos atendidos por enfermeras o que están insuficientemente dotados son las comunidades rurales, los puestos de salud comunitarios y, en general, los programas que tienen relación con la prevención y el fomento de la salud de la población. La salud pública como paradigma que articula categorías y acciones en torno a procesos de prevención, bienestar integral, organización social, educación, saneamiento y conservación del medio, derechos sociales e individuales fundamentales, etc. afronta las contradicciones derivadas del concepto de la salud como otra mercancía en las sociedades de corte neoliberal.

---

*años*”, (en este grupo las enfermeras fueron la mayoría). (Cabana, J.; García, E.; García, G.; Melis, A.; Dávila, R. 2009).

Es evidente que los avances de la enfermería tienen relación con las oportunidades de reflexión, búsqueda de respuestas a innumerables problemas relativos al cuidado de la salud a través de la investigación especializada, sistematización del conocimiento, teorización y difusión de la producción respectiva. Pero las investigaciones en muchos países son escasas aún, frecuentemente clínicas, derivadas del enfoque de la formación profesional, muchas de corte positivista; sin embargo, existe en la actualidad un compromiso creciente entre las enfermeras latinoamericanas por la investigación, especialmente cualitativa, alrededor del objeto de conocimiento de la profesión. Las sedes de investigación en enfermería son las universidades y, en algunos casos, las unidades, comités o equipos de investigación creados al interior de los hospitales en respuesta a la exigencia y lucha de las enfermeras por estos espacios de estudio y producción. En los últimos años las enfermeras se dedican a investigar más que en décadas pasadas; con frecuencia se destacan estudios procedentes de Brasil, Chile y Colombia, países que ofrecen, por alrededor de cincuenta años, programas de maestría en las diferentes especialidades de enfermería y cerca de veinte años en los de doctorado. Es de esperarse que la investigación se democratice y se inserte en la actividad cotidiana de un número creciente de profesionales en ejercicio. La formación en investigación entre las enfermeras data de la década de los 60 del siglo XX. Evidentemente, la producción de conocimiento está ligada al ejercicio del poder, a las ideologías que jerarquizan las ciencias, las profesiones, las oportunidades y al nivel de compromiso y empoderamiento por el objeto de estudio de cada profesión. De ahí que la vía de los encuentros, coloquios o jornadas nacionales e internacionales promovidos especialmente en la segunda mitad del siglo XX –y multiplicados profusamente en la última década del siglo actual– en cuanto posibilidades para la reflexión, la investigación y la conformación de comunidades de estudio, está siendo impulsada y desarrollada mediante la comunicación electrónica y la cooperación internacional. En esta dirección se encuentran las jóvenes sociedades científicas de enfermería que en América Latina proyectan afianzarse y robustecerse. Apoyos importantes para el desarrollo de la enfermería han provenido principalmente del Consejo Internacional de Enfermería (CIE), de la Federación Panamericana de Enfermeras (FEPPEN), de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE), de la Asociación de Enfermeras Canadienses, y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

En general, la enfermería latinoamericana ha logrado un importante desarrollo en un siglo de profesionalización. Sin embargo,

son evidentes las diferencias del crecimiento entre los países, siendo visibles las siguientes:

- Una fuerza laboral que enfrenta en muchos países de la Región bajas remuneraciones, escaso reconocimiento social de su desempeño, limitadas oportunidades de inserción en el mercado de trabajo, persistencia del empleo para la actividad de cuidar de personal con poca preparación (especialmente en el sector privado), distribución territorial desigual de profesionales en detrimento de la calidad del cuidado y de la atención a los problemas prioritarios de salud, débil liderazgo y participación en las políticas y agendas de salud.
- Reproducción de esquemas tradicionales de formación de corte asistencialista, individualista, predominantemente curativo, centrado más en el sujeto biológico que en el sujeto histórico y político; escasas oportunidades de perfeccionamiento académico, investigación y difusión.
- Débil incorporación de la investigación al quehacer de la enfermería tanto en el ámbito académico de la formación profesional como en el laboral hospitalario o comunitario. La enfermería genera información y oportunidades de investigación en beneficio de otras profesiones, en detrimento de su propio desarrollo.
- Legislaciones profesionales cerradas a las expectativas de las agremiadas, a la perspectiva de ejercicio libre, a la formación de sociedades científicas y laborales multiprofesionales, a las demandas de constitución de una nueva ética y perfil identitario de las enfermeras a tono con los nuevos conceptos de bienestar y equidad, en cuanto derechos humanos y de necesidad de avanzar en la construcción de la imagen de la enfermera como sujeto político.
- Reproducción de un perfil ideológico de la profesión anclado en la visión maternalista del cuidado y en la subalternidad de las mujeres que la ejercen. Al lado de esta realidad se percibe también una falta de posicionamiento de las enfermeras respecto de su función en la sociedad y, posiblemente, una débil disposición para asumir los nuevos liderazgos que reclama la defensa de la salud de la población en un mundo globalizado y neoliberal.

*“... la historia de la enfermería es historia desde abajo, por una parte por ser historia de mujeres, y por otra, por ser historia de un grupo que generalmente ha sido ‘la mano derecha de’, a veces hasta ‘muy cerca del corazón de’; pero con muy poca frecuencia, ‘hombro a hombro con’.” (Velandia, 2008: 38).*

## **2. PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN EL ECUADOR: UN PROCESO DE CAMBIOS Y EXPECTATIVAS**

Para aproximarnos al estado actual del desarrollo de la enfermería en el país, especialmente relacionado con la formación y ejercicio laboral, partimos del significado de profesionalización en cuanto proceso de transformación de la prestación del cuidado de la salud, de la etapa de acciones predominantemente experienciales e intuitivas a la fase en la que tales acciones se sustentan científicamente. En este proceso incide la transformación histórico-social del país y son determinantes la educación y titulación universitaria. Para el ejercicio social se requiere de un cuerpo de regulaciones y la pertenencia a la asociación gremial. La formulación de conceptos, teorías, método y modelos de acción construyen el cuerpo teórico y práctico de la profesión, que la definen y diferencian de otras profesiones. El reconocimiento social de la necesidad y utilidad de la profesión es consustancial a su razón de ser.

En este sentido, la profesionalización es un proceso complejo de larga duración, contradictorio y difícil, con avances y retrocesos. La complejidad está dada externamente por los cambios sociales, culturales, económicos, políticos, científico-técnicos y por el origen de la profesión, valores, prejuicios y estereotipos existentes en torno a ella. Internamente, inciden en su desarrollo el grado de participación y aporte de sus miembros en la construcción del conocimiento y el afrontamiento de los obstáculos para eliminarlos.

No es posible para el caso de la enfermería ecuatoriana y de América Latina adoptar la periodización de la historia de la enfermería europea, dadas las diferencias culturales, organización sociopolítica y de desarrollo de los pueblos de nuestro continente, así como las dificultades que ofrece la misma enfermería al tratarse de una profesión nueva, cuyo desarrollo se aparta del curso seguido por otras en el mismo período. Ana Luisa Velandia (2008) se refiere al interés de los autores latinoamericanos de inclinarse por otras formas de periodización para sus trabajos, entre las que se destaca la de carácter sociopolítico, que se distancia del enfoque universal de periodización occidental.

En nuestro criterio, entre las condiciones fundamentales que enmarcan la profesionalización de enfermería se encuentra la inserción en la educación y titulación universitaria como carrera, de la que se derivan o van paralelos otros procesos antes mencionados (regulaciones para el ejercicio, agremiación, formulación de conceptos, teorías, métodos y modelos particulares de práctica, reconocimiento social, acreditación, etc.). Los ritmos, avances y retrocesos del desarrollo son

parte de los contextos y de la historia. De modo que un ensayo de periodización de la profesionalización de la enfermería de Ecuador nos sitúa en varios momentos de alrededor de un siglo. Nos atrevemos a esbozar cuatro etapas, tomando criterios de algunos autores y otros personales –estos últimos, a partir de la reflexión de la experiencia vivida como estudiante y docente de enfermería desde los años sesenta hasta el año 2000–. Nos anima para ello, la propuesta de la investigadora colombiana Ana Luisa Velandia:

*... seguir construyendo la historia propia de la enfermería: hecha por las mismas enfermeras, analítica y no meramente descriptiva, enfocada a los hechos nacionales y que llegue hasta el presente, de tal forma que al comparar y hacer analogías del presente con el pasado, se construyan ejes tendenciales hacia el futuro y así sea posible visualizar sus perspectivas de desarrollo. (Velandia, 2008: 45).*

Creemos que la profesión de enfermería, en el tránsito de alrededor de un siglo, puede estar englobada en los siguientes momentos denominados así:

- Etapa de la enfermería pre-profesional: período de la caridad como dispositivo de beneficencia pública.
- Etapa pre-académica: el tránsito a la formación universitaria.
- Etapa académica: inserción universitaria, cambio y desarrollo curricular.
- Etapa de posicionamiento: hacia la formación de postgrado y la investigación.

Nuestro acercamiento a esta periodización cuenta con los aportes de las investigadoras: Patricia De La Torre y Margarita Velasco, María de Lourdes Velasco, Olga Verderese, Ana Luisa Velandia, Eduardo Kingman y otros autores, lo mismo que de organismos como la OPS/OMS, fuente de algunos contenidos relacionados con el tema.

Al margen de esta periodización, María de Lourdes Velasco (2002) considera que la enfermería ecuatoriana se inicia en el siglo XVIII con María Manuela Dominga de Santa Cruz y Espejo, quien junto a Eugenio Espejo, el mayor representante de la medicina ecuatoriana de la Colonia, asumió la atención y cuidado de los enfermos y moribundos afectados por fiebre amarilla (1785) y la educación comunitaria para la prevención de la viruela y el sarampión. Manuela Espejo, nombrada así en la actualidad, se distinguió como periodista y bibliotecaria, además

de salubrista. Nacida en 1753, sobresalió por su posición solidaria con su pueblo, como luchadora y comprometida con las causas sociales.

## **2.1. La enfermería pre-profesional en el Ecuador: período de la caridad como dispositivo de beneficencia pública.<sup>45</sup>**

Nos referimos en este período a la identificación de acciones de enfermería, especialmente asumidas por la congregación de las Hermanas de la Caridad, entre 1870 y los inicios del siglo XX; intervención sustentada en la caridad cristiana dentro de una concepción de beneficencia asumida por el Estado de la época. El cuidado hospitalario y de “higienización” de los espacios privados y públicos se produce en un contexto sociopolítico y económico caracterizado según Crespo-Burgos y Rigail (2002: 84) por el monocultivo del cacao y la explotación agroexportadora con sus enclaves de producción agrícola y de los puertos. Alrededor de estos se instaló un proceso de “abastecimiento de mano de obra y alimentos que estimuló importantes movimientos migratorios desde la Sierra”. Concepciones diferentes de la economía entre los terratenientes serranos y exportadores costños, y la lucha por el poder hegemónico, determinaron enfrentamientos regionales que marcaron dos etapas de gobierno en el período en referencia –el uno conservador y el otro liberal–, contexto en el cual se desarrolla la práctica de la salud pública bajo los intereses económicos de un incipiente capitalismo interno y los internacionales de expansión capitalista.

En este contexto ubicamos la intervención de las Hermanas de la Caridad (HH.CC), cuidadoras radicadas en el país desde 1870, por decisión del Presidente Gabriel García Moreno, para la administración de los hospitales de caridad y cuidado de los enfermos. De acuerdo con el historiador Germán Rodas, en el sistema colonial la Iglesia forma parte del aparato estatal:

*...los conceptos de salud, enfermedad y práctica médica se redefinían bajo la influencia de la religión,*

---

<sup>45</sup> La caridad transformada en dispositivo de beneficencia pública está explicada por Kingman y Goetschel (2014), en el sentido de servicio pastoral y civilizatorio desde las instituciones asistenciales, educativas y otras, con intervención en el cuerpo social bajo el control estatal y la colaboración de las órdenes religiosas que ingresaron a Ecuador a partir de la suscripción del Concordato por García Moreno y la Santa Sede (segunda mitad del siglo XIX).

*según la cual la salud era un bien de Dios, un premio o un don por el cumplimiento del mandato divino, y la enfermedad, concomitantemente, debía ser entendida como un estar en gracia de Dios, una prueba o un castigo divino que purificaba al individuo. En todo este contexto la Iglesia debía preocuparse por el buen morir como obligación para todo buen cristiano...* (Rodas, 2010: 16-17).

Este enfoque, que permanece una vez producida la Independencia y constituida la República, sería asumido por las Hermanas de la Caridad a su ingreso al país.

Las condiciones de vida en la época eran infrahumanas, especialmente de los indígenas, quienes padecían desnutrición y enfermedades infecciosas como tuberculosis y tifoidea (*patologías de la pobreza*). La morbilidad estuvo determinada por epidemias de sarampión, viruela, varicela y gripe y por desastres naturales. La medicina científica se convirtió en práctica dominante; se incrementó en número de hospitales y médicos, y se institucionalizaron las Juntas de Sanidad. (Crespo-Burgos y Rigail, 2002: 85).

Sobre el sentido de caridad-beneficencia, los investigadores Kingman y Goetschel (2014) afirman que la Iglesia en el período postcolonial tuvo una participación modernizadora de la sociedad en dirección misional y civilizatoria. García Moreno<sup>46</sup> transformó con enfoque práctico el sistema de caridad y de beneficencia, dentro de su proyecto autoritario de *nación católica*, de ideas de progreso, de impulso del capital comercial (en la Costa) y de la hacienda terrateniente (en la Sierra). Los mismos autores señalan que el gobierno permitió el ingreso de varias órdenes religiosas y utilizó su experiencia para la actividad de asistencia, educación, adoctrinamiento, control y administración de la vida para el mejoramiento de las costumbres y el disciplinamiento. De manera que en el proceso de procurar la “modernidad católica” de la nación, además de la intervención del presidente de la república, se contó con el rol pastoral y civilizatorio de las órdenes que ingresaron (las del Buen Pastor, las Hermanas de la Caridad, las Hermanas de la Providencia y los Hermanos Cristianos). Su acción debía cumplirse con un moderno sentido de caridad en cuanto dispositivo de beneficencia pública, –bajo la administración del

---

<sup>46</sup> Gabriel García Moreno, presidente del Ecuador, durante el periodo 1859 a 1875, suscribió el Concordato con la Santa Sede en 1866 para normalizar los intereses del Estado y Roma. Su proyecto de “nación católica” incluía la armonización del poder de la ley y la acción pastoral. (Kingman y Goetschel, 2008).



Estado— y de intervención en el cuerpo de las poblaciones: en hospicios, escuelas, internados, casas de rehabilitación, cárceles, hospitales, orfanatorios, centros de acogida para madres solteras, lavanderías, pequeñas empresas domésticas, etc. Las instituciones de beneficencia modernizadas se ocuparon también de “... la sujeción moral y espiritual de las mujeres y los niños,...” (Kigman y Goetschel, 2014: 137). Con esta resignificación de la caridad como parte del Estado y controlada por él, en cuanto beneficencia, aplicada con la colaboración de la Iglesia, según los autores, queda atrás el concepto de dádiva para los pobres. Este enfoque se reedita en el período de la revolución liberal.<sup>47</sup>

En otro estudio, Kingman (2003) afirma que la expectativa de García Moreno de modernizar el sistema asistencial y el funcionamiento de las casas de beneficencia, en el sentido civilizatorio, de progreso (ilustrado) y orden moral, debía sustentarse en los principios de la caridad para protección y redención cristianas (cuidado del cuerpo y del alma), para lo cual confiaba en la experiencia administrativa hospitalaria de las Hermanas de la Caridad y en su capacidad moralizadora de los establecimientos. Kingman destaca que las monjas instauraron un régimen administrativo que facilitó el proceso de medicalización; crearon un sistema de distribución de las salas, espacios de circulación de los enfermos, horarios de atención y dispositivos de vigilancia, todo ello dentro del proyecto garciano en dirección de la economía de los esfuerzos y en sentido político de centralización del poder. Según el autor, la acumulación de poder logrado por las Hermanas de la Caridad fue causa de conflictos frecuentes con los médicos. Señala que todo estaba bajo el control de ellas, hasta el mínimo detalle, lo que explica en parte por qué el liberalismo de finales del siglo XIX y comienzos del XX no pudo intervenir en el interior de los hospitales y otras casas de beneficencia. Sobre la Iglesia, los servicios del hospital, la división del trabajo y la diferenciación de las personas, Kingman afirma que:

*El servicio de los enfermos era una extensión de la estructura doméstica en el mundo público. (...) En el desarrollo hospitalario, se reprodujo, entre otras cosas, la división del trabajo entre los hombres, responsables del saber y la práctica médicos y las*

---

<sup>47</sup> En nuestro criterio, el concepto de *caridad-beneficencia*, se prolongó no sólo en el período de la “revolución liberal” (1895 - 1924), sino varias décadas más en el siglo XX (en el área de la salud). La filosofía de la caridad cristiana de las Hermanas de la Caridad siguió aplicándose en la atención de los enfermos en los hospitales públicos del Ecuador hasta entrada la década de los años setenta.

*mujeres, a cargo del cuidado y manejo de los enfermos y la rutina y administración de las casas*<sup>48</sup>, así como la división “racial” que asignaba a los indios, las mujeres presas y a los propios enfermos las “tareas bajas” dentro de los servicios del hospital.” Lógica administrativa de la Iglesia para aplicar las divisiones estamentales, raciales y de género. (Kingman, 2003:380).

La posición del liberalismo en relación con la modernización del Estado —que asume el poder luego del proyecto de “modernidad católica” del conservadurismo— se concreta con la revolución liberal liderada por Eloy Alfaro en 1895, en cuyo programa consta, entre otros cambios, la conformación de un Estado secular o laico (Paladines, 2007). Las ideas liberales determinaron cambios en los conceptos de salud y enfermedad, se formaron médicos y los hospitales dejaron de ser lugares para el buen morir. A pesar de ese esfuerzo modernizador, la medicina aborígen no dejó de estar presente como parte de la sociedad y como alternativa de sanación (Rodas (2010).<sup>49</sup>

Eloy Alfaro, el gran caudillo de la Revolución Liberal Radical (1895-1901 y 1906-1911), intervino contra los intereses del conservadurismo, de la oligarquía costeña, de los hacendados serranos y de la Iglesia católica. Después de la fase radical del liberalismo alfarista sobrevino un liberalismo “moderado” y luego un “liberalismo plutocrático”, funcional a la banca privada y al empresariado de la época. Alfaro impulsó una serie de políticas sociales que beneficiaron al sector obrero: salarios y regulación de las condiciones de trabajo, asistencia pública, sindicalismo; sus políticas beneficiaron también al sistema educativo con el laicismo, la promoción de las artes, la secularización cultural. Por el contrario, con la presencia del liberalismo moderado se produjo el progresivo declive de la agro-exportación del cacao y la paulatina explosión de las protestas sociales. La crisis estalló desde 1920 (Paz y Miño, 2013).

---

<sup>48</sup> Kingman se refiere a las casas de Beneficencia.

<sup>49</sup> Algunas prácticas de medicina aborígen conviven con la medicina moderna aún hoy, en el siglo XXI. Poblaciones rurales dispersas, alejadas de los centros urbanos que no cuentan con acceso a hospitales, centros de salud urbanos o rurales recurren a la atención alternativa de comadronas, curanderos, sobadores, hierbateros... De igual manera, las comunidades de los pueblos y nacionalidades indígenas del Ecuador conservan sus prácticas médicas ancestrales y participan también de la medicina occidental.

A partir del liberalismo la Iglesia fue excluida del control de las instituciones de beneficencia, hospitales, orfanatos, y otras áreas que estuvieron bajo su dominio por décadas (Paladines, 2007). Sin embargo, en las acciones específicas del cuidado de enfermería en los hospitales públicos es destacada la participación de las Hermanas de la Caridad, aún después de la Revolución Liberal de fines del siglo XIX.<sup>50</sup> De modo que la secularización lograda con el Estado liberal no fue aplicada en todas las áreas como en efecto se aplicó de manera radical en el caso de la educación y otros ámbitos. Según Kingman (2003), el Estado liberal encontró dificultades para intervenir en instituciones como el hospital, organizados bajo un viejo sistema de encierro.

Es de suponer que las Hermanas de la Caridad, al responsabilizarse de los hospitales cuando llegaron al país, buscaron asistencia de otras mujeres para el trabajo de cuidado dadas las funciones múltiples que debieron asumir, la demanda de atención y la complejidad de las patologías de la población, conocidas unas, derivadas de las guerras de la independencia otras, y varias aparecidas con el desarrollo incipiente del capitalismo. Su presencia se extendió en el país, como ya mencionamos, hasta la década de los años setenta del siglo XX. En ese entonces, todavía se ocupaban de todo y controlaban tiempos, espacios y personas, de modo semejante al encontrado en la administración de las Hermanas de la Caridad del Hospital San Juan de Dios de Quito, en el período garciano descrito por el investigador Kingman (2003).

A finales de los años sesenta y parte de los setenta del siglo pasado,<sup>51</sup> observamos en Cuenca que la organización y administración del cuidado de los enfermos trascendieron los límites de las salas de hospitalización, pues las Hermanas de la Caridad se responsabilizaban también de la botica, de las dietas, suministros y equipos, lencería, mantenimiento, bodega, estadística, adiestramiento de ayudantes, etc. Las Hermanas de la Caridad participaron en la formación práctica de enfermeras seglares en las ciudades donde se habían fundado escuelas de enfermería. Como administradoras de los hospitales tenían conocimiento y experiencia de estos, y como jefas de sala y ejecutoras del cuidado se encargaban de la orientación y supervisión de las estudiantes. Además de la prestación de los cuidados a los enfermos hospitalizados en las salas comunes, se dedicaban también a la

---

<sup>50</sup> El concepto de beneficencia incorporado a la salud y otros servicios gubernativos fue uno de los cambios preconizados por el gobierno de la “modernidad católica” (Kingman y Goetschel, 2008), de corte conservador, en el período de García Moreno, anterior al del liberalismo con Eloy Alfaro.

<sup>51</sup> Testimonio de la autora.

preparación, acompañamiento y evaluación permanente de mujeres jóvenes, de extracción popular, seleccionadas o aceptadas por recomendación especial para apoyar como ayudantes en la atención de los enfermos. Se ocupaban de la enseñanza de ciertos procedimientos rutinarios de limpieza, alimentación, administración oral de medicinas, medidas de comodidad, higiene y movilización, recolección de muestras para exámenes de laboratorio, entre otras actividades básicas del cuidado a los enfermos. Esa preparación les capacitaba como asistentes voluntarias, llamadas también *meritorias*, sin relación laboral ni remuneración. Aprender a *cuidar-haciendo* en el día o en la noche, con la esperanza de convertirse en trabajadoras del hospital en algún momento, siempre incierto, sin más recompensa que la posibilidad de recibir la alimentación del día y procurar algunas destrezas para el cuidado, fue una experiencia particular de relación laboral semifeudal, extendida hasta los años setenta del siglo XX, que coexistía con el proceso en marcha de desarrollo del capitalismo en el país.<sup>52</sup> Este tipo de relación puede advertirse también en la referencia que hace María de Lourdes Velasco con respecto a la atención privada de salud en la primera mitad del siglo XX: “*En la Clínica Ayora (1906), las condiciones de trabajo en la década del cincuenta para el caso de la enfermera consistía en: tener residencia en la clínica, recibir alimentación, trabajar doce horas diarias, aporte al seguro y recibir utilidades cada año.*” (Velasco, 2002: 424). La explotación del trabajo en el Capitalismo incipiente o en el desarrollado es una invariante; vale recordar que en el Ecuador, en septiembre 11 de 1916, se decreta la jornada laboral de 8 horas diarias, 30 años después de las luchas obreras y la represión de Chicago (Paz y Miño, 2003).

En síntesis, la interpretación de caridad aplicada al campo de los hospitales y del cuidado de los enfermos como beneficencia bajo el control del Estado tiene especial importancia en la concepción y práctica de la enfermería en su origen y desarrollo a fines del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX. Se imprimió en la población y en las cuidadoras el sentido religioso del cuidado de los enfermos, ya no derivado de la Iglesia solamente, sino también de los servicios

---

<sup>52</sup> Casi a los 100 años de la radicación de las Hermanas de la Caridad en el Ecuador, fundamos en Cuenca, en 1968 la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca. Con ellas coordinamos programas de educación en servicio, sesiones gremiales, y llevamos a cabo las prácticas de las estudiantes de la naciente escuela en el Hospital San Vicente de Paúl, institución pública regentada por las Hermanas, que contaban con la aquiescencia y el reconocimiento de las autoridades oficiales dependientes del recién creado Ministerio de Salud Pública (testimonio de la autora).

gubernativos de beneficencia (la caridad desde el Estado con la denominación de beneficencia bajo su control), de modo que el proceso conflictivo de secularización que se produce en el período postcolonial, está acompañado de fuertes componentes simbólicos religiosos que, al menos en el campo de la salud y de la enfermería en particular, se conservaron por largo tiempo y pueden estar presentes en alguna medida aún en la actualidad. En nuestro criterio, estos componentes se institucionalizaron en la educación de enfermería y por tanto en la administración hospitalaria y el cuidado, desempeñados por las enfermeras seglares en la primera mitad del siglo XX y reproducidos con algunas particularidades nuevas y cambios a partir de los años cincuenta y sesenta. En este trabajo, a través de los testimonios y relatos de las experiencias laborales de algunas enfermeras, encontraremos los rezagos de las concepciones y prácticas de la enfermería que se ocupa “de todo” y controla hasta los últimos detalles del cuidado y de la administración (con sentido de espacio privado, vigilancia y encierro), aunque la enfermería secolar no conservó por ello el poder institucional que sí lograron las Hermanas de la Caridad al frente de los hospitales, hospicios y orfanatos a su llegada al Ecuador (Kingman, 2003).

## **2.2. Etapa pre-académica: el tránsito a la formación universitaria**

Esta etapa se inserta en un contexto económico y político de país agroexportador (Pacheco, et., al., 2002) caracterizado por: los impactos de la recesión derivada de la Primera Guerra Mundial, el consiguiente endeudamiento fiscal, el control de los gobiernos por la banca privada, las luchas obreras y la masacre de 1922, la Revolución de julio de 1925 (“Revolución Juliana”) —evento que determinó el control de la economía del Estado y el desarrollo de la industrialización— así como por beneficios sociales a través de un sistema nacional de seguridad social y leyes que legitimaran la organización de los trabajadores. Un país cuya caída económica de 1929 dio paso a gobiernos efímeros hasta 1944 (Milk, 1997) en que se produce una rebelión popular denominada “La Gloriosa”, de carácter nacionalista (Pacheco, et, al., 2002) que, sin cumplir sus objetivos de cambio social, termina entregando el poder a un gobierno populista. Un país con un sistema de hacienda y *huasipungo*<sup>53</sup> con relaciones

---

<sup>53</sup> “El sistema del *huasipungo* consistía en la cesión de una pequeña parcela de tierra que hacía el patrono al trabajador agrícola para que este levantara en ella su vivienda —generalmente una choza—, la cultivara con su familia y se pagara con sus frutos las horas de labor que entregaba al dueño de la hacienda.” (Borja, 2012).

oprobiosas semifeudales y estrategias de dependencia y subordinación de indígenas y campesinos para prolongar la explotación del trabajo, como la prohibición de aprender a leer, el sometimiento a deudas impagables y a las cárceles internas creadas por los terratenientes para controlar la “desobediencia” y otras “faltas”. El período se caracteriza también por la demanda de tierra por los campesinos, luchas en las que hombres y mujeres participaron desde la Colonia (Del Álamo, 2011). De ahí que en los inicios de la década de los sesenta el desarrollo del capitalismo del agro se concrete influenciado por las reformas agrarias luego de las revoluciones de Guatemala, Bolivia y Cuba, por las demandas y luchas permanentes de tierra de los campesinos y la injerencia de Estados Unidos sobre los cambios en la estructura agraria (Zapata, 2007).<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> Este proceso no ha terminado hasta hoy. El levantamiento indígena de agosto de 2015, entre otras exigencias al régimen, se refiere a la revisión de la Ley de Tierras, que garantice el acceso y la redistribución de la tierra controlando las grandes concentraciones.



***Hermanas de la Caridad al frente de la administración de los hospitales y el cuidado***

Imagen 3. Estudiantes de la Universidad Central del Ecuador guiadas por una Hermana de la Caridad, jefa del servicio de clínica de mujeres del Hospital Eugenio Espejo-Quito, 1962

Fuente: Rincón Histórico Iralda Benítez de Núñez. Escuela Nacional de Enfermería. Quito-Ecuador

La enfermería se inserta en este contexto, igual que la medicina y otras profesiones del área de la salud, para comprender e intervenir desde cada campo de acción *“un perfil epidemiológico dependiente de enfermedades prevenibles o transmisibles propias de la pobreza”* (Pacheco, et. al, 2002).

En los inicios del siglo XX, con la expansión de las ideas liberales el gobierno nacional y los gobiernos locales se ocuparon de fortalecer los establecimientos de salud al tiempo de diferenciar los roles de la Iglesia y del Estado. Se incrementó el número de médicos y hospitales, primó la práctica médica occidental, la instalación de juntas de beneficencia y se promocionó la formación de enfermeras y odontólogos. La higienización de las ciudades y el control de la tuberculosis, fiebre amarilla, viruela y paludismo eran prioritarios. La causalidad sobrenatural de las enfermedades cedió paso a la etiología microbiológica y al concepto de la falta de higiene y contaminación del medio. En las tres primeras décadas del siglo XX se construyeron los conceptos y prácticas básicas de la Salud Pública y la consolidación de la asistencia social. Las décadas de los años 30 y 40 son trascendentales para la organización y salud laboral: en esta etapa se crean leyes y servicios como parte de una política social proteccionista. En 1940 había 41 hospitales y 4206 camas hospitalarias (Rodas, 2010). En consecuencia, la atención de enfermería debió requerir la multiplicación de profesionales seculares, además de las religiosas encargadas del cuidado desde mediados del siglo XIX.

Sobre la higienización es interesante la posición crítica de Kingman (2006: 274), quien anota que *“... la higiene de las poblaciones comenzó a formar parte de las políticas de Estado. Se trataba de dispositivos que iban más allá del campo individual y de la propia medicina como disciplina especializada, y se orientaban en la línea de una biopolítica.”* El autor señala dos etapas del higienismo: en un primer momento, las prácticas de salubridad que respondían a acciones dirigidas al ornato y a la beneficencia estaban ligadas a la policía y tenían una posición racista; era normal entre los ciudadanos que los indígenas debían hacerse cargo de la limpieza de la ciudad y de la movilización de los enfermos, es decir que lo impuro y lo contaminado estaba reservado a los indios. En un segundo momento se articulan las medidas normativas municipales, las acciones médicas y la policía médica. Finalmente, afirma que las prácticas salubristas se derivan de organismos especializados de carácter regional y provincial destinados a eliminar las pestes y garantizar la producción y exportación de materias primas ligadas al comercio internacional. La salubridad estuvo relacionada no solo con el ornato sino también con criterios



morales: interviene en la higiene individual, en la domiciliaria –en el sentido de la casa como “morada de la salud” y “bienestar doméstico”– y en las ciudades: tres ámbitos interrelacionados. (Kingman, 2006). De hecho, desde el Estado modernizado –y con las Hermanas de la Caridad– se normaliza y oficializa el rol doméstico de las mujeres vinculado a la higiene y cuidado de la salud.

De las prácticas higienistas del siglo XIX, aplicadas en la costa y la sierra del Ecuador, con distintos objetivos, contenidos y tiempos, surge la Medicina Social, que en el siglo XX tendría un cuerpo propio de conocimientos y trascendencia social. A lo largo de la aplicación de las medidas higienistas participan médicos, benefactores y la policía, pero no se menciona la intervención de enfermeras fuera del hospital, de los hospicios y casas de huérfanos, pues al estar dedicadas fundamentalmente a la labor del cuidado, cumplirían el papel de limpieza física y moral en el encierro.

Con la creación de escuelas de enfermería en la primera mitad del siglo XX y con la introducción de la “Salud Pública” en el currículo, estudiantes y enfermeras graduadas se vinculan con los programas oficiales de la salud preventiva, entre cuyas actividades asumen la salud escolar, el control nutricional, el control materno-infantil, la vacunación, la realización de visitas domiciliarias, educación para el saneamiento del medio en barrios urbanos y suburbanos... Si extrapolamos las ideas de Kingman (2006) sobre las prácticas higienistas iniciadas en el siglo XIX como prácticas de vigilancia y control de la familia y del cuerpo social a cargo del Estado, en nuestro criterio, podemos conjeturar que aquellas acciones reproducidas en la primera mitad del siglo XX, desarrolladas por las nuevas enfermeras a través de la Salud Pública, también significarían orden, higiene, ornato, moralidad, en el mismo sentido de vigilancia y control dado por el autor.

Es evidente que la enfermería como profesión emerge a la luz pública conjuntamente con el proceso de definición y estructuración oficial de la salud y de los modelos de prestación de servicios a la población desde el Estado. Por su parte, Margarita Velasco (2011) afirma que la salud en el Ecuador aparece como preocupación estatal luego de la Revolución Liberal<sup>55</sup> en dos direcciones: hacia la atención de la población pauperizada y hacia la prevención a través de acciones específicas en los puertos. Afirma la autora que este segundo objetivo, desarrollado mediante la sanidad marítima creada por Eloy Alfaro en

---

<sup>55</sup> La preocupación de la salud desde el Estado tiene antecedentes en la época garciana (1859—1875), antes de la revolución liberal, con obvias diferencias dado el carácter de la política conservadora de García Moreno y liberal de Eloy Alfaro.

1906, nace para responder a los requerimientos del modelo agroexportador (garantizar el saneamiento del cacao y del banano) para asegurar los objetivos del proceso de acumulación capitalista en marcha, más que para atender las necesidades de la población.

Margarita Velasco (2011) señala que a partir de 1927 la Asistencia Pública se ocupa de la atención de las enfermedades de los "pobres y menesterosos" mediante una red provincial de hospitales públicos creados en las principales ciudades del País. Sin embargo, el 75% de la población, ubicada en la zona rural, no accede a esta red de atención. Apenas desde 1947 el Estado funda la Sanidad Nacional con la cual se amplían las acciones preventivas dirigidas a la población y a la higiene urbana. De 1945 a 1967, de acuerdo con la misma autora, las prestaciones de salud están a cargo del Ministerio de Previsión, y solo en 1967 se funda un Ministerio de Salud Pública (entre los últimos de América Latina). Destaca que: *"... la salud como política estatal no nació siendo parte del derecho ciudadano, sino como caridad estatal y como complemento a las necesidades del capital."* (Velasco, 2011:326).

La iniciación de una formación sistematizada de enfermería recibe esa influencia; debía modernizarse y responder a las necesidades de un nuevo modelo de desarrollo del país. La formación pre-académica se ubica en las primeras décadas del siglo XX, período en el que se produce el inicio de la formación de enfermeras en algunas instituciones asistenciales y en escuelas adscritas a universidades a través de programas transitorios o que discontinuaron; con requisitos para su ingreso distintos a los correspondientes a estudiantes de otras carreras (por ejemplo, la exigencia de varios años de educación secundaria y no necesariamente título de bachillerato). La formación estuvo sustentada inicialmente en la docencia ejercida por médicos, pues la iniciativa de la fundación de escuelas de enfermería generalmente nacía del interés de contar con personas preparadas en la práctica que ayudaran a la labor médica.

De la Torre y Velasco, (1986) refieren que la primera escuela militar de enfermeras se creó en 1906. Según María de Lourdes Velasco (2002) la primera escuela de enfermería anexa a la Universidad Central se fundó en 1917; asimismo, en 1942 se abre la Escuela Nacional de Enfermeras<sup>56</sup>, adscrita a la Universidad Central, estableciendo en 1944 el cuarto curso de secundaria como requisito de ingreso.

---

<sup>56</sup> Como antecedentes de la profesión, en cuanto quehacer social sustentado en disciplinas y técnicas provenientes de una formación sistematizada, es una referencia obligada la influencia ejercida por Florence Nightingale, gestora de la enfermería moderna y de la educación de enfermería en Europa, en América y, por tanto, en Ecuador.

La formación de enfermeras a través de una estructura universitaria permanente y de cobertura nacional se produce con la creación de la Escuela Nacional de Enfermeras en Quito. María de Lourdes Velasco (2002) señala que su fundación coincide con un período de promulgación de leyes y aparición de instituciones relacionadas con la protección laboral a lo largo de las primeras décadas del siglo XX: la Caja de Pensiones (1928), la Ley de Jubilación, Montepío Civil, Ahorros y Cooperativa; asimismo, con la aparición en Quito de la Clínica del Seguro Social (para atención de la salud de trabajadores afiliados).

El requisito de bachillerato para la admisión de estudiantes en la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Quito se exige solo a partir de 1952 (Velasco, 2002). La exigencia del título de bachiller como uno de los requisitos de admisión colocó a la enfermería en igualdad de condiciones de matrícula con respecto a las demás carreras universitarias.

Consideramos que esta escuela, la primera de carácter nacional fundada en el país, sienta las bases de la formación profesional de enfermeras en dos momentos: de 1942 a 1952, sin la exigencia de título de bachillerato, y de 1952 en adelante con la exigencia del mismo, con lo cual se establece como carrera universitaria junto a otras, aunque con ciertas particularidades, para unos, fundamentales y, para otros, inconvenientes.

La creación y funcionamiento de la Escuela Nacional de Enfermería en la Universidad Central del Ecuador (Quito), “...con un estilo normativo y plan de estudios de corte norteamericano” (OPS, 2011: 109), marcó el perfil de la educación de enfermería en el país desde su origen y hasta buena parte de la segunda mitad del siglo XX. Nos interesa enunciar algunas de las características de la educación desarrollada por esta escuela, dada la influencia y trascendencia nacional que tuvo y la expresión de algunos estereotipos que han caracterizado a las enfermeras a lo largo de su trayectoria.

Sobre la admisión: No obstante la condición de estudiantes universitarias que debían responder a los requisitos generales establecidos por la universidad, las aspirantes de la carrera de enfermería en la escuela mencionada debían cumplir pre-requisitos específicos considerados consustanciales a la enfermería: salud física y mental médicamente comprobadas; lo que significaba no tener lesiones genéticas o adquiridas que constituyeran defectos físicos que obstaculizaran el movimiento así como el funcionamiento sensitivo

(especialmente ver, oír, oler, palpar), fundamentales para el establecimiento de relaciones personales y el uso apropiado del cuerpo para la asistencia a los enfermos; demostrar también un perfil de honorabilidad o “buena conducta” mediante certificados otorgados por personas probas; aceptar la vida de internado durante tres años de estudio, lo que significaba acatamiento de un sistema de regulaciones de la vida semejante al régimen militar o religioso<sup>57</sup>; demostrar soltería y contar con los auspicios económicos institucionales o con autofinanciamiento.<sup>58</sup>

El currículo: Diseñado por enfermeras norteamericanas, estaba inspirado en el pensamiento de Florence Nigthingale, fundadora de la enfermería moderna en Europa. Cubría tres años intensivos de formación con régimen de internado, interconectados por sólo 15 días de vacaciones al año. Su enfoque teórico-práctico incluía contenidos de las ciencias biológicas, psicosociales y profesionales<sup>59</sup>, distribuidos en dos periodos: pre-clínico y clínico, en los que el aprendizaje de las ciencias y las técnicas estaba articulado a un proceso de formación del carácter, control de las emociones, disciplina, responsabilidad,

---

<sup>57</sup> Ese sistema de disciplinamiento de cuerpo y espíritu lo viví como estudiante de enfermería en la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Central entre 1960 y 1963, y como docente entre 1963 y 1968. Se trataba de un establecimiento singular pues, siendo parte de la Universidad, se autorregulaba mediante una administración, régimen de estudios, calendario escolar y normatividad diferente a la general universitaria (testimonio de la autora).

<sup>58</sup> Se trataba de una pensión de cuatro cientos sucres mensuales, inversión compatible con la economía de una familia de clase media de mediados del siglo XX.

<sup>59</sup> Entre las disciplinas biológicas figuraban: anatomía, fisiología patología, bacteriología, drogas y soluciones; entre las psicosociales: ética y psicología, y, entre las profesionales, las específicas de enfermería: principios fundamentales de enfermería, programa basado en textos clásicos de orientación norteamericana, con integración de elementos de física, matemática, sociología, psicología, morfología, biología, nutrición, entre otros. El aprendizaje teórico-práctico de esta asignatura, llevado a cabo en laboratorios y en el hospital comprendía el periodo pre-clínico, al término del cual las estudiantes podían acceder a los restantes niveles de aprendizaje de las enfermerías: clínico-quirúrgica, pediátrica, gineco-obstétrica, psiquiátrica, de quirófanos, salud pública y proyectos de investigación. La metodología de aprendizaje y evaluación estaba sustentada en exposiciones teóricas y demostración de procedimientos por simulación o con enfermos; presentación y exposición de planes de cuidado en cada especialidad y trabajos de consulta bibliográfica; desempeño en los campos de práctica con supervisión docente y de las Hermanas de la Caridad desde las jefaturas de sala; sistema de control disciplinario y sanciones (testimonio de la autora).

puntualidad, obediencia, autocuidado para la salud física, comportamiento social (buenas maneras en el uso del lenguaje, del vestido, de la risa y del hablar, del caminar, del comer, del relacionamiento con las personas, de la higiene individual, del arreglo personal y de las habitaciones, etc.) y participación en eventos eclesiásticos representando a la institución. Las estudiantes efectuaban acciones de estudio-trabajo en instituciones diversas a través de una minuciosa planificación de la rotación de prácticas supervisadas, especialmente en establecimientos públicos, como el Hospital Eugenio Espejo, centros de salud urbanos, Hospital Psiquiátrico de Conocoto, Maternidad Isidro Ayora, casa cuna de los Laboratorios Life y domicilios particulares de la ciudad de Quito. Bajo un régimen de homogeneización del proceso de formación y disciplinamiento a través de un sistema de orientación, conducción, vigilancia, sanción y evaluación de los comportamientos y el rendimiento académico, los productos esperados debían ser también homogéneos, no obstante las diferencias obvias de las estudiantes. Su misión era formar enfermeras competentes para el cuidado de los enfermos, para la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, basándose en las necesidades de las personas y de las familias, en la planificación, ejecución y seguimiento de las acciones terapéuticas, sustentadas en principios científicos, técnicos y éticos, con entrega, *sin esperar recompensa*, con fidelidad al diagnóstico y prescripción médicos, sin miramiento de clase, color o religión de las personas a su cuidado. Es evidente que este modelo de educación con internamiento de las estudiantes y profesoras contribuyó a una formación y desempeño profesional de especial eficacia para los objetivos del Estado capitalista de la época, de corte dependiente y atrasado, y para los intereses de modernización de la salud. Por el prestigio generado por Ligia Gomezjurado<sup>60</sup> desde la dirección de la institución, se constituyó en una escuela “de élite”

---

<sup>60</sup> Ligia Gomezjurado es la pionera de la educación de enfermería en Ecuador, dirige por varias décadas la primera escuela universitaria del país: la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Central (Quito), fundada a inicios de la década de los cuarenta del siglo XX. Dedicada por entero a la administración de la institución con el enfoque de Florence Nightingal e influencia norteamericana, estableció innumerables relaciones con entidades públicas y privadas para garantizar la formación práctica y de servicio de las estudiantes y amplia apertura para el ejercicio profesional de sus graduadas. Convencida de una formación disciplinada en régimen de internado, sólida en conocimientos, prácticas y actitudes de servicio “sin esperar recompensa”, seleccionaba con rigor a las aspirantes y vigilaba el cumplimiento curricular y reglamentario de su institución. Tuvo gran prestigio como educadora de enfermeras en la época y especial influencia en las escuelas que fueron creándose posteriormente. (Testimonio de la autor).

(calificativo difundido socialmente) con gran aceptación nacional, debido a la preparación especializada del profesorado a lo largo de la década de los sesenta y posteriormente, así como por el desempeño de especial eficiencia de sus graduadas en la organización de instituciones de salud, en la administración, en el cuidado y en el cabal cumplimiento polifacético de responsabilidades. Los principales cambios para convertirse en una escuela universitaria a tono con las nuevas exigencias sociales, políticas y de la salud, se producen en la década de los setenta con la eliminación del internado como requisito de la carrera y la creación del programa de estudios complementarios para el nivel de licenciatura en enfermería en 1968.<sup>61</sup>

En síntesis, el período descrito constituye un proceso de inicial vinculación de la enfermería con la universidad, de manera temporal en las dos primeras décadas del siglo XX y, posteriormente, de manera permanente, con auspicios médicos primero, después provenientes de enfermeras extranjeras y luego nacionales. Este período se inserta en un proceso de desarrollo de la medicina y de atención de la salud a cargo de varias entidades paralelas: la Asistencia Pública, el Departamento Médico de la Caja del Seguro, la Sanidad Militar, los Departamentos de Higiene Municipal e instituciones autónomas como el Instituto Nacional de Higiene, Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA) y Junta de Beneficencia de Guayaquil. Además de estos servicios *incoherentes y caóticos*, se contó con atención de la medicina liberal privada, con los de la medicina tradicional y aborígen (Pacheco, et., al., 2002).

En este contexto, la enfermería se inicia con gran influencia de la Iglesia católica mediada por las Hermanas de la Caridad y robustecida por la filosofía cristiana del cuidado y del medio ambiente de Florence Nightingale, reproducida a través del ingreso al país de las enfermeras norteamericanas que organizaron la Escuela Nacional de Enfermería. Puede advertirse la visión religiosa (aunque no la visión científica de enorme aporte para la educación y la práctica profesional mundial) de la legendaria enfermera inglesa, pionera de la enfermería moderna, en el siguiente texto:

*Se distingue de los partidarios de la “teoría de los miasmas” de su tiempo por la conexión tan personal que establece entre sus ideas científicas y religiosas. Para Florence, Dios había creado la enfermedad de los miasmas para que el hombre pudiera conocer sus causas a través de la observación y prevenir así su*

---

<sup>61</sup> Testimonio de la autora.

*reaparición mediante la organización del entorno. Creía, por consiguiente, que las enfermeras, al encargarse de la higiene, tenían una oportunidad única para progresar espiritualmente, para descubrir la naturaleza de Dios mediante el aprendizaje de sus “leyes de la salud” (Attewell, 2000: 4)*

La enfermería crece y se desarrolla también a partir de la necesidad de su aporte social en los sistemas e instituciones creados por el Estado para la atención de la salud, asimismo vinculada a la medicina a lo largo del proceso de cambio del modelo de producción en el siglo XX y en medio de las contradicciones particulares de un capitalismo ecuatoriano incipiente. El modelo de atención fue esencialmente curativo, aunque la formación de enfermería incluía también el enfoque preventivo de la Salud Pública.



***De la tradición del cuidado espontáneo a la constitución de una disciplina  
que articule conocimiento, técnica y afectividad***

Imagen 4. Ceremonia de imposición de cofias: Dña. Ligia Gomezjurado, primera directora ecuatoriana de la Escuela Nacional de Enfermería (con enfoque norteamericano), Dr. José María Velasco Ibarra, Presidente de la República del Ecuador, autoridades de la Universidad Central y eclesiásticas. (Al fondo las banderas de Ecuador y de Estados Unidos). Años 40 del siglo XX.

Fuente: Rincón Histórico Iralda Benítez de Núñez, Escuela Nacional de Enfermería, Quito-Ecuador



### 2.3. La etapa académica: inserción universitaria, cambio y desarrollo curricular

Esta etapa corresponde al recorrido de la enfermería en el período 1960-1983 descrito por Patricia de la Torre y Margarita Velasco (1986). De su enfoque crítico sustentado en el análisis socio-político y económico del país, ausente en otros documentos de consulta, tomamos algunos datos que ilustran de manera singular este período en el que se sientan las bases para el desarrollismo, determinantes de algunas transformaciones en el campo de la salud y en la formación y práctica profesional de las enfermeras ecuatorianas. Las autoras seccionan el período en tres momentos: en el primero, de 1960-1970, con los inicios del Estado desarrollista<sup>62</sup> se produce la adopción de una política de salud y la constitución definitiva de la educación de enfermería como carrera universitaria; el segundo momento, de 1970 a 1977, concomitantemente con la modernización del Estado ecuatoriano y la política de extensión de cobertura, se produce la consolidación de la profesionalización de enfermería a través de la Primera Política de Educación de Enfermería, formulada por la Asociación Ecuatoriana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ASEDEE/ ASEDEFE); y en el tercer momento, de 1977-1983, en relación con el Estado democrático y la tendencia comunitaria en salud, las autoras señalan algunos avances en torno a la formulación de la Segunda Política de Educación de Enfermería (De la Torre y Velasco, 1986).

En la década 1960-1970 el Ecuador atraviesa una grave crisis económica por la caída de las exportaciones del banano; la tendencia a intensificar la industrialización se produce en medio de una brecha tecnológica, la dependencia económica con Estados Unidos y la penetración de capitales extranjeros. Los procesos de la Revolución de Cuba (1959) y la Alianza para el Progreso de EE.UU., de orígenes y finalidades opuestas, constituyeron hechos que marcaron la historia de los pueblos de América Latina. La salud estaba atendida por el Estado a través de organismos internacionales como el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) –vigente hasta 1964– para la erradicación de la malaria, sobre todo en la zona costanera; la Misión

---

<sup>62</sup> El “desarrollismo” abarca el período de 1950 a 1980; se trata de un conjunto de políticas estatales implantadas en América Latina y, por tanto, en Ecuador, caracterizadas por “*un modelo de desarrollo endógeno, basado principal, aunque no exclusivamente, en la industrialización sustitutiva de importaciones, la ampliación del mercado interno, y la integración de la sociedad nacional por medio de políticas redistributivas.*” (Montúfar, 2000: 21).

Andina para el desarrollo integral de la serranía ecuatoriana en cuestiones relacionadas con el cultivo del suelo, vivienda, caminos vecinales, educación, saneamiento del medio, dotación de agua segura, higiene comunitaria y control de la salud. El concepto de salud y de servicios sanitarios aparece articulado al desarrollo general del país. Se impulsa la planificación, la formulación de políticas sociales y se hace realidad la creación del Ministerio de Salud Pública (1967). Hasta ese entonces fue el Ministerio de Previsión Social el ente responsable de la salud a través de una medicina esencialmente curativa, y los hospitales pertenecientes a la Asistencia Social, con excepción de los de la Seguridad Social. En esta década la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS/OMS) asume un papel fundamental en el fortalecimiento de la política sanitaria regional emitida por la Primera Reunión de Ministros de Salud Pública para las Américas. (De la Torre y Velasco, 1986).

Se trata de una década que marca el desarrollo de la educación y la práctica social de enfermería: se fundan varias escuelas de enfermería en distintas universidades públicas del país integradas a las facultades de ciencias médicas, lo mismo que una facultad de enfermería en una de las universidades privadas; se inicia la formación a través de programas de licenciatura y de complementación de estudios, para la misma titulación, para profesionales con estudios generales organizados en tres años en décadas anteriores. Se incrementa el número de graduadas universitarias, así como la preparación en las áreas de administración, investigación y educación de enfermería; el enfoque anterior, eminentemente curativo, se complementa con el de la salud comunitaria, la prevención y el fomento de la salud. El país iniciaba de esta manera la preparación de un nuevo tipo de profesionales que reemplazaría en el área de la salud a la mano de obra no calificada, lo mismo que al trabajo de las Hermanas de la Caridad que hasta entonces estaban al frente de la mayor parte del cuidado de enfermería en los hospitales. Coincidiendo con De la Torre y Velasco, (1988), el currículo de la nueva educación de enfermería de la década 1960-1970 conservó la influencia del enfoque nightingeleano. Entre los avances trascendentales en la concepción y práctica de la enfermería ecuatoriana, las autoras destacan, entre otros: la incorporación del concepto de paciente como ser integral; la planificación y evaluación de los cuidados de enfermería como parte de lo que se denominaría "proceso de enfermería", institucionalizado más tarde como método de enfermería; la incorporación de teoría y práctica de la Salud Pública con el enfoque de prevención, fomento y protección de la salud y no sólo curativo-hospitalario imperante en la formación de médicos y otros profesionales de la salud en esa época. Se destaca también la progresiva eliminación

de la formación de enfermeras por el sistema de internado, vigente hasta entonces en la Escuela Nacional de Enfermería adscrita a la Universidad Central del Ecuador, pionera de la formación profesional en el país desde 1942. En esta dirección, vale la pena mencionar que en la década 1960-1970 se produce la creación de dos instituciones formadoras de enfermeras sin régimen de internado y un currículo para licenciatura de enfermería, las primeras con este régimen en el Ecuador: en Quito, la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en 1965 con la participación de Alianza para el Progreso a través de la USAID y el Punto IV (De la Torre; Velasco, 1988), y en Cuenca, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca en 1968. En esta última, con oportunidad de la realización del Primer Seminario de Educación de Enfermería, se crea en 1969 la Asociación Ecuatoriana de Escuelas de Enfermería –ASEDEE–, organismo que se encargaría de asesorar, promover y evaluar los procesos de organización y funcionamiento académico de las entidades universitarias responsables de la educación de enfermería en el país<sup>63</sup> de conformidad, como señalan las autoras citadas, con la tendencia latinoamericana de creación de organismos rectores de la educación médica. En efecto, para la creación de ASEDEE contamos con el auspicio de la Asociación Ecuatoriana de Escuelas y Facultades de Medicina (AFEME), fundada en 1967, y la OPS/OMS.<sup>64</sup>

En el período 1970-1977 se consolida el moderno Estado ecuatoriano, se inicia la producción, explotación y comercialización del petróleo, y pasa a una fase de mayor acumulación por la vía de la industrialización. A partir de 1972 una dictadura militar en el poder impulsa una política petrolera nacionalista, la efectivización de la reforma agraria, fortalecimiento de instituciones estatales, aumento extraordinario de la burocracia, penetración del capital extranjero, importación de tecnología y una creciente división del trabajo debido al desarrollo técnico y científico. En el área de salud se produce un incremento de la especialización de la atención médica y el desarrollo de la medicina privada. Dada la bonanza económica que vive el país, a

---

<sup>63</sup> Testimonio de la autora, quien formó parte del equipo docente fundador de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca en septiembre de 1968.

<sup>64</sup> En la creación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca (1968) y de la Asociación Ecuatoriana de Escuelas de Enfermería (ASEDEE) en 1969, destacamos los nombres de Miguel Márquez, primer Secretario Ejecutivo de la Asociación de Escuelas y Facultades de Medicina del Ecuador y el de Cecilia Barrera, Consultora de Educación de Enfermería para el Ecuador de la OPS/OMS (Eskola, 2014).

diferencia de la crisis económica de los años 60, se crean 25 hospitales-centros de salud y 300 subcentros de salud en cabeceras cantonales y parroquiales, respectivamente. Se impulsa la planificación en salud, aparecen los planes quinquenales, programas y evaluaciones. No obstante, la realidad sanitaria nacional no muestra cambios sustanciales, debido al enfoque curativo de la política sanitaria del país y a la visión aislada de la problemática social determinante de la morbilidad de la población. (De la Torre y Velasco, 1988).

En ese proceso de bonanza petrolera, de la que se derivaron una serie de procesos de modernización de la nación, vale la pena no olvidar la aparición de una vieja “patología de alta transmisión” en varios países de América Latina y, por tanto, en Ecuador, característica de las dictaduras militares: *la tortura*, como relata Ricardo Torres Gavela (2010:2): *“la dictadura militar implantada en el Ecuador durante la década de los setenta persiguió a los ciudadanos. El Retén Sur, fue la mazmorra de uso indiscriminado para todo tipo de encarcelamientos, incluida la inconformidad, la expresión artística o literaria y la oposición política,...”*, afirmación que efectúa el autor en medio de la transcripción de diversos testimonios de tortura.

Una vez creada la ASEDEE, entre 1970 y 1980 la educación de enfermería entra en una etapa de actividad nacional permanente. Una amplia agenda de trabajo reúne a las unidades académicas de enfermería del país con auspicios de la OPS/OMS, con la finalidad de analizar y debatir en torno a las principales preocupaciones de la formación de enfermeras: la constitución de una política nacional de educación de enfermería orientada a regular las condiciones materiales, administrativas y académicas para el funcionamiento de las escuelas de enfermería existentes y para la admisión de las que se crearan en el futuro; el análisis de la producción de profesionales y auxiliares, su campo de acción, roles y delimitación de funciones; articulación del proceso de integración docencia-servicio; determinación de niveles de formación; coordinación y trabajo con organismos similares como la Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina del Ecuador (AFEME) y la Asociación de Facultades de Odontología del Ecuador (AEFO), entre otros temas que continuaron abordándose en años posteriores.

A pesar de la trascendencia del trabajo realizado por ASEDEE, pensamos que en ciertos períodos se convirtió en un organismo de adscripción a varias determinaciones políticas de los organismos del Estado ecuatoriano y de otros internacionales, no siempre favorables para el desarrollo académico y autónomo de la profesión. Un ejemplo fue el establecimiento del compromiso con el Ministerio de Salud

Pública del Ecuador y con la Oficina Sanitaria Panamericana de la Salud para intervenir, a través de sus escuelas asociadas, en la formación de enfermeras a gran escala con reducción del tiempo de formación y eliminación del currículo de licenciatura con la finalidad de dotar de mano de obra funcional al sistema hospitalario que se inauguraría en la década con la inversión de capitales provenientes de las regalías del petrolero y en concordancia con los intereses políticos de los dos periodos de dictadura militar de la década.

Consideramos asimismo que se trató de un esfuerzo que para las escuelas de enfermería significó desviar su desarrollo propio, expresado en la suspensión de los nacientes programas de licenciatura para volver a los de enfermeras generales, con énfasis en el incremento cuantitativo del egreso y distensión de sus perspectivas de investigación así como de elevación del nivel de formación. La experiencia fue de supeditación a los intereses del Estado sin efectos transformativos estables en la salud rural, ni de superación del enfoque curativo que continuaría en las siguientes décadas. Las escuelas de enfermería reprogramaron años más tarde el currículo de licenciatura y debieron crear programas de estudio para complementar el nivel académico suspendido, con gran esfuerzo de las universidades y personal de las aspirantes.<sup>65</sup>

Dada la escasa producción de profesionales de enfermería frente a la alta demanda de atención del sistema de hospitales implantado en la década, se incrementa la preparación de auxiliares de enfermería por decreto ministerial de 1974, con exclusiva responsabilidad de las escuelas de enfermería para su formación, dando término así a la dispersión y liberalidad en su preparación en años anteriores. En este periodo se realiza la Primera Reunión de Ministros de Salud de Latinoamérica y el país se compromete a implementar un Plan Decenal de Salud Pública. Se inicia también la aplicación de un Plan Nacional de Salud Rural como parte de la política latinoamericana de “Extensión de Cobertura” hacia el campo. Se incrementa la asignación de enfermeras seglares hasta posibilitar el retiro de personal religioso de enfermería que, sin titulación universitaria, asumió la atención hospitalaria desde el siglo XIX. (De la Torre y Velasco, 2008).

---

<sup>65</sup> Testimonio de la autora, directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca y presidenta de ASEDEE (1973-1974).



***Enfermeras universitarias para la atención hospitalaria y la salud pública del país***

Imagen 5. Ceremonia de graduación de enfermeras de la Escuela Nacional de Enfermería.

Fuente: Rincón Histórico Iralda Benítez de Núñez. Escuela Nacional de Enfermería. Quito-Ecuador

Debido a la institución del libre ingreso estudiantil y a la perspectiva de construir una *nueva Universidad* bajo los postulados de la II Reforma Universitaria, la educación de enfermería supera el elitismo protagonizado por algunas escuelas de enfermería. Por otra parte, se reconoce a todas las escuelas de enfermería como integrantes de la Universidad, dejando atrás la figura de adscripción. La educación de enfermería participa en el proceso de asesoría curricular de la OPS, lo mismo que del Ministerio de Salud Pública, sobre los planes y programas de salud, orientados a la elevación del nivel de vida y de salud para las Américas. Se desarrolla en este período una amplia agenda académico-laboral y organizativa de carácter nacional, nunca antes tratada, con los auspicios de la OPS-ASEDEFE-MSP.<sup>66</sup> Se abordan temas relacionados con la oferta y la demanda presentes y futuras del personal de enfermería con la integración docencia-servicio y evaluación del Año de Salud Rural. En este período también se crea el Departamento Nacional de Enfermería y, posteriormente, la División Nacional de Enfermería al interior del Ministerio de Salud Pública. Se crea un Centro de Tecnología Educativa (de acuerdo con la visión tecnocrática de la educación de enfermería que se impulsaba en América Latina desde el Centro de Tecnología Educativa en Salud -CLATES-<sup>67</sup> instalado en Río de Janeiro, Brasil). Aparecen la *Primera Política de Educación de Enfermería* y la unificación de planes de estudio de conformidad con las necesidades del Estado ecuatoriano de ampliar la cobertura a la zona rural y, por consiguiente, de formar enfermeras en mayor número y en menor tiempo de estudios, como queda mencionado líneas arriba. A pesar del incremento de auxiliares de enfermería que sobrepasó cuantiosamente el de enfermeras, fue escasa la cobertura de atención de la salud rural y casi nula para la población campesina dispersa. (De la Torre y Velasco, 1988).

De todas maneras, podemos enunciar algunos avances de los currículos en el período: la incorporación de los nuevos conceptos sobre ser humano como unidad biopsicosocial; la enfermedad entendida como episodio de la vida en interrelación con su medio ambiente; las etapas de prevención primaria, secundaria y terciaria; la iniciación de la enseñanza y la práctica del cuidado basado en el denominado "proceso de enfermería", identificado como método de la enfermería que permitiría la aplicación del *método científico* al quehacer de la profesión. Desde

---

<sup>66</sup> ASEDEFE: Asociación Ecuatoriana de Escuelas y Facultades de Enfermería: Cambio de la denominación ASEDEE, organismo rector de la educación de enfermería en Ecuador por ASEDEFE, debido a la integración de una facultad de enfermería.

<sup>67</sup> Centro para América Latina de Tecnología Educativa en Salud.

entonces los diagnósticos de enfermería y las acciones independientes del cuidado cobran valor y prioridad en los estudios y debates de las profesionales, sin llegar a coincidir en el nuevo enfoque entre docentes de las universidades y enfermeras en ejercicio hospitalario.

Pero en la visión aislada de la salud persiste la ausencia de los determinantes socio-económicos, políticos y culturales, así como las variables desocupación, pobreza, trabajo-enfermedad, etnicidad, déficits de saneamiento ambiental y vivienda, bajos niveles de escolaridad y analfabetismo, entre otras. La salud-enfermedad sigue siendo un problema causa-efecto. Luego de siete años de dictadura militar y del boom petrolero se instauró en 1979 el régimen de gobierno constitucional en el país. Con un régimen de tinte populista, el pueblo debió afrontar otra de las graves crisis económicas de la historia caracterizada por déficits de la balanza de pagos, baja de las exportaciones de petróleo, devaluación de la moneda, incremento de la deuda externa con el Fondo Monetario Internacional y crisis en la pequeña industria. El impacto en el campo de la salud se expresó en la reducción del presupuesto, en la atención curativa y en la escasa disminución de las tasas de morbilidad materno-infantil (consideradas entre las más altas de América Latina). La salud comunitaria adquiere importancia con la Conferencia Internacional de Alma Ata de 1978. Este hecho influye en la formación de enfermería en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS) a fin de aportar al compromiso mundial de "Salud para todos en el año 2000". Pero no fue una prioridad en la formación de las otras profesiones. Un hecho importante en ese período fue el incremento de la incorporación de comunidades rurales al Seguro Social Campesino-IESS (inaugurado en 1968), desde donde es posible atender parte de la salud de la población rural (De la Torre; Velasco, 1988).

La formación de *promotores de salud* (agentes preparados en cursos cortos) para la atención de los acuciantes problemas de salud de las zonas rurales, empobrecidas y excluidas de los servicios fundamentales de salud, constituyó la estrategia del Ministerio de Salud Pública (MSP) para bajar las tasas de morbilidad y mortalidad por patologías prevenibles. La actuación de estos nuevos recursos humanos no contó con un sistema de regionalización de servicios, tampoco con el compromiso ministerial para integrarlos orgánicamente a la estructura de salud del Estado, ni con el acompañamiento en sus complejas asignaciones y menos con una remuneración como agentes formales de salud. Se trató de un proyecto de *bajo costo* que cumplió el papel de legitimar la imagen humanitaria de los gobernantes y salvaguardar sus intereses políticos en zonas rurales, pauperizadas y dispersas. Surgidos



de las comunidades para su corto entrenamiento, el trabajo de los promotores fue gratuito o bonificado por las comunidades de origen. En el año 1980 las facultades de ciencias médicas, especialmente sus escuelas de medicina y enfermería, cuestionaron las condiciones en las que el Estado ecuatoriano intentó aplicar este programa para viabilizar la APS, por inadecuadas e injustas al tratarse de poblaciones urbano-marginales, rurales y dispersas que debieron estar atendidas por médicos, enfermeras o auxiliares de enfermería con dependencia ministerial; se opusieron al empirismo instituido desde el Estado; demandaron asimismo una inversión económica prioritaria para hacer realidad la salud de pobres y marginados, se opusieron al manejo farmacológico por parte de los promotores de salud y concomitantemente a la promoción de empresas farmacéuticas transnacionales introducidas para la aplicación de la terapéutica de las diez patologías de mayor frecuencia en las comunidades rurales por parte de estos nuevos e improvisados agentes de salud, en el marco del concepto oficial de *medicina simplificada* y de bajo costo.<sup>68</sup>

Al respecto, Jaime Breilh, (1976:81) –cientista social ecuatoriano– en su investigación sobre Medicina Social, hace un análisis comparativo entre la apariencia de la denominada “medicina comunitaria” y de su realidad, calificada como nueva “policía médica” en el capitalismo que, en *apariencia* se presenta con dos visiones: como “*Costo-beneficio social en la prestación de servicios* y como *Bienestar de la comunidad*”; como *realidad*, asimismo, en dos frentes: “Costo-beneficio (inversión) para productividad capitalista” y “Acciones coercitivas y de legitimación”. Al respecto, destaca el autor:

*la "medicina comunitaria" refleja en la sofisticación de sus métodos de penetración, en el "fetichismo" de la autogestión (participación) comunitaria que tanto preconiza, la capacidad de manipulación velada y los recursos de legitimación de un capitalismo más hábil y poderoso, que espía y penetra la colectividad por medio de una medicina simplificada, generando la represión, el control y el ordenamiento de la población de manera oculta y bajo la apariencia de una técnica de extensión de servicios. (...) reaparece con el imperialismo un Estado "policial", que actúa como*

---

<sup>68</sup> Testimonio de la autora desde las experiencias vividas en la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca en el periodo de las controversias en torno a la formación de promotores de salud para la medicina comunitaria.

*base para el desarrollo de la "medicina comunitaria", y que le imprime dos direcciones principales: a) "Medicina comunitaria" como instrumento de estímulo y racionalización para la productividad, y b) "Medicina comunitaria" como instrumento de legitimación del aparato político. (Breilh, 1976: 74 y76).*

En efecto, sobre la aplicación del modelo de atención de salud en el Ecuador, se enfatiza en su condición esencialmente curativo-hospitalario, cuyos “ *servicios primarios no han logrado superar su debilidad histórica determinada, entre otros factores, por la inexistencia de directrices claras de asignación poblacional de responsabilidad; limitada capacidad resolutive, dependiente en gran medida, de la insuficiencia cuantitativa y cualitativa de personal de salud, y por su desconexión general con unidades hospitalarias, sin mecanismos efectivos de funcionamiento en red.*” (Sacoto, 2010:2). En suma, inexistencia de un real Sistema Nacional de Salud en Ecuador que se intenta solucionar en los últimos años.

Frente a la inconsistencia de la primera política de educación de enfermería y a los reajustes efectuados en el sistema de formación de enfermeras, se advirtió la necesidad de cambios sustanciales, entre otros: la formación con visión comunitaria y no exclusivamente hospitalaria, comprometida con la realidad y necesidades sociales. Se formula así la Segunda Política de Educación de Enfermería. Algo destacable en este período y posteriormente es el reconocimiento mundial de enfermería como el sector profesional idóneo para el impulso de la APS. En este contexto, De la Torre y Velasco (1988) afirman que el período muestra también un crecimiento desigual de las profesiones de la salud. Se abren las especializaciones médicas, se crean servicios para atención especializada, se instalan equipos de alta complejidad y se institucionaliza la división del trabajo sustentado en la formación de postgrado, mientras, por otro lado, enfermería permanece en los hospitales, sin posibilidades de perfeccionamiento académico, afrontando las dificultades y limitaciones generadas por la brecha de la especialización médica.

Apenas en la década de los años 90<sup>69</sup>, prácticamente a más de 20 años de distancia de la iniciación de la formación especializada en

---

<sup>69</sup> La Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca organizó su primera Maestría en Atención Primaria de Salud de la madre, del niño y del adolescente en el período 1993-1995. Pocas escuelas más ofrecieron formación de postgrado en otros campos de la enfermería en esa década. Testimonio de la autora.

países como Colombia, Brasil, Chile, Puerto Rico y otros de América Latina, las escuelas de enfermería del Ecuador promovían la formación especializada a través de maestrías y cursos diversos de postgraduación en áreas importantes del cuidado, la administración, la investigación y la docencia.

En síntesis, según los aportes de De la Torre y Velasco, (1988), el período 1960-1983 nos permite visualizar el desarrollo de la enfermería a través de los siguientes procesos impulsados y limitaciones pendientes de resolver: integración de las escuelas de enfermería de manera legítima y definitiva a la Universidad ecuatoriana; aporte y adopción de un cuerpo conceptual y estructura práctica propias, aunque con avances y retrocesos; contribución en la atención de la problemática de salud del país a través del ejercicio profesional de enfermeras y de la formación de auxiliares de enfermería (según nuestra percepción con una relación numérica inversa); visualización de su imagen y perfil en el contexto social nacional e internacional; interlocución con organismos e instituciones nacionales e internacionales en materia de educación, salud y cuidado (MSP-ASEDEE-OPS/OMS); experimentación de las contradicciones sociales, económicas y políticas de la ideología desarrollista en el país y sus impactos desfavorables en la salud sobre los sectores marginados y excluidos; identificación de las estrategias de organismos nacionales e internacionales para desviar el desarrollo autónomo de la enfermería en favor de otros intereses legítimos o no.

Buena parte de la evolución de la enfermería hasta la década de 1980 ha estado influida o condicionada por organismos internacionales que operaron al interior del Estado en asuntos de salud y otros en el marco de la dependencia económico-política que ha caracterizado al país. El propio Estado ha visto a la enfermería como el sector funcional para el cumplimiento de sus objetivos y determinaciones. Al interior de las universidades, las escuelas de enfermería, una vez posicionadas académica y administrativamente, lograron en este período, paulatinamente, algún grado de reconocimiento e importancia que se acrecentaría en las décadas posteriores. En nuestro criterio, la investigación como parte de la educación y del ejercicio profesional ha enfrentado dificultades para el desarrollo y producción estables, que no sea la que corresponde a la de grado, generalmente sin difusión y uso. Las teorías y “modelos” relativos a la concepción y práctica del cuidado en cuanto objeto de estudio, la generación de modelos y lenguaje particular, han sido esfuerzos más externos que internos.

En resumen, en el contexto de la política desarrollista, el sector salud creció en infraestructura urbana y rural, contó con médicos, enfermeras, obstetrices y odontólogos para la atención rural a través del

programa denominado “Año obligatorio de Medicina Rural”, requisito para el ejercicio profesional; se modernizó y creció la medicina urbana estatal y privada, pero los objetivos de extensión de cobertura, de *medicina simplificada y de bajo costo* para las poblaciones rurales dispersas y pobres puestos en manos de promotores de salud, solo evidenciaron las contradicciones de los regímenes dictatoriales militares y democrático- constitucionales (1972-1983). Como señala César Montúfar (2000: 53), creció el Estado y las élites económicas existentes: *“Militares y empresarios, exportadores, importadores y banqueros se consolidaron como actores políticos preponderantes. (...) contexto en el que la derecha ecuatoriana ganó la elección presidencial de mayo de 1984.”*<sup>70</sup>

#### **2.4. La etapa de posicionamiento de la enfermería: el tránsito a la formación de postgrado y a la investigación**

Esta etapa corresponde al recorrido de la profesión desde el año 1982 hasta el presente. Se divide en dos momentos: hasta 2006 y desde 2007 con la instalación del último régimen en adelante, o mejor desde la aprobación de la nueva Constitución del Ecuador en 2008. El primero está referido a la marcha del neoliberalismo, con cambios dramáticos sociales, políticos, culturales, económicos y científico-técnicos de un Estado privatizador, que trata los servicios sociales y la salud-enfermedad como mercancías sometidas a las leyes del mercado; y el segundo, a un proceso llevado a cabo en los últimos ocho años, en que se pretende la recuperación del rol regulador y operativo del Estado en la salud de la población y otras áreas.

De acuerdo con Paz y Miño (2010), con la crisis económica de 1982 causada por el agresivo endeudamiento externo y la declaración de moratoria de la deuda se inicia en Ecuador la implantación de un modelo empresarial de desarrollo, apoyado por los gobiernos que sucesivamente tomaron el poder hasta llegar al siglo XXI. Este proceso se inicia en un contexto marcado por la supremacía de las transnacionales financieras, la difusión del neoliberalismo en el mundo, la globalización, la caída del socialismo real y el cumplimiento de los designios del Fondo Monetario Internacional. El proceso determinó la modernización del capitalismo ecuatoriano e impulsó el crecimiento empresarial sustentado en la desestatización, el empobrecimiento de las

---

<sup>70</sup> El autor se refiere al triunfo electoral de León Febres Cordero, presidente constitucional en el período 1984-1988, en cuyo mandato se incrementa la implantación del modelo neoliberal, iniciado en el período anterior con Oswaldo Hurtado Larrea.

mayorías populares, el aumento del trabajo informal y el desempleo, el deterioro de la seguridad social y de los servicios públicos, la incertidumbre laboral, el deterioro de los sueldos y salarios, el aumento de la emigración internacional, el deterioro del medio ambiente, la entrega de los recursos naturales a empresas transnacionales y la desregulación tributaria, entre otros mecanismos. El “éxito” del modelo fue medido en cifras por las empresas financieras que invisibilizaron los costos sociales y políticos sobre los que crecieron. De ahí que Juan Paz y Miño (2010) exprese que: *“La economía no puede medirse más por el éxito, la competitividad ni la eficiencia del capital y de las empresas sino por el grado de bienestar social que se alcance. Y en las pasadas tres décadas eso es lo que precisamente no se logró en el Ecuador.”* (El Telégrafo, 17 de Abril de 2010).

En primer período, comprendido entre los años 1982 y 2006, se produce el desentendimiento de las responsabilidades sociales por parte del Estado y el debilitamiento institucional del sector público, que inciden en el estancamiento de ciertos logros producidos en las décadas anteriores correspondientes al Estado de protección y desarrollista. El nuevo modelo económico trae consigo la conculcación de derechos conquistados por los sectores populares del país y la consiguiente exclusión del acceso a los servicios, a bienes materiales y simbólicos, derivada de la disminución del gasto social y de las políticas de privatización. En el campo de la salud se detienen o retroceden los avances de la salud pública procurados con la creación del Ministerio de Salud Pública, la participación de la OPS/OMS, la preparación y actuación de profesionales de la salud; se debilitan, asimismo, la organización y luchas de obreros, indígenas, campesinos y otros sectores para hacer de la salud un derecho ciudadano. Varios indicadores de morbilidad y mortalidad, que evidenciaban un descenso sostenido, se estancan, y aparece un repunte de patologías hasta entonces en proceso de control, como la desnutrición, la tuberculosis, el paludismo, el dengue y otras; las tasas de VIH/SIDA<sup>71</sup> y de otras patologías de transmisión sexual aumentan, lo mismo que las de las enfermedades crónicas, cáncer, accidentes de tránsito. La morbilidad y mortalidad relacionadas con la violencia, el estrés, la depresión, entre

---

<sup>71</sup> En el año 1984 se reportó el primer caso de VIH en Ecuador. El informe 2010 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH-Sida Ecuador (Ungass, siglas en inglés), declara que en la última década hubo una tendencia al aumento de casos de VIH. Según el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador, se reportaron 21.810 personas con VIH, hasta diciembre del 2009, (14.773 casos de VIH y 7.037 de Sida). (López, 2011).

otras causas, aparecen en el escenario de la salud-enfermedad con mayor frecuencia. De igual forma se incrementan los riesgos de enfermar y morir de los grupos de mayor vulnerabilidad (niños, mujeres, adultos mayores), proceso concomitante con una aguda crisis de las prestaciones del sistema sanitario.

En efecto, de acuerdo con Carlos Uquillas (2007), la problemática en el campo de la salud no ha sido resuelta por los programas de ajuste estructural y de reformas estructurales. La privatización de los servicios de salud determinó un 13.4% de oferta de establecimientos de salud por el Estado y un 80,2 % por establecimientos privados, demostrando un deterioro del presupuesto para la salud. En el período 1997-2001 el personal de salud del sector público creció solo el 13.5%, frente al 188% del sector privado. Solo el 16.1% de la población tuvo acceso a servicios de salud por aseguramiento al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS); el 16,76% a los servicios del Seguro Social Campesino, el 1.09% a los del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL), y a la medicina privada pre-pagada el 2,93% (Uquillas, 2007).

Como señala Belén Lorente (2004), el Estado neoliberal trasladó las funciones de cuidado a la sociedad civil, básicamente a las mujeres, beneficiándose de cuantiosos recursos económicos negados para servicios básicos y asistencia a los grupos humanos en estado de pobreza y exclusión.

En este marco se inserta la *etapa de posicionamiento* de la enfermería en la sociedad, que comprende una presencia estable tanto en la estructura de las universidades como en la de los sistemas de salud del sector público y privado, producto de los esfuerzos –desde la década de los sesenta– de la coordinación de las universidades con el Estado (Ministerio de Salud Pública), OPS/OMS, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, AFEME, AEFO y otros organismos nacionales e internacionales, protagonizada por la ASEDEFE (1969) y la Asociación Ecuatoriana de Enfermeras/os (organismo que se transforma en Federación - FEDE) para el impulso de proyectos para el desarrollo académico y laboral de la enfermería en el país, respectivamente. En consecuencia, llegamos a los años ochenta con instrumentos forjados e impulsados desde la dirigencia y las bases de la enfermería: cuerpos jurídicos, conceptuales (objeto de estudio y metodología particular), ético-profesionales, agremiación nacional y perspectivas de desarrollo y crecimiento propios. Este resultado del proceso impulsado en décadas pasadas incluye obvias limitaciones y expectativas no cumplidas que deberán seguirse afrontando, pues el tránsito de un estado a otro de la

profesionalización de la enfermería es también el de la identidad que se transforma con la dialéctica de los espacios y tiempos sociales, culturales, económicos, políticos, científico-técnicos e ideológicos en la que el ejercicio del poder es una constante que viene afrontando la salud de los pueblos y la enfermería en el curso de su historia.

La enfermería ha debido desarrollar su práctica social en un país multiétnico y pluricultural, con una población indígena, afrodescendiente, mulata, mestiza y blanca que alcanza en el año 2006 los 13.408.270 de habitantes, con del 30% de menores de 15 años, un índice de envejecimiento del 25,97%, y un 64 % de la población que vive en las zonas urbanas. En un país con un crónico déficit presupuestario en salud, que aumentó del año 2000 al 2006 solo del 2.7% al 6.6% del Presupuesto del Gobierno Central (PGC) y del 0.7% al 1.4% del Producto Interno Bruto (PIB); en el año 2004 solo un 23% de la población estuvo cubierta por un seguro de salud público o privado (OPS, 2008).

La enfermería ha estado al frente del cuidado de personas con enfermedades carenciales, transmisibles y crónicas; con problemas de Salud Pública por accidentes de transporte y agresiones, e inmersa en una sociedad en situación de inestabilidad, discontinuidad de la gestión pública, con afectación de todos los ámbitos del quehacer nacional y, de manera particular, de la salud debido al tránsito de ocho gobiernos en el periodo 1992 a 2006.

Algunos indicadores trabajados por Cristina Merino (2008) acerca de la matrícula, especialización y distribución de enfermeras en el periodo 1980-2006 pueden ilustrar la *etapa de posicionamiento* de la enfermería en el país. La matrícula en la carrera de enfermería se incrementa durante la década de 1980; desciende en los primeros años de los noventa y nuevamente asciende en el año 2001 (Merino, 2008: 10). A lo largo de la segunda mitad del siglo XX y en el tiempo transcurrido en el presente siglo se fundan en el Ecuador escuelas de enfermería que alcanzan el número de 24<sup>72</sup>, de índole fiscal la mayoría. Sin embargo, los indicadores de la relación enfermera-paciente, enfermera- médico y enfermera- por 10.000 habitantes aún son deficitarios.

---

<sup>72</sup> Información proporcionada por Adriana Verdugo, Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca (2014-2015), integrante de la Asociación Ecuatoriana de Escuelas y Facultades de Enfermería -ASEDEFE. (6 de agosto de 2015).

La enfermería ha sido una carrera esencialmente femenina, sin embargo, la matrícula de varones muestra una persistente tendencia al incremento. En 1981 la relación hombre/mujer de matriculados en primer año de enfermería es de 1 hombre por 270 mujeres, en el año 2006 es de 1 hombre por 8.7 mujeres. (Merino, 2008: 10). Es interesante este cambio de relación que podría ser interpretada como disminución del prejuicio hacia una carrera “para mujeres” y apertura al concepto de corresponsabilidad del cuidado por parte de mujeres y varones.

Del total de postgraduados en especialidades clínicas en el período 2001-2006, el 67.8% corresponde a las médicas, el 19.6% a las de odontología y el 12.6% a las de enfermería (Merino, 2008: 53). Los datos muestran que las oportunidades de estudio son escasas para las enfermeras, la oferta académica es menor en enfermería y la condición de mujeres que asumen el trabajo familiar o doméstico, además del correspondiente al mercado laboral y las responsabilidades de la función reproductiva (triple carga), son obstáculos para el perfeccionamiento y actualización profesional en enfermería. Hasta el año 2006 los hombres se gradúan más en especialidades clínicas (1.4:1) y las mujeres en salud pública y afines, con una relación mujeres/hombres de 1.3:1 (Merino, 2008: 54). El ejercicio de las especialidades clínicas orientadas a la curación de los enfermos ofrece mayores posibilidades de ingreso económico, en tanto que la salud pública dedicada sobre todo a la prevención y a la salud comunitaria no ha logrado el estatus económico y prestigio de las anteriores. *“El nivel de formación de postgrado en enfermería, se inicia solamente a mediados de la década de los noventa y son pocos los programas que se ofrecen a la fecha”* (OPS, Serie R.H. No. 56, 2011: 109). Se advierte una débil gestión nacional e internacional para la organización de postgrados y ausencia de coordinación interna para aprovechar las fortalezas y oportunidades de las propias escuelas y facultades de enfermería para un trabajo conjunto dirigido a la educación continua y perfeccionamiento profesional.

En el período 1980- 2005, las tasas más elevadas de trabajadores de la salud por 10.000 habitantes a nivel nacional corresponden a los médicos, seguidas por las de las enfermeras. En el año 2005 el INEC reporta la existencia de 18.984 médicos que laboran en establecimientos de salud en el Ecuador, con una disminución de 3.183 médicos en relación con el año 2004, lo mismo que 7.714 enfermeras que trabajan en establecimientos de salud, con incremento de 538 enfermeras respecto del año 2004. Varias provincias tienen una dotación menor de enfermeras para la atención a los habitantes, como El Oro, Tungurahua y Cañar, con tasas menores en el año 2005 que en el 2004 (Merino, 2008: 61-63).



En el año 2005, los establecimientos con fines de lucro acogen mayoritariamente (87.4%) a los médicos que laboran en el sector privado, situación que se ha mantenido estable desde los años 1980. Las enfermeras, al igual que los odontólogos, se ubican principalmente en el sector público, sin embargo, se está incrementando la transferencia de enfermeras del sector público al sector privado. Se ha evidenciado en este período un crecimiento de la demanda de profesionales de la salud por el sector privado (Merino, 2008). Efectivamente, la privatización de los servicios de salud y el crecimiento financiero de la empresa privada con el Estado neoliberal favorecieron la multiplicación de los establecimientos privados de salud con la consiguiente demanda de enfermeras que respondieron favorablemente, atraídas por la búsqueda de estabilidad y experiencias relacionadas con una mayor tecnificación de los servicios privados, que, contrariamente, no estaban garantizadas por los establecimientos del Estado por haberse tornado débiles, desmantelados e inciertos.

La segunda etapa a la que asistimos desde el año 2007 está marcada por el compromiso de *superar la injusticia social en el país*, según la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, a través de:

*... rediseño y planificación de la política pública, un proceso de redistribución de la riqueza, regulación del mercado hacia la actividad económica para la consecución de bien común y reorientación de la política exterior hacia la defensa de la soberanía, la integración latinoamericana y la inserción del país en la globalización, de acuerdo con las metas e intereses definidos desde las necesidades de la sociedad y la nación.* (SENPLADES, 2009).

Tal intención está enmarcada en la visión de “*retorno del estado*” en el marco de la *superación del neoliberalismo*, la *recuperación de la acción pública del Estado Nacional, dirigida hacia el Buen Vivir*, de acuerdo con la Constitución de Montecristi aprobada en octubre de 2008.

La salud está entendida como parte consustancial del Buen Vivir con los siguientes componentes constitucionales, entre otros: *política de universalidad y gratuidad progresiva de la atención pública de salud*; fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud; incremento del presupuesto para salud; fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural a través de la estrategia de Atención Primaria de Salud-Renovada y

consolidación de la articulación de la Red Pública Complementaria. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2009 hubo en el Ecuador 18.335 médicos, es decir, 15 médicos por cada 10.000 habitantes; personal de enfermería y partería: 20.586, con una relación de 17 por 10.000 habitantes; odontólogos 2.062, es decir, 2 por 10.000. (OMS, Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2009: 96). Lamentablemente, no es posible identificar exactamente la relación de enfermeras por cada 10.000 habitantes por no estar calculada independientemente de obstetrices y parteras, además de que también el indicador puede estar calculado con la inclusión de auxiliares de enfermería. Por su parte, el Banco Mundial (2013) calcula para el periodo 2006-2011 una relación de 1.7 médicos y 2.0 enfermeras por cada 1000 habitantes.<sup>73</sup> La OPS (2011) reporta –según la Federación Ecuatoriana de Enfermeras (FEDE)– que *“existen en el Ecuador 10.200 enfermeras y de ellas 7.499 son activas. El indicador de producción de enfermeras se ha incrementado en el país en la década de 1997 a 2008, de 4.9 a 5.6 enfermeras por 10.000 habitantes.”* (OPS, Serie HR. N° 56, 2011). Se puede advertir una falta de coincidencia en las diferentes fuentes acerca de los indicadores de enfermería en el Ecuador, lo cual dificulta la comprensión de la magnitud del déficit de enfermeras in situ.

Es cierto que el mercado laboral de enfermería se ha diversificado. Además de plazas de trabajo para funciones asistenciales, de gerencia y educación, las hay también para investigación, lo mismo que en la industria farmacéutica y en empresas aseguradoras; también se ha diversificado la práctica independiente que se inició con dificultades en décadas anteriores. Las enfermeras ecuatorianas cuentan asimismo con participación en proyectos interdisciplinarios con organizaciones internacionales. Sin embargo, a pesar del crecimiento del ámbito laboral de enfermería en el país, está presente el problema de la migración calificada de enfermeras (OPS, Serie HR. N° 56, 2011). La motivación para emigrar al extranjero está en la expectativa de procurar un mayor ingreso económico que el que perciben en el país y mejores condiciones laborales en cuanto a reconocimiento profesional, turnos, horarios, dotación de equipos y materiales.

En efecto, hay un incremento del número de enfermeras en el país, pero no suficiente para cubrir las demandas de atención de la población urbana y rural; hay un crecimiento de la población, aumento

---

<sup>73</sup> Los datos son correspondientes a los de la OPS/OMS, la diferencia radica en el cálculo de la relación por 1000 habitantes y no por 10000.

del número de hospitales, centros y subcentros de salud, multiplicación de especialidades médicas, presencia de nuevas patologías que demandan cuidados continuos e integrales con aumento de la dependencia de los pacientes y complejidad de la atención. De la misma forma, se ha incrementado el acceso de pacientes a los establecimientos de salud, de modo que la relación de 1 enfermera por cada 6 pacientes, recomendada por la OMS, está lejos de cumplirse. (Los testimonios ofrecidos por algunas enfermeras, participantes en el presente estudio, dan cuenta de la responsabilidad de atención en la relación de 1 enfermera por 16 o 19 pacientes, en determinados hospitales. Las enfermeras experimentan sobrecarga laboral, pues están presionadas a cuidar a un número excesivo de pacientes sin una adecuada comprensión de su realidad, sujetas a estrés, riesgos y enfermedades laborales, salarios aún insuficientes, pocas oportunidades de actualización y perfeccionamiento profesional, incipiente acceso a la investigación especializada y a la producción y difusión de conocimiento. Frente a esa realidad, la gestión de la dirigencia gremial, a pesar de ser constante, ha logrado pocas reivindicaciones.

Un componente de insatisfacción en el trabajo de enfermería en el Ecuador actual es la inestabilidad laboral debido al sistema de contratación temporal u ocasional que está vigente. En un estudio local realizado en el Hospital Pablo Arturo Suárez de Quito (Castro, 2014), efectuado en el 2013, se encontró que el 27 % de enfermeras tiene contrato fijo o nombramiento por concurso, en tanto que el 73% trabaja con contrato ocasional o nombramiento eventual. El 80% percibe ingresos entre \$986 y \$1212, correspondiente a la escala laboral 3 a 5 del servidor público (SP); y el 20% entre \$1412 y \$2034, de la escala 6 a 9. Un 12 % de enfermeras completa sus ingresos trabajando en una institución adicional, que en nuestro criterio significa sobrecarga de trabajo dado el aumento de horas laborales en actividades sujetas a presión por ritmo y sobrecarga física, mental y emocional. En relación con la seguridad laboral-variable, que incluye estabilidad, protección, posibilidad de asistencia médica frente a riesgos de enfermedades, el 57 % de enfermeras experimenta insatisfacción.

Vale la pena puntualizar que la formación en investigación en la carrera de enfermería data de la década de los sesenta del siglo pasado, una vez integrada a los currículos con el cambio de la titulación de “Enfermera profesional” a “Licenciada en Enfermería”. No obstante ser la carrera que más tempranamente que otras institucionalizó la enseñanza de la investigación dentro de las universidades, tiene menos oportunidades, presupuestos y espacios de investigación en su práctica profesional y al interior de las mismas universidades. Lo que se produce

a través de la investigación en enfermería corresponde a los estudios de grado o postgrado, siendo la mayor parte de orientación clínica. Son muy pocas las enfermeras investigadoras de la realidad de la enfermería en el país y de la problemática en la que se desenvuelve la profesión. La necesidad de investigación como soporte para el crecimiento de la enfermería nacional, la iniciativa y entusiasmo existentes en educadoras universitarias y profesionales de instituciones sanitarias son realidades tangibles, pero las protagonistas en este campo no han logrado aún la constitución de equipos intra y multiprofesionales de estudio o la formulación regular de proyectos y las vías de salida al encuentro de la reflexión compartida y la producción sostenida. Enfermeras de algunos países de América Latina han alcanzado, desde años atrás, nuevos niveles de desarrollo en la producción y difusión de conocimiento, especialmente desde la docencia y los programas de postgrado.

En síntesis, en opinión de Margarita Velasco (2011), el sistema de salud construido en los últimos 50 años responde a las influencias del Estado a lo largo de tres momentos de su desarrollo: hasta mediados de la década de 1980, las del Estado de protección; desde entonces y hasta antes de la "Constitución de Montecristi" de 2008, las de las reformas neoliberales dirigidas a reducir el rol social del Estado y priorizar las leyes del mercado; y, finalmente, las del retorno de un Estado centralizador en lo social que promueve la revolución en salud y educación, de conformidad con la nueva constitución de 2008, cuyos resultados son parte de un proceso en marcha.

La misma autora identifica la coexistencia de enfermedades parasitarias e infectocontagiosas con otras como la diabetes, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares; las primeras, presentes en poblaciones con formas precarias de vida que ya no constan entre las primeras causas de muerte y enfermedad; y las segundas, asociadas a “lo que come, sufre y siente la población”, a modelos de vida actuales mucho más estresantes que los presentes en los años setenta, cuyos factores de riesgo se han desplazado de los grupos económicamente pudientes a los de economía precaria. *“Estas enfermedades se señalan como causa de persistencia de pobreza debido a los costos que estas conllevan. (...) Este panorama trae consecuencias sobre la planificación de recursos humanos, infraestructura y financiamiento de la salud, en la perspectiva del sistema y del cumplimiento del derecho a la salud.”* (Velasco, 2011: 330 y 332).

Sobre el fin del neoliberalismo en el Ecuador se ha escrito mucho dentro y fuera del país en torno a la pertinencia y coherencia o no de las políticas aplicadas y decisiones gubernamentales tomadas por el actual régimen (2007-2015), en dirección a la *superación del*

*neoliberalismo, la recuperación de la acción pública del Estado Nacional, hacia el Buen Vivir*, (Constitución de Montecristi 2008). Por ejemplo, Lizardo Herrera (2014) encuentra en este proceso, por un lado, una política asistencialista y nacionalista (contraria a los dictados neoliberales) y por otro, un proyecto modernizador tecnocrático dirigido hacia el capitalismo global con centralización del poder político. Para el autor, la tesis de la “reconfiguración del neoliberalismo en la economía global” está sustentada en el Ecuador en tres sucesos: a) el papel de China en la economía global y su fuerte influencia en la del Ecuador; b) el intento de reproducir en el país el modelo de desarrollo coreano; c) las políticas neoextractivistas (minería y petróleo) que sustentarían la implementación de su modelo (Herrera, 2014). En este escenario, la vieja expectativa de contar con un sistema nacional de salud único, posible con un Estado fuerte (sin referirnos a otras áreas), seguirá su curso de cronicidad iniciado varias décadas atrás, agravado por un liberalismo tecnocrático, reconfigurado e inserto en la economía global.

Por su parte, Margarita Velasco (2011) afirma que la construcción del sistema de salud y la viabilización del derecho a la salud aún no ha llegado a ser un hecho cumplido como parte de las reivindicaciones sociales, a pesar de contar hoy con “tecnócratas salubristas” e inversión en salud y educación por el gobierno actual.

*“No bastará con incrementar el presupuesto de la salud, crear más infraestructura física, concentrar a todos los recursos humanos del país en sus dependencias. Si la visión del MSP no se extiende hacia todo el sector, no es posible construir una red de atención nacional en la que se integren prestadores privados y públicos, instituciones formadoras y población, para trabajar en la consecución, en la práctica, de una política de Estado que proteja, promueva y preserve la calidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas, y haga realidad su derecho a la salud.”* (Velasco, 2011:341).

## CAPÍTULO III METODOLOGÍA

*Si bien la experiencia vivida es y constituye una de nuestras realidades básicas, también es cierto que ella se ha de organizar necesariamente a través del lenguaje: del lenguaje en tanto institución, en tanto producto pero también como proceso histórico y cultural (Díaz, 1997:12)*

Esta investigación se acerca a la vida cotidiana de un grupo de mujeres enfermeras en espacios públicos y privados con la intención de develar su experiencia en torno al cuidado, reinterpretar las categorías que han marcado la construcción de las identidades individuales y colectivas, y cierto imaginario social vinculado al ámbito laboral en torno a determinadas representaciones sobre la mujer. A través de la palabra narrada se pretende entrar en la unicidad del tiempo, la subjetividad e identidad de los sujetos históricos; abordar sus experiencias, interpretaciones y significados adjudicados a las cosas.

La práctica del cuidado, núcleo de este estudio, prioriza escenarios posibles en los espacios públicos de las instituciones sanitarias en los que se ejerce la profesión de enfermera –espacios de la vida productiva–, aquellos relacionados con los procesos salud-enfermedad, con la gestión administrativa institucional y también los escenarios privados en los que se desenvuelve la vida familiar y doméstica –espacios de la vida reproductiva– en donde se desarrollan los roles y relaciones familiares. En esa dirección, en este acápite exponemos algunos presupuestos conceptuales sobre la metodología cualitativa utilizados en esta investigación, circunscrita fundamentalmente a dos técnicas: *microrrelatos de vida y grupos focales*.

### **1. Una investigación cualitativa en el marco de las relaciones de poder-subalternidad en la práctica del cuidado**

Julio Mejía Navarrete (2004: 278) define la investigación cualitativa como “*el procedimiento metodológico que utiliza palabras, textos, discursos, dibujos, gráficos e imágenes para comprender la vida social por medio de significados y desde una perspectiva holística, pues se trata de entender el conjunto de cualidades interrelacionadas que caracterizan a un determinado fenómeno*”.

Desde la perspectiva fenomenológica, según Taylor y Bogdan (1998), la metodología cualitativa considera la forma como las personas se relacionan con el mundo y experimentan la realidad en cuanto actores, a partir de sus ideas, motivaciones y sentimientos. Por tanto, está orientada a comprender aquello que fundamenta las acciones, su marco de referencia, los sentidos y significados de las palabras y las conductas, y no las acciones o fenómenos sociales aislados. Su aplicación:

- Procura un conocimiento directo de la vida social dada la proximidad que permiten los métodos cualitativos con el mundo empírico y la vida cotidiana.
- Reconoce todos los escenarios, personas y perspectivas como valiosos puesto que no busca una sola verdad, ni la normalidad, ni la moralidad.
- Permite una visión integradora de las personas y su contexto, de los escenarios, grupos y situaciones de vida.
- Aborda la cara humana de la vida social: las expectativas, las luchas, sueños, temores, prejuicios, conceptos y valores de las personas.
- Comprende el marco de referencia de las personas investigadas y posibilita al investigador experimentar la realidad como ellas la viven. En este sentido, flexibiliza los diseños de investigación, crea métodos nuevos, adapta los existentes y evita encasillar los estudios o esclavizar al investigador frente a procedimientos o reglas definitivas o absolutas.

Jesús Ibáñez (2000) habla de la complejísima tarea de la interpretación de la subjetividad a partir de las técnicas cualitativas de investigación – denominadas técnicas estructurales–, dirigidas a producir estructuras para ordenar los procesos sociales de manera coherente, a diferencia de las cuantitativas o *técnicas distributivas*, referidas a la cuantificación de las frecuencias de los fenómenos, es decir, a la constatación de su distribución.

Por otro lado, Alfonso Ortí (2000) señala que la perspectiva cualitativa “... parte de la consideración *del proceso de investigación social como proceso de comunicación*, entrañando el reconocimiento de la necesaria interpretación de las *dimensiones simbólicas* de la realidad social...” , y destaca que las entrevistas abiertas y los grupos de discusión son las técnicas capaces de captar la orientación, variaciones y contradicciones del *discurso libre*, así como las expectativas, creencias y valores del *sujeto del discurso*. Afirmar que “... la *apertura connotativa y la proyección afectiva solo puede producirse en*

*situaciones de comunicación plena como las de la entrevista abierta y la discusión de grupo.” (Ortí, 2000: 255).*

Pretendemos un acercamiento a los enfoques interpretativo y hermenéutico desde nuestro interés en la realidad de un colectivo de mujeres-enfermeras ecuatorianas que en la práctica del cuidado viven el ejercicio del poder y la subalternidad. A través de un proceso subjetivo e intersubjetivo tenemos la intención de aproximarnos a la comprensión de sus acciones, cogniciones, percepciones, sentimientos y actitudes. Por la condición fenomenológica del objeto de estudio aspiramos a comprender la realidad social como la perciben las personas y, desde una visión idiográfica, procuramos llegar al significado del quehacer particular y las circunstancias concretas de los acontecimientos.

La interpretación como doble hermenéutica (Ruano, 2009)<sup>74</sup> constituye el núcleo metodológico para comprender los relatos de las experiencias vividas de un grupo de mujeres en espacios y tiempos concretos. En efecto, Martínez (2004: 104) señala que “...*toda experiencia vivida no sólo constituye ya una interpretación de la realidad, sino que necesita, además, una interpretación propia.*” Y esa interpretación propia, en este estudio, está orientada a aprovechar los resultados de la auto-reflexión; a rescatar el valor de lo parcial, la diferencia y la subjetividad; a reconocer el valor del trabajo de las mujeres en su versión privada y pública; a deconstruir el dualismo de los espacios cotidianos; y a resignificar el valor de la vida afectiva (negada u ocultada por el conocimiento positivista). En este sentido, pensamos que este trabajo es una oportunidad para descubrir los sentidos de las palabras de las “voces de mujeres” invitadas a hablar sobre el ejercicio del poder y la posición de subalternidad en las relaciones de la práctica del cuidado. Desocultar esa realidad y comprenderla resulta ser una forma de saber y una posibilidad de transformarlo.

Puesto que la clave de la teoría feminista es su forma de saber, según MacKinnon, la epistemología feminista postula que el proceso social de ser mujer es, en cierto ámbito, el mismo proceso por el que la conciencia de la mujer toma conocimiento de sí como tal y de su desarrollo. Así:

---

<sup>74</sup> De acuerdo con Leticia Ruano (2009), desde la antropología de la experiencia, la *doble hermenéutica* procura la construcción de un *nosotros*, a través de la interlocución y la comprensión del contexto, y la articulación de la interpretación del protagonista y la interpretación del investigador.



*La teoría situada es concreta y cambiante, no abstracta, y va pasando del punto de vista de la impotencia a la comprensión política en busca de la transformación social. Esta postura coloca al teórico dentro del mundo y del trabajo, no fuera ni por encima de ellos...*” (MacKinnon, 1995:18).

A partir de esta visión, el feminismo como teoría política es teoría transformativa que, en cuanto conocimiento de la realidad de subordinación histórico-cultural de la mujer, se dirige a cambiarla desde la auto-reflexión, la comprensión, la resistencia y la transgresión del estatuto social.

### **1.1. Voces de mujeres: reconstruir las experiencias y los sentidos de la vida desde la narración**

Una motivación personal por el tema de la subalternidad, estado que lo habíamos vivido hace varias décadas en un espacio público-político específico, nos llevó a circunscribir el ámbito de este estudio a las “voces de mujeres”, de aquellas cuyas palabras nos habían parecido que suenan pero no producen eco. El escenario sería aquel donde las vivencias de un colectivo de mujeres están marcadas por las relaciones de poder-subalternidad en la práctica institucionalizada del cuidado profesional. La posibilidad de descubrir tales vivencias estaría en la comunicación compartida en un plano horizontal en el que no solo es posible hablar y escuchar sin jerarquías, sino también coparticipar en la experiencia por haberla conocido y sentido “en carne propia”. Con un posicionamiento situado desde dentro no dejamos de comprender que cada narración de la experiencia vivida era particular e irrepetible en cada una de nosotras.

En el proceso trabajamos con grupos y personas afines a la profesión y a las experiencias de subalternidad en espacios, tiempos y circunstancias diversas; quizás desatendimos la recomendación de evitar que las personas y los grupos de estudio tuvieran vinculación personal con quien investiga, a fin de procurar “neutralidad” e “imparcialidad”. Nuestra posición fue la de evitar una sola mirada y colocar en primer plano la pluralidad. Mas, como señala Juan Blanco (2012: 219) en su tesis doctoral, “...no hemos seguido la advertencia de estudiar un fenómeno alejado de nuestra realidad personal...” y también profesional (como es nuestro caso); no seguir la norma le permitió al autor “interactuar con los sujetos sociales en su propio ámbito de actuación” (2012: 210). “Podemos decir por lo tanto que, en buena

*medida, hemos sido parte del universo investigado...*” (2012: 217). En nuestra experiencia, semejante en algunos aspectos a las decisiones metodológicas del autor mencionado, “invitamos” a las colegas a participar en el estudio, intercambiamos experiencias y discursos; compartimos espacios, diálogos, cogniciones, sentimientos y perspectivas en torno al ejercicio del poder y al estado de subalternidad vividos desde una misma profesión. Por eso algunos de nuestros testimonios también forman parte del conjunto investigado.

De modo que nuestro posicionamiento, *situado desde dentro*, nos permitió construir discursos sobre la subalternidad, realidad no siempre hablada pero sí vivida por muchas personas y grupos sociales desde una “minoridad” impuesta por las hegemonías de clase, género, etaria, generacional, heterosexual, profesional, etc.

Nos inclinamos primero por el relato biográfico con actoras locales de la ciudad de Cuenca, entre siete y diez; mas, la intención de privilegiar la categoría subalternidad y sus relaciones nos llevó a modificar la metodología de historias de vida por *microrrelatos de vida*, en los que concentraríamos la atención en las relaciones de poder-subalternidad, sin descuidar las relaciones con las dimensiones personal y familiar, educativa, laboral, así como las percepciones y representaciones desde la categoría sujeto enfermera. Debíamos diversificar los espacios del estudio a otras ciudades, considerar no solo los establecimientos públicos sino también los privados y aumentar el número de personas con quienes conversar. El relato espontáneo y libre llevado a cabo conjuntamente por las dos partes –entrevistadora y entrevistada– nos llevó a establecer relaciones, sobre todo con personas conocidas por haber compartido experiencias docente-estudiantiles en las aulas universitarias y en eventos profesionales organizados en el país.

Como narradores cotidianos de nuestras vidas, los seres humanos nos damos cuenta de que *existimos y somos* a través de los relatos realizados para nosotros mismos o para otros. Los relatos se relacionan con la identidad de las personas, la cual se construye, se expresa, se percibe, cambia y se recrea a través del relato. El relato adscribe sentido a las experiencias vividas, un sentido dinámico y cambiante, contradictorio y transitorio en espera de una nueva historia y un nuevo sentido para integrarse al proceso de continuidades y discontinuidades de la vida cotidiana. Duero y Limón consideran que:

*Pensarnos a nosotros mismos como sujetos y agentes, nos condiciona a un modo de estar insertos en el mundo. (...) la falta de un relato que dé cuenta de*

*nuestras acciones desde un marco de intenciones y propósitos, hace imposible que nos reconozcamos como agentes. Si no se sabe quién se es, qué se quiere ni para qué, tampoco se sabe cómo actuar ni por qué.* (Dante Duero y Gilberto Limón 2007: 233).

El relato de vida posibilita un acercamiento a la comprensión de la realidad social dirigida a recuperar y revalorizar la especificidad de la experiencia humana, especialmente la de las mujeres, como sujetos históricos (Cristina Borderías, 1997). En este trabajo el microrrelato no es utilizado como género literario o técnica didáctica para la enseñanza de la literatura mediante la escritura de una historia ficcional o “cuento corto”. De acuerdo con Borderías, pensamos que en el relato de vida –y en el microrrelato en nuestro estudio– lo que cuenta es la experiencia, la posibilidad de narrarse ante otros a partir de las vivencias que se actualizan en el presente, dentro de unos límites derivados del objeto de estudio y del acuerdo entre entrevistador y entrevistado. También cuentan, además de la experiencia, las condiciones contradicción e historicidad planteadas por Jacques Rheume en la definición de relato de vida:

*... un lugar de re-enraizamiento y de experiencia concreta, siempre social, siempre también individual, siempre dialéctica, siempre ambigua. Es una vuelta a la búsqueda inacabada, jamás alcanzada y, sin embargo, siempre perseguida. Yo puedo entonces abandonar la unidad imaginaria para retomar el proyecto de una unidad abierta, histórica”* (Rheume, 2000: 6).

La aplicación del relato permite percibir e interpretar la dinámica de los procesos sociales en medio de los que se desenvuelve la vida cotidiana de los individuos, lo mismo que sus experiencias y situaciones particulares. Las personas revelan las relaciones con su propia vida, con el mundo social y los esfuerzos por cambiarlas (Cristina Borderías 1977:182).

La misma autora destaca que la articulación de lo empírico (experiencia vivida) con lo interpretativo (teórico) conduce a una lectura nueva y a una comprensión distinta de la realidad, de modo que es posible construir la presencia negada de las mujeres en diversas disciplinas y en la sociedad. La metodología narrativa logra una reconstrucción de la historia individual pero también colectiva.

En este marco, el *enfoque hermenéutico* aplicado al microrrelato comprende dos niveles de interpretación: el primero, producido por el narrador desde su autoría y protagonismo; y, el segundo, desde el investigador que interpreta lo ya interpretado del relato; asimismo, en el *enfoque existencial*, el sujeto que narra se enfrenta con su propia existencia, con su subjetividad y su palabra, de modo que al posicionarse se implica y compromete con ellas (Cornejo y otros 2008).

*... el relato permite la apropiación subjetiva de su historia, movilizándolo, por la resignificación de su vida, el poder de transformarse. En este sentido, el relato no es estático, y lo dicho no está dicho de una vez y para siempre* (Cornejo y otros 2008: 31).

Al actualizar la vida o colocar en el presente la experiencia o historia vivida, el sujeto se enfrenta a diversos procesos de reconocimiento, identificación, descubrimiento y resignificación de sus actuaciones con una gran carga afectiva de signo positivo o negativo según su presente y su devenir en marcha. En el relato no está comprometido solo el narrador, en él está implicado también el investigador. Desde un *enfoque dialéctico y constructivista*, siguiendo a Cornejo y otros (2008), el microrrelato de vida es un proceso intersubjetivo en la medida en que narrador e investigador, desde su rol específico, construyen y significan la historia. Hay un encuentro comunicativo entre los dos, una relación sujeto-sujeto, hacia la producción de conocimiento relativo, inacabado y transitorio, sustentado en la singularidad de cada relato, en la particularidad del narrador e investigador y en las circunstancias materiales, contextuales, biográficas y psicológicas de los dos sujetos. Esta es una forma distinta de conocer y construir conocimiento.

## **1.2. La recuperación oral de la experiencia vivida: “presente histórico”**

La fuente oral se forma en el presente a través de la memoria viva capaz de actualizar y transmitir los recuerdos de una época, escribe Ángeles Egido (1996), de manera que la recuperación oral de la experiencia vivida a través de la *expresión narrativa* –trabajada con habilidad y rigurosidad por el investigador– se convierte en *fuentes históricas*. Ese encuentro con la memoria, desde el presente, permite el acceso a un conjunto de vivencias singulares evocadas, siempre

impregnadas de la experiencia y significaciones del grupo en el que están inscritas. En la evocación está presente la perspectiva personal del actor, pues narra experiencias de su vida; mas, para apreciar la condición cognoscitiva de la subjetividad el investigador debe ayudar al relator a trascender su experiencia personal y a articular el contenido en el contexto histórico de la época y en el sistema de representación de la realidad del grupo. *“Es entonces cuando la subjetividad-objetivada del testimonio se convierte en elemento válido de conocimiento histórico.”* (Egido, 1996: 47).

A simple vista, señala la autora, podría parecer que la fuente oral está constituida únicamente por el protagonista (testigo, actor, o relator), puesto que él es quien posee el recuerdo, está inscrito en el acontecimiento y puede evocarlo; pero es también el investigador (o entrevistador) quien la constituye, puesto que se aproxima críticamente a esa memoria y participa en la recreación de la experiencia desde el presente. Pero además, el investigador interpreta esa evocación actualizada por el actor, la misma que también sale a la luz, ya interpretada. Duero y Limón (2007) escriben al respecto:

*“... la experiencia vivida, conocida e incorporada bajo la forma de “conocimiento” acerca del mundo, de los otros y de nosotros mismos, es siempre experiencia interpretada. Les damos sentido a esos acontecimientos y para ello los conectamos, por medio de narraciones, con experiencias y acontecimientos vividos antes y después* (Duero y Limón, 2007: 270).

Acerca del antes y el después que convergen en el presente del relato o microrrelato vienen bien las reflexiones de Julio Aróstegui (1998) sobre lo que él denomina construcción del *presente histórico, o historia del tiempo presente*. Señala el autor que la historia del tiempo presente no se refiere a una época (al *tiempo actual* o prolongación del *tiempo contemporáneo*), sino a una nueva concepción de la experiencia histórica. Pues la vida de los sujetos evocada por la memoria aparece y reaparece en un *presente extendido*, en un contenido de memoria que expresa un *antes* y un *después*; sin embargo, al tratarse de *memoria histórica, o percepción histórica*, la vida se muestra como una *Historia* donde todo está presente. Como todo conocimiento, escribe el autor. *“La historia es un discurso que hay que construir, no es la extraversión de la memoria”* (Aróstegui, 1998: 44).

*Presente es así una especificación física del tiempo, pero es también (...), una realidad sociohistórica. Es percepción, representación y praxis. El tiempo presente es, sin duda, aquel que cabe en la memoria de las gentes, modelado entre su “campo de experiencia” y su “horizonte de expectativas” (...) Precisamente, el Presente sería esa zona de lo histórico donde entran en contacto la experiencia y la esperanza, lo ya vivido y la expectativa (...). El tiempo presente en la Historia es siempre esa parte móvil donde desemboca todo el proceso previo y donde comienza el futuro. De ahí que la historia del presente sea una retrospectiva, como cualquier historia, pero también una prospectiva (Aróstegui, 1998: 40).*

Así, a diferencia de la historia y la historiografía tradicional, señala el mismo autor, la historia de tiempo presente se ocupa de *historiar las generaciones vivas*, es decir, de construir historia con su protagonismo; ello significa también *escribir e interpretar nuestra propia historia*, escribir e interpretar las realidades sociales como parte de la conciencia colectiva.

De acuerdo con Aróstegui (1998) la construcción de la historia de tiempo presente demanda de los nuevos investigadores sociales afrontar dos problemas epistemológicos: el uno referido al criterio de que *solo hay historia de los procesos sociales realmente concluidos y a partir del estudio de sus causas y consecuencias*; y el otro a la *imposibilidad de que el historiador (o investigador) pueda integrar a su trabajo científico su propia experiencia, su propia vida y su propio tiempo* (Aróstegui, 1998: 44-45).

Vale insistir, por un lado, en que los procesos sociales son dialécticos, inconclusos y relativos, puesto que se construyen con la participación de personas también inacabadas, transitorias y cambiantes; entonces, la historia de los procesos sociales siempre será historia del devenir social en constante movimiento y cambio, aspectos que constituyen, precisamente, la razón de la investigación cualitativa desde las ciencias sociales. Y, por otro, puesto que los procesos de aplicación de las metodologías cualitativas de investigación con enfoque fenomenológico colocan frente a frente a los investigados e investigadores, como sujetos de la investigación, se produce una relación intersubjetiva en la que unos y otros se implican en el proceso.

Esta investigación, orientada a construir microrrelatos de vida que revelan el mundo interior de las personas, que sacan a luz sus

experiencias, sus modos de ver, sus definiciones y significados asignados a la realidad, incorpora también en ese proceso a quien investiga; de hecho, su historia convergerá hacia las de otras protagonistas para hacer la historia colectiva de un grupo de mujeres ecuatorianas, al menos en uno de sus procesos: las relaciones de poder-subalternidad en la práctica del cuidado. En este sentido, el investigado y el investigador tienen un punto de encuentro en la historia; ninguno es excluido.

### 1.3. La entrevista semidirectiva en el microrrelato

Como un diálogo cara a cara, la entrevista semidirectiva entraña un contacto vivo o interacción personal entre el informante (relator, narrador, actor o protagonista) y el investigador (entrevistador), efectuado en forma directa y espontánea con la finalidad de hacer emerger las vivencias e imágenes sociales de los individuos, cuyas relaciones de sentido se configuran en su propio *contexto significativo global y concreto*. (Alfonso Ortí, 2000: 271).

Como herramienta para obtener los relatos de las actoras de nuestro estudio tuvimos en cuenta las siguientes características:

- La entrevista como una aproximación cualitativa, informal o abierta conduce a una auténtica comunicación basada en la libertad de expresión de las personas entrevistadas.
- Como diálogo, se forma un proceso informativo entre el entrevistado y el entrevistador, lo cual puede revelar la ideología subyacente.
- Además de ser una comunicación multidimensional y dialéctica, se produce un discurso lógico y afectivo.
- Posibilita captar, analizar e interpretar la conducta y las representaciones de los sujetos y los grupos seleccionados en sus aspectos significativos y diferenciales (Ortí, 2000).

La aplicación de la entrevista para construir los *microrrelatos* de nuestro estudio se cumplió en un solo encuentro comunicacional, previsto y consensuado con cada participante. No se efectuaron entrevistas en varios momentos como se requiere para la elaboración de historias de vida. La entrevista fue cara a cara, abierta, flexible, dinámica, no directiva, no estructurada, no estandarizada. Tomamos en cuenta las orientaciones de Ortí (2000) y Taylor y Bogdan (1998). Sin embargo, la entrevista aplicada en nuestro estudio podría ser definida como *entrevista focal* por la intención de descubrir procesos de ejercicio poder-subalternidad en la vida privada y laboral de las participantes, en cuanto núcleo o foco de interés específico. En general, la entrevista

focal se efectúa alrededor de eventos o procesos particulares vividos por las personas participantes que pueden mostrar con el relato oral respuestas relacionadas con las actuaciones, afectividad y simbolismos, expresados también a través del lenguaje no verbal, de especial riqueza para la interpretación. (Vela, 2001).

En nuestro caso, el tiempo de duración de la interlocución también fue flexible, no prefijado, sujeto a la mayor o menor capacidad narrativa de las participantes, a las condiciones del espacio físico, al grado de acercamiento, empatía y confianza logrados entre la entrevistadora y las entrevistadas. Fue importante la explicación del objetivo de la entrevista y el conocimiento inicial de la temática que sería tratada a lo largo del relato, como condición para producir la apropiación de la misma y compromiso para cubrir los puntos focales.

El número de participantes inicialmente previsto entre siete y diez personas; aumentó a veintitrés. Para determinar la muestra cualitativa del presente trabajo recurrimos al concepto de “punto de saturación” aplicable a individuos y colectivos, una vez que fueron determinados los elementos de representatividad del objeto de estudio, es decir, las características destacadas de las relaciones socioestructurales o “heterogeneidad estructural”. El tamaño de la muestra se constituyó en el proceso de la investigación, teniendo en consideración, en cada caso, la presencia de las características previstas para el estudio, hasta llegar al momento del proceso en que, en los casos nuevos, se produjo reiteración de la información recabada en los anteriores. (Mejía, 2000: 167).

Carolina Martínez señala al respecto que no es lo más importante llegar a un gran número de casos, pues el número de unidades muestrales dependerá del carácter del objeto de la investigación. Y sobre el punto de saturación, en cuanto que no es posible llegar a copar la totalidad de elementos de las relaciones socioestructurales del estudio, es el investigador quien puede decidir cuándo la información le permitirá comunicar algo importante e interesante acerca del objeto de estudio. *Una investigación no puede llegar a decir todo, ni lo único, ni lo último sobre un problema. “El interés fundamental no es aquí la medición, sino la comprensión de los fenómenos y los procesos sociales en toda su complejidad”.* (Martínez, 2012: 614-615).

Las participantes fueron seleccionadas de varias ciudades del país, aunque la mayor parte provino de Cuenca, dada la facilidad de su abordaje y compatibilización de tiempo, espacio, relaciones entrevistadora-entrevistadas y voluntad de contribuir con el estudio.



Una vez realizados los contactos con cada una de las actrices y determinados fecha, hora y lugar (este último, predominantemente un espacio reservado en la misma institución de trabajo), confirmamos su aceptación libre y voluntaria para ser entrevistadas y aseguramos la garantía de confidencialidad. En el informe final de la investigación no se revelaría la identidad personal de las actrices ni de la institución de trabajo; se utilizaría un código o un pseudónimo en la transcripción de los textos seleccionados para la interpretación. Intencionalmente no procedimos a suscribir documento alguno relacionado con el “consentimiento informado”; teníamos la garantía de la aceptación verbal previa de las personas, y de nuestra parte el respeto del compromiso de anonimato. Evitamos así una interrelación formalizada que pudo limitar la cooperación; las interlocuciones se llevaron a cabo con manifiesta libertad y espontaneidad.

Las entrevistas fueron grabadas –con previo conocimiento y aceptación de las protagonistas–, transcritas y archivadas. Ciertos textos fueron reubicados en los espacios correspondientes según su pertinencia de los contenidos respecto de los temas narrados. La guía temática de la entrevista estuvo organizada en cinco ámbitos: 1) Dimensión personal y familiar; 2) Dimensión educativa; 3) Dimensión laboral; 4) Relaciones de poder-subalternidad; 5) El sujeto enfermera: percepciones y representaciones. (Véase la guía respectiva en la sección de anexos).

Además de la construcción de microrrelatos, previmos trabajar también con la técnica de grupo focal. A continuación abordamos algunos conceptos, la caracterización y adaptaciones para su aplicación.

#### **1.4. Los grupos focales como testimonio y narración**

La denominación grupos focales, según V. Montes de Oca (2005: 36-37), es una traducción de la expresión anglosajona “*focus group*”, empleada por Robert Merton en la década de los años cincuenta del siglo XX. Utilizados como técnicas de investigación en las ciencias sociales, han sido equiparados con los *grupos de discusión*, no obstante reconocerse algunas diferencias.

Según Montes de Oca los primeros han sido aplicados bajo un esquema menos abierto que los segundos, por ejemplo: objetivos y contenidos rígidos; imposición de tareas y mecanismos que coartan la naturalidad de la discusión; uso obligado de mecanismos de registro de las conductas de los participantes (por ejemplo filmaciones) y guías de discusión cerradas a otros asuntos importantes que no sean los relacionados con los estrictos objetivos de la investigación. Los *grupos de discusión*, en cambio, aplicados en la investigación social en la

década de los años setenta del siglo pasado, son considerados por los autores españoles Jesús Ibáñez y Alonso Ortí (2000) como técnicas más flexibles, con guiones semiestructurados y la posibilidad de desatar la interlocución de manera más libre; coordinación que no incida en la producción de respuestas o consensos, y adaptada a las características del grupo y curso de la discusión; uso optativo de la filmación para el registro de conductas y reacciones de los participantes. Si bien compartimos las diferencias establecidas entre grupos focales y grupos de discusión, no siempre es posible ceñirse fielmente a los conceptos y aplicaciones sistematizados por los autores. Pueden ser posibles y necesarias algunas adaptaciones o combinaciones de las técnicas, según el carácter del objeto de estudio, la naturaleza de los participantes, la relación de empatía-simpatía lograda en el seno del grupo, el contexto en que se desarrolla la investigación, entre otros aspectos. Según nuestro criterio, la mayor o menor apertura o flexibilidad del diálogo y el carácter de la dirección o coordinación del grupo están determinados por la naturaleza del asunto que se trata, las experiencias de las personas sobre el tema, los objetivos que se pretende conseguir y de, modo fundamental, por la visión fenomenológica o positivista acerca de la investigación cualitativa que sustente el proyecto. Sin embargo, la aplicación de límites y habilidades comunicacionales siempre son necesarias para procurar la participación de todos los integrantes del grupo, la distribución adecuada de los tiempos de participación y cierta direccionalidad para lograr los testimonios sobre la experiencia vivida en torno al tema central, en el caso del grupo focal.

Una definición específica de grupo focal propuesta por Porfirio Vela puede aclarar su significado y la conveniencia de su aplicación en nuestro estudio: *“En términos generales, un grupo focal define el conjunto de personas que se reúnen con el fin de interactuar en una situación de entrevista grupal, semiestructurada y focalizada sobre una temática particular, que es común y compartida por todos”* (Vela, 2001: 79).

Para Manuel Canales (2006) los grupos focales posibilitan un conjunto de relatos a partir de la experiencia, pues el habla de los sujetos participantes está centrada en la experiencia vivida, de modo que cada uno de los integrantes es capaz de entregar testimonios de su experiencia. El valor del testimonio individual: *...se sostiene en la “autoridad cognoscitiva” del propio actor que la vive, erigido en testigo-informante de nuestro objeto”*. (...) *Las entrevistas focales, explícita o implícitamente, tienen la invitación al relato, a contar, a contar la verdad, el saber o haber visto. En la disposición de “contar”, la subjetividad queda situada al mismo tiempo como “narradora” y*

como “participante” de lo narrado o en la situación narrada (Canales, 2006: 280).

El mismo autor afirma que una sesión de grupo focal produce “un conjunto de relatos de experiencia, organizados de modo estable por la “individualidad” de los hablantes y por la conexión a una pregunta” (2006: 281).

El carácter de nuestro objeto de estudio se acerca más al “habla focal”, al “testimonio”, a la “narración”, a la “experiencia vivida”, a la “directividad de la pregunta” y a la “individualidad” de los hablantes, rasgos presentes en el grupo focal, si nos acercamos a la visión de Canales (2006). En efecto, el grupo focal y el grupo de discusión tienen dinámicas diferentes. El grupo focal permite que todos los participantes hablen cada vez, se privilegia el testimonio individual acerca de una temática vivida por los integrantes, por consiguiente conocida y compartida entre ellos. Al parecer, no es el objetivo fundamental la discusión en torno a una experiencia focalizada vivida; lo es la información testimonial. Por el contrario, el grupo de discusión “no asegura que el discurso se reproduzca en todas sus dimensiones posibles ni por todos los hablantes. Algunos temas no se hablan, algunos hablantes no lo hacen” (Canales, 2006: 282).

En los grupos de discusión prima el debate, de allí su denominación. Los nuevos discursos y los acuerdos se derivan de la discusión sobre un tema que puede ser objeto de atención y conocimiento al presentarlo en la sesión, no necesariamente por haber sido vivido, en cuyo caso, en los grupos de discusión, no es imprescindible que los participantes intervengan desde su experiencia, no así en los grupos focales.

En nuestro estudio aplicamos la técnica de grupo focal como un proceso con las siguientes características y condiciones:

- Orientado por unos objetivos que se desprenden del objeto de conocimiento y del propósito y objetivos particulares de la investigación. Estos objetivos fueron comunicados a la hora de gestionar la autorización de las instituciones participantes para constituir los grupos (como parte del proyecto ejecutivo requerido para el efecto). Y fueron socializados al grupo conjuntamente con la guía pre-establecida, una vez instalada la sesión.
- Utilización de una misma guía en todas las sesiones. En ocasiones sobrepasamos el límite del tiempo técnicamente recomendado, dado el interés y la expectativa de los grupos en torno a la temática y el cumplimiento con el compromiso de tratar la totalidad de preguntas.

- Cumplimiento de los criterios de inclusión de las participantes, derivados del objeto de estudio y propósitos.
- Previsión del lugar del encuentro, la fecha, la hora, así como la adecuación del local y los materiales necesarios.
- Grabación de las sesiones, para lo cual contamos con la asistencia necesaria. La coordinación del grupo estuvo a nuestro cargo. Desde la mirada global y particular del proceso de intervenciones, pudimos captar y tomar nota de algunas expresiones verbales y no verbales, de índole especialmente afectiva que acompañaron a los relatos y testimonios: admiración, ira, molestia, burla, rechazo, etc.
- Terminada la sesión se procedió a transcribir la grabación.

### **1.5. Criterios de inclusión del colectivo participante y selección, ubicación y características de los sujetos de estudio**

Esta información se encuentra organizada en los cuadros n° 4 y n° 5 expuestos a continuación.

## CUADRO N° 4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL COLECTIVO DE ESTUDIO

Para Microrrelatos	Para Grupos Focales <sup>75</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enfermeras (licenciadas en enfermería) tituladas por universidades del país desde el año 1963 en adelante.</li> <li>➤ Experiencia laboral de al menos tres años en instituciones hospitalarias y universitarias públicas y privadas del país.<sup>76</sup></li> <li>➤ En ejercicio o no de la profesión en la actualidad.</li> <li>➤ Formación profesional universitaria con régimen de internado o no.<sup>77</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enfermeras (licenciadas en enfermería) tituladas por universidades del país desde el año 1963 en adelante.</li> <li>➤ Experiencia laboral de al menos tres años en instituciones hospitalarias y universitarias públicas y privadas del país.</li> <li>➤ Actualmente en ejercicio de la profesión.</li> <li>➤ Formación profesional universitaria con régimen de internado (grupo conformado por nueve enfermeras de la promoción de 1963 de la Escuela</li> </ul>

<sup>75</sup> La metodología de *grupo focal* (vinculada especialmente con las experiencias de poder-subalternidad en la práctica del cuidado y las estrategias de resistencia surgidas como respuesta) está considerada para, desde el colectivo, corroborar, completar o contrastar la información obtenida mediante los microrrelatos.

<sup>76</sup> Se considera un período de al menos 3 años de experiencia profesional de cada una de las protagonistas del estudio, en la expectativa de haber construido un *sentido de pertenencia* respecto al grupo profesional del que es parte por el género y por las vivencias laborales compartidas en torno al ejercicio del poder.

<sup>77</sup> Tiempo en el que se produjo la formación profesional, caracterizado por la modalidad de estudios con el sistema de internado y sin internado, con la perspectiva de identificar elementos relacionados con la normatividad, la apropiación de la función de cuidadoras y la capacidad de control y autonomía del desempeño de su rol en los escenarios del cuidado.

<p>➤ Experiencia en dirección o no</p>	<p>Nacional de Enfermería de la Universidad Central de Quito); y sin régimen de internado.</p> <p>➤ Experiencia en dirección que permita relatos y testimonios desde el ejercicio del poder de la autoridad y la subalternidad.</p>
--	---

Elaboración propia

**CUADRO 5.**  
**SELECCIÓN, UBICACIÓN Y**  
**CARACTERÍSTICAS DE LOS**  
**SUJETOS DE ESTUDIO**

<b>Técnica Grupos Focales (GF)</b>	<b>Instituciones y N° GF</b>	<b>Ubicación y N° participantes.</b>	<b>Características profesionales</b>	<b>Características personales</b>
Guía de preguntas abiertas	Hospitales públicos: MSP 4	<b>Sierra (Norte-Sur)</b>	a. Ejercicio profesional: 6 a 40 años.	Edad: 28-65 años
Lugar: instituciones de trabajo	Hospitales del IESS 2	Ibarra (2GF): 18 Quito (1GF): 9 Azogues (1GF): 12 Cuenca (3GF): 35	b. Con ejercicio activo: 94	Estado Civil: C: 81; UL: 4; D: 8; S: 11.
Participantes: Entre seis y 12 participantes por grupo	Escuelas de Enfermería - Universidades Estatales: 4	Loja (1GF): 10  <b>Costa (Sur)</b> Machala (2GF): 20	c. Jubiladas : 9 d. Con cargos directivos: 75	Estudios de enfermería con internado: 9
Duración sesión: 120 a 150 min.			e. Docentes no directivos: 20	Estudios de enfermería sin internado: 95
<b>Total: 104 participantes</b>				

<b>Técnica de Microrrelatos</b>	<b>Instituciones y otras especificaciones</b>	<b>Ubicación y N° participantes.</b>	<b>Características profesionales</b>	<b>Características personales</b>
<p>Guía: Preguntas abiertas</p> <p>Lugar: instituciones de trabajo y domicilios</p> <p>Participantes: 10 personas</p> <p>Duración sesión: 120 a 150 min. (una sesión de 30 minutos)</p>	<p>Hospitales públicos: MSP 6</p> <p>Hospitales del IESS 11</p> <p>Escuelas de Enfermería :</p> <p>Estatal: 1 Privada: 1</p> <p>Clínica privada: 1</p> <p>Enfermeras jubiladas: 3</p>	<p><b>Sierra (Norte-Sur)</b> Ibarra: 2 Quito: 2 Riobamba: 1 Azogues: 2 Cuenca: 11 Loja: 2</p> <p><b>Costa (Sur)</b> Machala: 1</p> <p><b>Amazonía</b> Palora: 1</p> <p><b>Región Insular Galápagos</b> : San Cristóbal: 1</p>	<p>a. Ejercicio profesional: 3 a 40 años.</p> <p>b. Con ejercicio activo: 12</p> <p>c. Jubiladas : 11</p> <p>d. Con experiencia directiva: 11</p> <p>e. Sin experiencia directiva: 12</p>	<p>Edad: 28-72 años</p> <p>Estado civil: Solteras: 5 Casadas: 17 Divorciadas: 1</p> <p>Estudios de enfermería con internado : 2</p> <p>Estudios de enfermería sin internado : 21</p>
<b>Total: 23 participantes</b>				

Elaboración propia



## 2. “Validez interpretativa”: interpretación y comprensión

El estudio tiene como fuente de datos 23 microrrelatos de vida obtenidos

a través de *entrevistas semidirectivas focalizadas*, llevadas a cabo con enfermeras de diversas promociones universitarias en 9 ciudades del Ecuador, y los testimonios y relatos vertidos en grupos focales conformados también por enfermeras, con guía de preguntas abiertas, efectuadas en 6 ciudades del país.

La fiabilidad y validez del estudio se aleja de los conceptos clásicos, conocidos en la investigación positivista como *validez interna*, *validez externa*, *confiabilidad* y *objetividad*; por el contrario, el presente estudio prioriza las categorías de la construcción social del conocimiento preconizadas por la investigación cualitativa: la *interpretación* y la *comprensión*, condiciones de la denominada *validez interpretativa*, que juegan un papel fundamental en la construcción teórica de los procesos sociales. Para ello se ha tenido en cuenta la *fiabilidad descriptiva* que exige dos condiciones: la transcripción rigurosa de los datos destinada a evitar la distorsión de los hechos recogidos (objetos, acontecimientos, conductas, pensamientos, intereses, expectativas, afectos, etc.), y el descubrimiento de los significados que ellos tienen para las personas (Sandín, 2000: 226). Puesto que la investigación cualitativa aborda realidades construidas, múltiples y diversas, y no verdades únicas, no es posible contemplarlas o interpretarlas con criterios cuantitativos, objetivos, neutrales, o apolíticos. La clase, la raza, el género, la etnicidad... y el poder que los atraviesa cuentan en la actualidad con “nuevas formas de ver, interpretar, argumentar y escribir” sus interrelaciones y complejidad (Rodríguez, Gil y García, 1996: 10).

En esta dirección, hemos asumido los siguientes criterios sistematizados desde distintas posturas por Ma. Paz Sandín (2000).

- *Cultura e ideología* en cuanto que las protagonistas de la investigación y la autora trabajan la investigación desde su propio espacio cultural: modo de vida, costumbres, conocimientos, actitudes, prácticas, juicio crítico, advirtiendo de modo especial la presencia e incidencia del poder en las interrelaciones profesionales en la práctica del cuidado.
- *Visión de género*, relacionada con el proceso de obtención de datos y de elaboración conceptual, cruzados por las categorías poder y subalternidad en el contexto social de la práctica del cuidado desarrollada por mujeres desde la profesión de enfermera.

- *Lenguaje/texto*, referido a la presencia en el discurso de categorías culturales específicas, que configuran una visión particular del mundo y su intervención en la construcción de la realidad. El estudio pone en escena las voces de un sector social invisibilizado, ignorado o reprimido en el discurso científico tradicional.
- *Aplicabilidad/ayuda*, en cuanto que el estudio toma en cuenta al sujeto enfermera constituyente de un sector social silenciado, necesitado de recursos para la liberación de la “tutela” y la subalternidad en el ejercicio de su práctica social.
- *Subjetividad crítica* (Sandín, 2000: 223-242): Hemos debido actualizar una mirada crítica sobre el propio discurso y sobre los otros, en cada interrelación, puesto que a lo largo del estudio hemos formado parte del contexto y del grupo para comprender y representar la realidad investigada en discursos compartidos.<sup>78</sup> No hemos excluido de esa mirada crítica, los sentidos de sensibilidad, confianza y acuerdo. De esta forma, *"parte del proceso se constituye también como una interrogación acerca de las propias suposiciones del analista y de los modos a través de los cuales hace sentido a partir de los textos."* (Sisto, 2008:133).

Son, por tanto, condiciones fundamentales que aportan en la construcción de la validez de la información cualitativa: la actuación de los sujetos (investigados e investigador) que conocen la realidad y saben lo que se investiga; el establecimiento de una relación de empatía y confianza entrevistador-entrevistado que asegura en buena medida la confiabilidad de la información; y la posibilidad de que las informaciones puedan ser contrastadas con la experiencia práctica del investigador en el trabajo de campo, si se detectan simulaciones o exageraciones que a veces se presentan en las actuaciones de los informantes. (Canales, 2006).

### **3. Categorías de análisis sobre la práctica del cuidado y sus interrelaciones**

La *práctica del cuidado* es el eje del estudio: una entrada hacia la comprensión de las experiencias vividas por un colectivo de mujeres

---

<sup>78</sup> *Discursos compartidos* no solo en tanto la autora del trabajo recurra a la dialogicidad, más allá de la empatía, sino en cuanto vivió la experiencia del poder y la subalternidad como profesional de la misma rama que el colectivo de protagonistas.

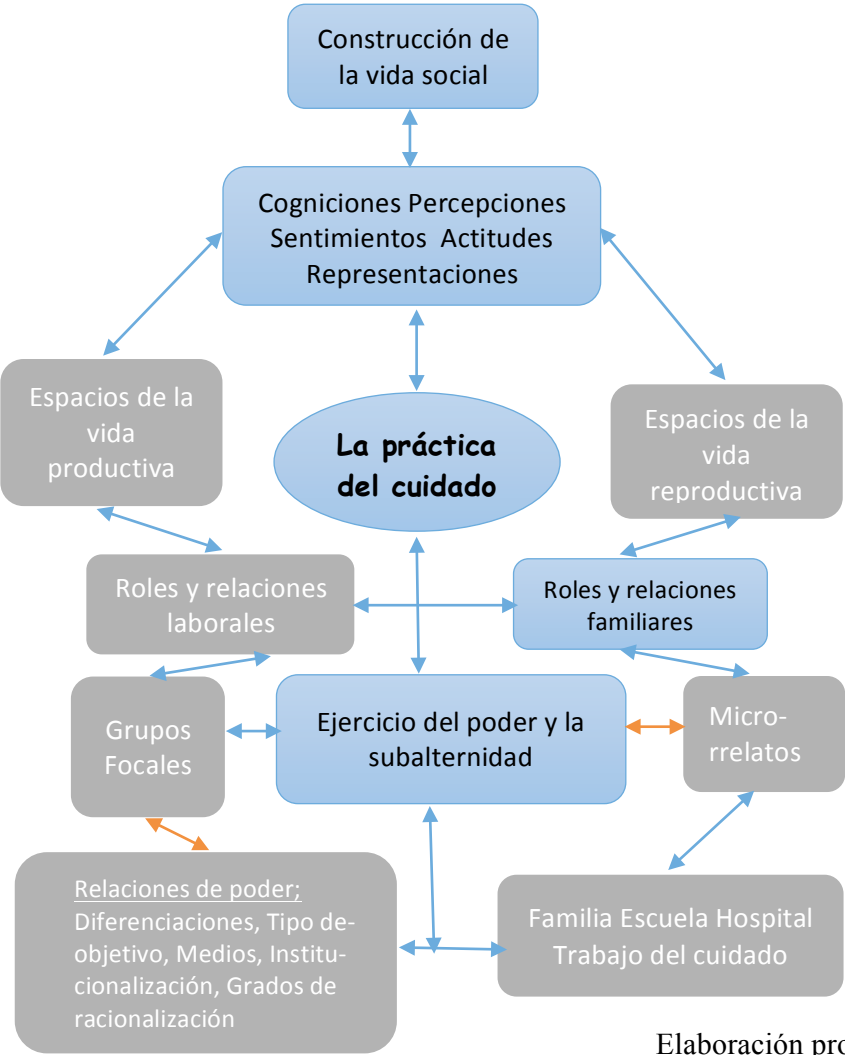
en espacios y tiempos cotidianos, sustentada en las interlocuciones, la búsqueda de sentidos y *la interpretación de las interpretaciones* de los discursos compartidos. En esta dirección, el estudio considera la articulación de *la existencia, la subjetividad y la experiencia* a partir de las orientaciones teórico-metodológicas de la *antropología de la experiencia*. Desarrollada inicialmente por Víctor Turner, a fines de los años setenta del siglo pasado, la antropología de la experiencia tiene como base el concepto de la dimensión temporal de lo vivido como *realidad, experiencia y expresión*. (Ruano, 2009).

*La realidad*, en cuanto contexto que incluye las personas reales, en un espacio, tiempo y cultura particulares.

*La experiencia*, referida a la historia particular de los sujetos protagonistas, a sus acciones y vivencias en tiempos y contextos concretos. Se trata de la articulación de lo objetivo con lo afectivo-intersubjetivo vivido.

*Las expresiones*, en cuanto discurso sintetizador de las experiencias vividas y de las ideologías de los sujetos sociales (valores, creencias, cogniciones, expectativas, utopías...). Contienen el lenguaje de los actos humanos impregnados de significados, de lo que sentimos, pensamos y deseamos.

**GRÁFICO N° 1.**  
**CATEGORÍAS DE ANÁLISIS SOBRE LA PRÁCTICA DEL CUIDADO**



Elaboración propia.

**CUADRO N° 6.**  
**CATEGORÍAS DE ANÁLISIS SOBRE LA PRÁCTICA DEL**  
**CUIDADO.**  
**DIMENSIÓN DE LO VIVIDO: REALIDAD, EXPERIENCIA Y**  
**EXPRESIÓN:<sup>79</sup> MICRORRELATOS Y GRUPOS FOCALES**

REALIDAD	EXPERIENCIA	EXPRESIÓN
<b>DIMENSIÓN ESPACIO TEMPORAL<sup>80</sup></b> Contexto: procesos relacionales con personas reales, en espacios, tiempos y culturas particulares	<b>ACCIONES Y VIVENCIAS PARTICULARES</b> Interrelaciones y cotidianidad de la vida Articulación de lo objetivo y afectivo-intersubjetivo vivido	<b>DISCURSO SINTE-TIZADOR DE LAS EXPERIENCIAS VIVIDAS</b> Lenguaje de los actos humanos con significados: Pensamientos, deseos, sentimientos, expectativas, utopías...
<b>1. Dimensión personal, familiar y social:</b>	<b>1. Eventos y acciones que marcan la vida:</b> La vida cotidiana:	<b>1. Identificaciones e inserciones:</b> Procedencia

---

<sup>79</sup> Leticia Ruano (2000) destaca las categorías "realidad, experiencia y expresión" propuestas por la Antropología de la Experiencia para la construcción de la vida social desde la investigación cualitativa. En: "De la construcción de los otros por nosotros a la construcción del nos-otros".

<sup>80</sup> Rodrigo Díaz Cruz (1997) anota que la Antropología de la Experiencia incorpora al *sujeto activo* en la construcción de la vida social, en oposición a la tendencia a representar la realidad social como inmutable y a los sujetos como simples receptores de patrones culturales y de influencias de fuerzas sociales. Hace referencia, asimismo, a la noción de *proceso* y de *experiencia vivida* en cuanto episodio de una *historia posible*.

<p>Yo: el <i>sujeto activo</i> y la vida familiar y social.</p>	<p>relaciones familiares y sociales.</p>	<p>socioeconómica Actividad laboral progenitores Roles en la familia (progenitores - descendientes) Cambios en los roles. Expectativas en relación a hijos e hijas. Influencia de la familia en sus expectativas personales Interacciones sociales (iglesia, deporte, partido político, grupos de apoyo, grupos de amigos...)</p>
<p><b>2. Dimensión educativa: La escuela como institución</b></p> <p>La universidad y la escuela de enfermería.</p>	<p><b>2. Escuela y construcción social de la feminidad</b></p> <p>La decisión de ser enfermera. La normativización de los estudios de enfermería. Experiencias sobre relaciones de subalternidad en los estudios de enfermería.</p>	<p><b>2. Mujer, maternalismo y cuidado</b></p> <p>Influencias familiares, sociales, económicas y culturales sobre la decisión de estudiar enfermería. Impacto de los estudios de enfermería sobre la vida personal y familiar. El régimen de internado: la "condición militar o</p>

		<p>monástica" de los estudios de enfermería</p> <p>Vivencias relacionadas con los estudios de enfermería (maestros, compañeras, prácticas, ritmo e intensidad de los estudios, intereses, motivaciones, frustraciones, recuerdos gratos y no gratos...)</p> <p>Representaciones personales, familiares y sociales sobre los estudios de enfermería.</p> <p>Los estereotipos.</p>
<p><b>3. El trabajo del cuidado: Dimensión profesional :</b></p> <p>El contexto de la práctica del cuidado: La institución hospitalaria: enfermos, médicos, enfermeras, auxiliares y asistentes, profesores, estudiantes, otros profesionales.</p>	<p><b>3. Tiempos y espacios de las experiencias del cuidado</b></p> <p>Acceso al mercado laboral. Funciones desempeñadas: directivas, de coordinación, operativas, de investigación, docencia...</p> <p>Práctica relacional del cuidado.</p>	<p><b>3. Imaginarios y experiencias</b></p> <p>Sobre el hospital y el cuidar.</p> <p>Representaciones sobre la figura del médico/a, enfermo/a, enfermera/o.</p> <p>Normas y rituales.</p> <p>Trabajar con el cuerpo enfermo.</p> <p>Saberes construidos en torno al ejercicio del cuidado.</p> <p>Tiempo: de ocio y donado.</p>

<b>4. Poder y subalternidad en la cotidianidad del cuidado en el espacio público y privado.</b>	<b>4.Puntos de asiento de las relaciones de poder (Foucault, 1991):</b>	<b>4. Discursos:</b>
	<b>Diferenciaciones</b>	Sobre la diferenciación por clase, género, estatus, prestigio, cultura, edad, tipo de trabajo, y otros. Diferencias en el “ <i>saber hacer</i> ”. Práctica de la autoridad formal y toma de decisiones.
	<b>Tipo de objetivos</b>	Mantenimiento de privilegios y beneficios. Apropiación del conocimiento y la técnica. Reproducción de roles y funciones para la jerarquización de las relaciones.
	<b>Medios</b>	El discurso y los efectos de la palabra verbal o escrita. La amenaza, los sistemas de vigilancia y control. El silenciamiento. Otras formas de control.
	<b>Institucionalización</b>	Estructuras legales, tradición y costumbre, sistema



		de vigilancia y control.
	<b>Grados de racionalización.</b>	Normas o conceptos racionales para lograr que las relaciones de poder se acepten y establezcan en la normalidad.
<b>5. El poder desde la subalternidad en el cuidado remunerado y no remunerado.</b>  El sujeto construido y el sujeto constructor.	<b>5. Estrategias materiales y simbólicas de poder y contrapoder</b>  Compromisos y expectativas.	<b>5. Representaciones del poder desde la subalternidad de la práctica del cuidado: figuras, imágenes, ideas y sentimientos de resistencia y subversión.</b>  El sujeto político: Autorrepresentación en el cuidado humanizado, la formación permanente, la investigación...

Elaboración propia.

# CAPÍTULO IV

## VIVENCIAS, REPRESENTACIONES Y DISCURSOS SOBRE LA PRÁCTICA DEL CUIDADO

### 1. VISIBILIZACIÓN DEL SUJETO ENFERMERA

*Creo que las personas tienen derecho a tener un posicionamiento. La posición del verdugo está dada, pero la del sujeto subalterno es fundamental que se construya en dirección a no aceptar la dominación.*

Susana Bajaña<sup>81</sup>

Lola Luna (2005) afirma que la visibilización de las mujeres como sujetos sociales y el acceso a cierta igualdad legal es un legado de la modernidad; a nuestro entender, esta condición cobra sentido con la participación de las mujeres en los procesos de inclusión social, en contextos y tiempos concretos, y en medio de las particularidades *étnicas*, de clase, educacionales, profesionales, de organización y otras especificidades contextuales.

En este sentido, hablamos de la visibilidad del sujeto enfermera a partir de la construcción de una identidad que supere las representaciones impuestas por la tradición en torno a la mujer y al cuidado con sus significados universales, incompatibles con el movimiento del tiempo, las particularidades y la trascendencia de la vida en todos los órdenes.

Marta Postigo Asenjo (2005) habla de la necesidad de trascendencia del sujeto femenino y de la búsqueda de una identidad individual, desde un diseño particular creado por las mujeres, que permita la participación en el discurso público.

De ahí que los discursos de las protagonistas del presente trabajo emergen de la percepción que tienen respecto de la inadecuación de los conceptos e imágenes de un sujeto universal enfermera, asido a las restricciones de la esfera privada, contradictoriamente instalados en la esfera pública del trabajo profesional del cuidado en contextos

---

<sup>81</sup> Susana Bajaña Mosquera: participante en este estudio, Licenciada en Enfermería por la Universidad Católica del Ecuador, Quito; Máster en Administración e Investigación por la Universidad Central del Ecuador, Quito; Docente y Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca y docente de la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Central de Quito.

locales. Desde esta circunstancia generada por el ejercicio del poder que atraviesa la condición de clase, género, etnicidad, conocimiento y otras diferencias, la enfermera *no es vista ni oída*. Con razón afirma Hannah Arendt (2005) que lo privado tiene el sentido original de privativo, es decir, no ser visto ni oído por los demás, lo que supone no sostener relaciones “objetivas” con otros, estar privado de la realidad. Ese sentido de invisibilidad parece definir a las enfermeras en el ámbito público de la profesión por efecto de una condición de heteronomía.

En consecuencia, la necesidad de recrear la historia y los discursos sobre la profesión de enfermería, hacia la construcción de un *sujeto político* en sentido individual y colectivo, se desprende también de la condición protagónica de las enfermeras de saberse y presentarse socialmente como cualificadas en el ámbito del conocimiento y de la técnica para el cuidado de la salud, por la certificación resultante de un largo proceso de profesionalización. Asimismo, por la emergencia de una razón emancipatoria inherente a la condición humana de las personas frente a la subordinación.

En este sentido, la visibilidad de la enfermera como sujeto político se enmarca en el esfuerzo por desideologizar la división público/privado que significa —en cuanto sujeto político mujer, como anotan Arias, González y Hernández (2009)— reconocer que la desigualdad y la discriminación son extrañas a la condición humana, por tanto, injustas. Evitar su continuidad enfrenta las relaciones de poder entre los géneros.

Diversos discursos de las participantes, vertidos en los microrrelatos de vida y en los grupos focales del estudio, en varias provincias del país, son expresiones de la percepción de sí mismas como enfermeras profesionales y de su identidad femenina. Como señalan Pech y Romeu (2006), la autopercepción y la noción de identidad femenina se conjugan para concretar su aparición en la palestra pública.

Los discursos y la significación del lenguaje de las participantes en los grupos focales del presente estudio, respecto de las experiencias vividas como enfermeras, traducen la existencia de relaciones de poder/subalternidad en la práctica del cuidado en una escala variable de intensidad. Las diferencias provienen de ciertas condiciones del contexto, del carácter de las instituciones, de la formación y experiencia profesional de los sujetos, de los mecanismos de respuesta o resistencia individual o colectiva, entre otras.

Así, en la construcción del sujeto enfermera participan diversos discursos contruidos: los del sujeto mujer, los del maternalismo, los de la dicotomía público/privado, los del disciplinamiento y la normativización, los de la heteronomía... Desde esta convergencia de

sentidos podemos hablar de un sujeto múltiple, y por tanto, contradictorio y a la vez en construcción.

Nuestra aproximación es a unos discursos que expresan, por un lado, los términos de las autorrepresentaciones y, por otro, las representaciones formadas sobre las enfermeras por públicos distintos, resultado de una doble percepción e interpretación: una, interna, privada o personal y otra, externa o pública.

En el proceso de producción de significados cuentan los discursos de los pacientes y de quienes interactúan en el cuidado de la salud: médicos, familiares, agentes de la administración hospitalaria, auxiliares de enfermería, otros profesionales y la enfermera (como sujeto y objeto que significa y que es significado, respectivamente). Están además, e incidiendo con fuerza, los discursos oficiales del Estado y de las instituciones responsables de la salud y otras como la universidad, la iglesia y la familia. En todos ellos prima el sentido de la diferenciación en el que se ha basado un proceso de construcción de la desigualdad que sustenta las relaciones, especialmente entre enfermeras y médicos, comparable con otra más amplia y general, la desigualdad existente entre hombres y mujeres, develada con la injerencia de la mediación discursiva feminista.

### 1.1. Del sujeto construido al sujeto constructor

La identificación profesional se construye a partir de las determinaciones de la formación universitaria en el campo disciplinar de elección, del desempeño de los roles específicos en el ámbito laboral y del reconocimiento social que distingue a una profesión de otras. Sin embargo, comprende un entramado en el que intervienen además los conceptos y representaciones heredados acerca de la profesión, las identidades personal y social desarrolladas en contextos diversos: familiar, escolar, cultural, político, etc. (Balderas Gutiérrez y Karime Elizabeth, 2013).

En el caso de la enfermería persisten en el imaginario social las representaciones *cristianas* construidas desde *la caridad, la sumisión y la obediencia*. Lo mismo que las de *la fidelidad de la asistencia a los médicos* preconizada por la fundadora de la enfermería moderna Florence Nigthingale.<sup>82</sup> Con ella se delimita en el siglo XIX el campo profesional de la enfermería a partir de la misión de curar a los heridos

---

<sup>82</sup> Juramento para enfermeras de Florence Nigthingale, 1893. “...Seré una fiel asistente de los médicos y dedicaré mi vida al bienestar de las personas a mi encomendadas...” (Gretter, 2003).

de guerra, ayudar a vivir a los enfermos y a mantener saludables los organismos de los niños y adultos (Balderas Gutiérrez y Karime Elizabeth, 2013); visión de la que se puede inferir la inicial especificación de las funciones de la salud pública: curación, fomento, prevención y rehabilitación de la salud, desarrolladas ampliamente en el siglo XX. También podemos advertir en las representaciones actuales el ideario *maternalista* del discurso hegemónico médico de la construcción biologista de la identidad de la mujer instalada en la familia moderna como “*ángel del hogar*” (Narganes J. y Narganes A. 2011.) y por extrapolación, personificada en la enfermera para el cuidado institucional como *ángel del hospital*.

Puesto que está sujeta a los cambios científico-tecnológicos, sociales y políticos, la identidad profesional, como en el caso de la enfermería, se presenta inacabada, sigue en construcción. Confluyen, entonces, los componentes incorporados tempranamente en la vida a través de las interacciones sociales en cada contexto en el que la familia, la escuela, la iglesia, los grupos de pertenencia y otras instituciones incitan a los sujetos a asimilar las normas, valores, prácticas y significados culturales existentes. Pues es en contextos concretos y a través de las interrelaciones con otros que se construye y reconstruye la identidad personal, social y profesional. En consecuencia, en el proceso de construcción de la identidad de la enfermera pueden verse en el presente las marcas de un “sujeto construido” en un pasado histórico, cuyo bagaje se resiste a quedar atrás para dar paso a un “sujeto constructor” nuevo y distinto, a tono con los cambios sociales, con la búsqueda de respuestas a sus problemas particulares, con la construcción de conocimiento propio, con la práctica de la salud como derecho (ni caridad ni mercancía) y con el acceso a la ciudadanía completa de las mujeres que, en el caso del cuidado en Ecuador, sigue siendo mayoritariamente una responsabilidad femenina.

Es posible advertir en la construcción de la identidad de la enfermera la utilización de la *diferencia* como categoría que podría llevarnos a creer en el valor de lo diverso; sin embargo, los discursos transparentan significados de género, clase, edad, condición étnica, cultural..., resultantes de confrontaciones binarias y relaciones de poder y saber, como afirma Lola Luna (2005). Con frecuencia, la diferencia como categoría clasificatoria sustenta la desigualdad, la discriminación y la exclusión de los sujetos en la sociedad.

## **1.2. Voces de mujeres ¿Quiénes somos?**

De familias urbanas, rurales o que del campo migramos a la ciudad para trabajar y estudiar; de recursos modestos o medianos. Nos referimos a nuestros padres y hermanos de las primeras décadas del siglo XX o de las subsiguientes; hablamos algo de nosotras, de nuestras familias actuales y de nuestros hijos e hijas. Pequeños relatos que tocan algo de tres generaciones; testimonios que entregan experiencias de la vida privada y laboral en hospitales y universidades: realizaciones y esperanzas, frustraciones, resistencias y proyecciones.

La mayoría casadas y con hijos, con menor frecuencia madres solteras, divorciadas, en unión libre y solteras. Distribuimos nuestro tiempo entre el cuidado de nuestra familia y el trabajo remunerado, y en algunos casos el estudio. El conflicto está presente a la hora de compatibilizar los esfuerzos de la doble o triple “carga”. Sentimos aún lejana la posibilidad de aprovechar nuestro “tiempo propio”, a pesar de algún avance en la distribución de tareas y apoyo intrafamiliar de nuestros esposos, compañeros e hijos, a diferencia de lo que sucedía en nuestros hogares paternos. La mayoría trabajamos en hospitales públicos, dos personas en establecimientos privados y la sexta parte del grupo en escuelas de enfermería dependientes del Estado. Con edades entre 28 y 72 años, la mayoría cursamos la adultez “media” y “tardía” entre los 40 y los 60 años, y pocas estamos en la mira de la jubilación o somos jubiladas. Nueve enfermeras jubiladas comparten sus éxitos laborales derivados, según el supuesto mayoritario, de haber sido formadas en el sistema de internado en los años sesenta, modalidad establecida entre las décadas de los cuarenta y los setenta del siglo pasado.

**CUADRO 7: DISTRIBUCIÓN DE LAS EDADES DEL GRUPO DE PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**

<b>Intervalo</b>	<b>Frecuencia</b>
28-32	12
33-37	11
38-42	11
43-47	16
48-52	26
53-57	17
58-62	17
63-67	8
68 y más	9
<b>Total</b>	<b>127</b>

La mayoría de participantes están al frente de cargos de dirección en unidades de enfermería, jefaturas de sala, supervisión y coordinación, y pocas en cuidado directo. Afrontamos ahí realidades diversas, el conflicto nos acompaña a menudo, lo mismo que a quienes trabajan en docencia universitaria. Claro está que las experiencias son disímiles de acuerdo con el contexto y el tiempo.

En este espacio tomamos la palabra y escribimos algo de nuestro “presente histórico”.

*Los testimonios expuestos en este capítulo que provienen de las sesiones de grupo focal, están identificados con las iniciales G.F. y los microrelatos, obtenidos por entrevista, con las iniciales M.R., seguidas de un seudónimo y la ciudad donde laboran las protagonistas.*

### **1.3. En torno a la familia, la escuela y la elección de los estudios sobre el cuidado.**

Los roles y relaciones de género se viven en la experiencia cotidiana con la familia; la clase se introduce en el cuerpo y se expresa a través de sus formas de ser y actuar; los valores y contravalores son encausados tempranamente por la familia... Al igual que otras instituciones sociales, la familia interviene en la construcción del cuerpo, en su modelación y transformación, de manera que en la historia de nuestro cuerpo se inscribe la historia de las instituciones sociales que lo controlan. Puesto que la familia es una *estación* de poder y normatividad, el cuerpo se convierte en una entidad dócil y útil a través de un proceso de disciplinamiento (categoría tratada ampliamente por Foucault, 1978).

#### **1.3.1. Nuestras familias: de recursos bajos a suficientes**

No siempre es fácil ir a la universidad si nuestra familia es numerosa, vive en el campo y no cuenta con los recursos suficientes, pero los hijos y las hijas deben *progresar*, para no reproducir los problemas de educación o trabajo de sus padres y madres.

*... Mis abuelos habían emigrado de Amaluza hacia Sozoranga, ahí nació mi papá; mi mamá vivía aquí en Loja en la parroquia El Valle, se casaron y se quedó él aquí en Loja. San Juan de El Valle fue un asentamiento indígena anteriormente, entonces ahí la*

*tradición, las fiestas del Señor de la Agonía, las fiestas de San José..., bueno, todo el año pasábamos en fiestas en el barrio. Entonces, era un ambiente muy festivo de la parroquia y de la familia también. Somos siete hermanos, yo soy la mayor... Ella (la madre) creía mucho en el potencial de sus hijos; para ella la educación decía que era lo importante, soñaba con sus hijos profesionales y nos impulsaba, a pesar de la limitación de sus recursos. Decía: “apenas me pusieron a primer grado de la escuela porque antes no era necesario que las mujeres estudiemos, como decían que para no más de estar en la cocina y criar a los hijos, que no era necesario, pero mi hermano, dice, sí..., a él sí le pusieron en la mejor escuela, de aquí, los Hermanos Cristianos, el sí tuvo todo el apoyo...” Todos somos profesionales... y esa era obra de mamá... Y vivió así hasta graduar al último hijo... (M.R. Sandra, Loja)*

El rol que ejerce la madre sobre los hijos e hijas trasciende los límites del bienestar material para entrar en el mundo de los valores; “... transmiten conocimientos, habilidades, maneras de sentir y pensar (...), crean vida y relación en el mundo (...), educan, establecen nexos y transmiten y recrean la lengua (...) ejercen, pues, como enculturadoras de los hijos e hijas.” (Beltrán, 2000: 55). En varios textos encontraremos a las madres como referencia expresa.

*Mi mamá nos enseñó a trabajar y yo reunía algo para el estudio, siempre buscaba cómo ganar algo de dinero, vendíamos cosas, íbamos a ayudar en la vecindad (...) Mi mamá era muy cuidadosa con nosotros, sobre todo con las hijas mujeres (...), nos inculcaba que seamos educadas, que nos desenvolvamos correctamente delante de las personas (...) era un poco exagerada con la limpieza y no quería que nos ensuciemos, le gustaba que andemos correctamente (...), decía que nos sentemos correctamente como mujercitas... (M.R. Magali, Cuenca).*

*... Pero fue mi mamá quien estuvo pendiente de que estudiemos. Asimismo, cuando estuve en el colegio,*



*ella me apoyó a que termine el bachillerato. Cuando yo estuve en el colegio mi padre falleció. Entonces mi madre nos sacó adelante. Ella nos exigió siempre el estudio... Así somos las madres... apoyando a los hijos.*  
(M.R. María, Palora)

La familia diferencia los roles y las relaciones entre varones y mujeres, los reproduce en cada actividad, de manera que el aprendizaje se produce al vivirlos. Dentro de la familia se desarrollan los perfiles de ser varón y de ser mujer; buena parte de la cultura y de la ideología se internalizan en cada sujeto a través de la vida cotidiana y del control ejercido sobre sus miembros.

*Como fuimos cinco mujeres y seis varones, cada una teníamos la responsabilidad de cuidar a un hermano varón. El último era cuidado por la empleada de la casa. Teníamos la responsabilidad de poner hasta las medias al pie de la cama de cada uno, para que ellos se levanten y se cambien. Todas las tardes les planchábamos la ropa, y eso fue siempre...Lo mismo hacía mi mamá para mi papá. (...) Mi papá preparaba los sábados y domingos el desayuno que debía ser especial para todos. Sabía cocinar..., él le puso en varios cursos de cocina a mi mamá, así ella se encargaba de orientar a la empleada para que cocine como a él le gustaba... siempre teníamos platos especiales.* (M.R. Rosalía, Cuenca)

*Todos aprendimos a colaborar en la casa, pero, finalmente, las mujeres siempre nos responsabilizamos de las cosas de la casa más que los varones; ellos siempre están saliendo, tienen sus propias cosas...*  
(M.R. Karina-Ibarra)

*Siempre, luego de asistir a clases, debíamos guardar el uniforme, lavar diariamente las medias y ropa interior; ayudar y realizar las actividades domésticas: cocinar, tender camas, barrer, arreglar la casa. También se trabajaba con mi papá en sus oficios. Siempre se estaba callada y obediente, dócil más por miedo que por propio querer.* (M.R. Mariana, Cuenca)

*Las tareas para los varones y para las mujeres han sido diferentes en mi hogar paterno. Los varones por lo general no tenían tareas específicas, más que dedicarse a sus estudios y cuidar un poco de su aspecto personal. Las mujeres por el contrario teníamos cosas ya especificadas como lavar la ropa de todos, cocinar, lavar los platos, arreglar la ropa y la casa, mantener todas las cosas en orden, cuidar de mis hermanos. Como mi hermana y yo éramos las mayores y mis padres siempre se encontraban trabajando, teníamos que hacernos cargo de los varones, de la alimentación, la ropa, el arreglo de las habitaciones, las tareas escolares, y de cuidarles cuando se enfermaban. (M.R. María Ángeles, Riobamba)*

### **1.3.2. La autoridad del padre y el sacrificio de la madre**

Tradicionalmente la capacidad de mandar o influir sobre los demás se encuentra sexuada. El poder de mandar, de disponer, de decidir, de decir lo que conviene o no a los demás tiene sello masculino, no solo en el seno familiar sino también en el ámbito público. Esto, a pesar de los cambios sociales y culturales que han incidido en la construcción de nuevas clases de familias y roles diferentes a los de la familia nuclear y heterosexual. Generalmente el padre tiene autoridad sobre los miembros de la familia nuclear, independientemente de los ingresos económicos. De igual manera es el varón quien representa a la familia formada por él y su esposa si no han procreado hijos, lo mismo que cuando los roles domésticos y de cuidado se invierten siendo el varón quien los asume y la mujer se inserta en el mercado público de trabajo (fuera de la casa). La autoridad puede tener gradaciones entre los extremos de lo autocrático y la permisividad. La autoridad “de hecho” sobre los hijos, asume la mujer en los casos de madres solteras, viudez o divorcio.

En Ecuador la mujer casada integra a su identificación el apellido del marido, práctica que ha disminuido en los últimos años, que no manda la ley pero sí la costumbre. A mi modo de entender, se trata de una forma de visibilizar el estatus de casada (es “mejor” ser casada que soltera o divorciada) y de expresar su nueva dependencia, vale decir la autoridad de alguien sobre ella. No sucede lo mismo con el hombre casado. Lo “normal” es identificar a Carmen Pérez de Terán, o Carmen de Terán; sería “anormal” conocer a alguien que se identifique como Carlos Terán de Pérez o Carlos de Pérez.

*Papá era siempre quien decidía qué hacer y qué no hacer en la casa; mi madre sumisa, callada, obedecía lo que él mandara; él era el “proveedor” en el hogar pese a que todos trabajábamos. (M.R. Mariana, Cuenca).*

*A papá sí lo veíamos muy servido..., si ella tenía su deber de esposa, muy amante, muy solícita... y al papá había que servirlo: el mejor plato, la mejor presa... No importa que los hijos se queden..., o nos toque un pedacito chiquito. Y a veces a ella la veíamos llorar y nos dábamos cuenta que ella, tal vez, se quedaba sin su parte... le lavaba la ropa a mi papá, todo hacía. Pero, en cambio, con los hijos, ya viendo que éramos tantos hermanos, que no se avanzaba, lidiaba con todos los siete hijos y una niña con poliomielitis –había nacido normal mi primera hermana y luego le había dado la poliomielitis– entonces, quedó paralizadas sus piernitas, sus bracitos, e incluso no podía hablar... para ella era una situación de atención a esa niña, a más de los siete hijos. (M.R. Sandra, Loja).*

*Yo me eduqué en un colegio de monjas..., a los 11 o 12 años yo ya era interna. Crecí en un internado con monjas. El sueño de mi papá era que yo me educara interna, consideraba que era la mejor educación. Él tenía posibilidades económicas... y las monjas me preferían. (...) Me sacó del internado cuando estuve en quinto curso, yo ya no quería salir de vacaciones, me había acostumbrado a las actividades de las monjas, a la oración y a ayudar al cuidado de algunas monjitas viejas del internado. Mi papá pensaba que iba a hacerme monja, entonces me sacó del internado contra la voluntad de las monjas. Crecí con resentimiento con mi papá porque me quitó la adolescencia con el internado... Pero aprendí de él un profundo sentido de solidaridad que tenía con la gente... El sueño de él era que yo estudie enfermería... Me dijo: vas a dar el examen... Al principio no me gustaba la enfermería, dos veces me*

*retiré, no dí los exámenes... Mi papá justificaba y volvía a dar los exámenes atrasados... No me gustaba atender a la gente indigente que llegaba al hospital en condiciones de total falta de higiene, ni las dificultades para acarrear agua de la cocina del hospital a la sala para bañarlos... Pero la voz de mi papá era la de la autoridad de la casa... Mi mamá no jugaba un papel mayor en la casa, sino en los quehaceres domésticos, el cuidado de los niños, el control de la empleada para el arreglo de la casa. Las decisiones las tomaba mi papá... Al tercero o cuarto año comenzó a gustarme la profesión...* (M.R. Rosalía, Cuenca).<sup>83</sup>

El sacrificio es una actitud y una práctica que se aprende, en cuyo proceso intervienen la obediencia, la obligación de hacer algo no grato por amor o altruismo. La familia y, particularmente, la madre, enseña el sentido del sacrificio con el ejercicio de sus roles. Generalmente las jóvenes que optan por la carrera de enfermería han incorporado ese sentido, de manera que en el proceso de su formación práctica el sacrificio “sólo” será reforzado. (En las primeras escuelas de enfermería de la primera década del siglo XX el sacrificio se entendía como parte de la “caridad cristiana”).

### **1.3.3. Disciplinar el cuerpo para ser mujer**

La disciplina del hogar, que significa vigilancia y también castigo, determina la incorporación de movimientos, posturas, formas de sentarse y caminar, hábitos, rituales, significados y sentidos del lenguaje, modos de pensar, de obrar y sentir cuya connotación dicotómica está siempre sexuada para diferenciar a los sujetos.

*Hablar de libertad en mi niñez, adolescencia o juventud..., pienso que no tenía ninguna, siempre vigilada y controlada por papá y mamá; debíamos llegar siempre a la hora exacta: de la casa a la*

---

<sup>83</sup> Rosalía concursó para ser docente universitaria, dirigió una escuela de enfermería por cinco períodos y promovió los estudios de enfermería de dos de sus hermanas menores y de un sobrino. Ellas y él con alto desempeño profesional. De extracción de clase acomodada, es conocida como persona extraordinariamente generosa y solidaria, es un referente singular de la enfermería humanista. (Testimonio de la autora).

*escuela, de la escuela a la casa; obediencia y no reclamos era la regla. (M.R. Mariana, Cuenca).*

*(Aprendí) los hábitos de ser honrada, respetuosa, sencilla, seria, sin dar confianza a los demás. No existía libertad para salir de la casa a reuniones sociales o del barrio, el control de no tener amistades, no salir ni con amigas, menos tener amigos, usar vestimentas cómodas, no ajustadas al cuerpo, transparentes o con escotes... desde la infancia era obligación obedecer a los padres, cuidar de los hermanos menores y obedecer a los mayores, cumplir con las tareas diarias de la casa como: cocinar, limpiar la casa, lavar la ropa y sobre todo cuidar de los hermanos, la desobediencia era motivo de castigo drástico. (M.R. María Isabel, Cuenca).*

Las diferencias de género se reproducen y refuerzan en el seno de la familia, de manera que las actividades y las habilidades físicas, mentales y actitudinales se desarrollan inicialmente dentro de la familia para diferenciar al varón de la mujer. Los prejuicios que limitan el desarrollo de la autonomía femenina tienen sede importante en el hogar, pero también lo es del lenguaje, de la afectividad, de los actos importantes de encuentro donde se recrea la historia familiar y social desde una visión propia y local.

*Hace dos años nos reunimos todos, estuvimos alrededor de 267 familiares. Nuestros encuentros se hacen sobre un programa: una misa de acción de gracias en la mañana, luego la reunión familiar se desarrolla en un lugar contratado, pasamos todo el día, comemos y bailamos, es un re-encuentro para todos. Siempre hemos organizado estas reuniones de la familia; mi padre era guitarrista, pero no era fumador ni bebedor, como acostumbran ser los artistas; animaba con música y canto todas las reuniones hasta que falleció. Las mujeres nos encargamos de la comida y los varones de la animación, de los músicos, de las serenatas y apoyando en lo que faltara. Además, ellos son los que tienen la plata... Claro, siempre estuvimos más ligados a la familia de mi madre, hubo siempre mayor relación... (M.R. Alba, Machala).*

*Mi padre decía: la mujer es de la casa, y para él no debía ir a la universidad porque como no había salido fuera de la casa estaba expuesta a otros riesgos, quizá secuestros, robos, o embarazos no deseados... (M.R. Ma. Augusta, Cuenca).*

La tradicional diferenciación: ‘la mujer para la casa y el varón para la calle’ es una construcción social que la familia reproduce y refuerza conjuntamente con la escuela. La predisposición para el cuidado, las habilidades y práctica concomitante se convierten en cualidades femeninas y se perciben como exclusivas de las mujeres. El cuidado, en cuanto rol diferenciador de la mujer frente al varón, se origina y desarrolla en medio de la actividad doméstica en la esfera privada. La familia introduce a las niñas en las tareas domésticas a través de la actividad cotidiana muy tempranamente, de manera que se legitiman socialmente como condición femenina, espontánea y natural.

*Como mujer, el cuidado personal era primordial, la sencillez, mayor control por parte de los padres y hermanos, el no salir con amistades, ni diversiones fuera del hogar, entre otras cosas. (Tenía a mi cargo) el cuidado de los hermanos, las tareas domésticas de la casa, no así el hermano varón que sí tenía sus amigos y podía salir de la casa. (M.R. Ma. Isabel, Cuenca)*

Si los varones son integrados a la actividad doméstica (situación que sucede generalmente en las familias no pudientes), se discrimina la tarea dependiendo de otros criterios, por ejemplo de “la fuerza”, en cuanto concepto asignado a la masculinidad.

*Ayudábamos a mi mamá, ella trabajaba lavando y planchando ropa de otras personas; después de la escuela hacíamos los deberes e íbamos a entregar la ropa en petacas donde los dueños en distintas partes de la ciudad. Como mujercitas ayudábamos bastante en la casa, teníamos asignaciones, mi hermana mayor cocinaba, nosotros barriamos y arreglábamos la casa, mi hermano varón trapeaba, siempre participábamos todos y éramos unidos. (M.R. Magali, Cuenca)*

En general las actividades domésticas tienen varias connotaciones instaladas en el imaginario social: fáciles, rápidas, requieren poco o ningún esfuerzo mental y un esfuerzo físico rutinario, no visto, por la costumbre de un “saber hacer” de cada día. Mas, la deconstrucción de los vocablos referidos a las diferentes actividades domésticas permite develar diversos grados de esfuerzo físico que invierten las mujeres al realizarlas, a veces mayor que el que aplica el varón. Y el esfuerzo físico del trabajo de las mujeres en la casa está acompañado de saberes y habilidades construidos en el tiempo, igualmente no vistos o subvalorados.

El cuerpo se torna apto para el cuidado y desde esa construcción se proclama la capacidad de entrega a los demás, el desvelo, el sacrificio y la docilidad como atributos femeninos. De manera que la inclinación por la enfermería como profesión es frecuentemente interpretada como adecuada a la naturaleza femenina. Sin embargo, hay cambios en los roles de mujeres y hombres en la vida familiar actual, determinados por la inserción en el mercado laboral de la pareja y una diferente organización social con respecto al tiempo que les correspondió vivir a los padres de las narradoras.

En la actualidad es frecuente que las expectativas de las familias orienten a sus hijos e hijas desde pequeños a seguir carreras universitarias, una especie de legado familiar que discrimina a la mujer menos que antes.

*Todo padre en la vida quiere lo mejor para sus hijos pero no siempre lo que nosotros deseamos es lo que ellos quieren. (...) Quisiéramos que las niñas incursionaran en el ámbito de la salud como médicos. Y el niño de igual manera. (M.R. Ma. Ángeles, Riobamba)*

*Usted ya sabe, como mujeres, estamos predestinadas para la casa desde que nacemos. Antes era así, las mamacitas nos decían: las mujercitas en la casa, en la cocina..., antes era esa la ideología. Pero hoy es diferente. Yo formé diferente a mi hijo, responsabilizándole del arreglo de su ropa y de sus necesidades; yo le decía: no esperes que tus hermanas o yo hagamos las cosas que son tuyas. Ahora, casado, él es más ordenado que su esposa... Con mis hijas igual, ellas aprendieron a responsabilizarse de sus*

*tareas, de modo que no estuvieran pendientes de mí.*  
(M.R. Daniela, Azogues)

En varios relatos está presente un discurso que denota tendencia a compartir con el esposo la realización del trabajo doméstico y de cuidado, otrora de exclusiva atención de las mujeres. El discurso puede ser interpretado como un cambio o logro realmente alcanzado, como expectativa más que como práctica, o como encubrimiento de una realidad no alcanzada aún, para sentirnos a tono con las actuales demandas de igualdad entre los sexos en todos los ámbitos. Al parecer, la inserción de las mujeres al ámbito público y su creciente participación en la economía de los países y las familias no se produce con una distribución equitativa de las responsabilidades domésticas y reproductivas. Las mujeres aún siguen afrontando la tensión entre la vida familiar y laboral.

*El tiempo está dedicado para trabajar y para atender a nuestros hijos. Mi esposo contribuye en las tareas de la casa, igual que yo, porque los dos trabajamos. No tenemos una vida social especial. No participamos en grupos políticos, de deporte, religiosos, o de otro tipo. Somos católicos, hacemos una vida normal, familiar.* (M.R. Karina, Ibarra)

*Como mi esposo y yo trabajamos fuera, nos ocupamos los dos de la alimentación, aseo, arreglo de ropa, limpieza, orden, reparaciones y estética de la casa. Él se ocupa de todo un poco al igual que yo, el trabajo siempre es compartido dentro del hogar. Las niñas y el niño se ocupan del aseo de sus dormitorios y ayudan con la limpieza de la cocina.* (M.R. María Ángeles, Riobamba)

#### **1.3.4. La clase social en la determinación de los estudios de enfermería**

La clase es un determinante de las condiciones de vida, del acceso a los bienes materiales y simbólicos, del carácter de las relaciones sociales, del mayor o menor ejercicio del poder o de la ubicación subalterna. La condición de clase de la familia es una variable social que influye en gran medida en la elección de la carrera. La mayor



parte de los discursos se refiere a la situación de escasez de recursos económicos de sus familias:

*...mi madre consideró que la enfermería era el único camino para salir de la pobreza. (M.R. Francisca, Cuenca).*

*Fuimos una familia pobre, trabajadora, con mucha armonía y muy unida; sencilla, de vida modesta pero con muchos valores. (M.R. Alba, Machala)*

*Había muchas restricciones en todo aspecto, limitación económica para alimentación, vivienda, recreación... (M.R. Mariana, Cuenca)*

*Mi mamá... nos crio sola y nos sacó adelante..., le gustaba que anduviéramos correctamente con lo poco que se tenía... (M.R. Magali, Cuenca)*

La extracción de clase de las familias se expresa a través de trabajos artesanales, agrícolas de carácter informal y temporal, en el desempeño de profesiones diversas o en trabajos públicos y privados, poco o medianamente remunerados. Las limitaciones económicas derivadas del carácter de la ocupación se agravan en el caso de familias numerosas.

*Por ser una de los 11 hijos que constituía mi hogar, tuve responsabilidades muy grandes y precoces como las de colaborar en actividades laborales para ganarnos la alimentación, el vestuario y la educación... (M.R. Francisca, Cuenca)*

*En la escuela nacional de enfermería de la Central, tuve alumnos con muchas dificultades derivadas de su extracción de clase y de vivir en una ciudad grande; a veces no llegaban desayunando, no tenían libros, se quejaban de no tener dinero para sacar copias, tenían que resolver el problema de las grandes distancias de la ciudad y los problemas de la inseguridad. (M.R. Martha - Quito)*

*Casi todas mis compañeras de promoción tenían beca para estudiar. Yo no... Fuimos 9 hijos e hijas y*

*sólo los tres últimos pudimos tener una profesión universitaria. Mi padre era contador en la tesorería municipal de la ciudad y su sueldo en los años sesenta, luego de décadas de trabajo, no sobrepasaba los 2.500 sucres. Mi familia hizo mucho esfuerzo para pagar la pensión mensual de mis estudios en el internado en Quito... (M.R. Gladys, Cuenca)*

A lo largo de los últimos setenta años de profesionalización de la enfermería ecuatoriana, la demanda de enfermeras ha sido siempre superior al número de egresadas de las escuelas universitarias, debido al creciente funcionamiento de hospitales públicos y privados y la instauración de políticas y programas nacionales de salud. En décadas anteriores la formación de enfermeras contó con el auspicio económico de diversas instituciones nacionales e internacionales para financiar los estudios de la carrera, a fin de *reclutar* profesionales como exbecarias. No existía un plan o política nacional de becas, sin embargo, las oportunidades de apoyo económico eran frecuentes, de fácil gestión y pocos condicionamientos. En la actualidad, la política nacional de concesión de becas se encuentra centralizada y condicionada por las necesidades de cambio de la matriz productiva del país, que pone énfasis en el apoyo a “... *aquellas carreras vinculadas a las industrias estratégicas y demás ámbitos del conocimiento que son necesarios para potenciar el desarrollo endógeno del país...*” (Ramírez, 2012:12). En esta dirección, tienen prioridad de financiamiento profesiones en áreas clasificadas por la Secretaría Nacional de Educación Superior Ciencia, Tecnología e Innovación (Senescyt) como “*Ciencias de la Vida*”, “*Ciencias de los Recursos Naturales*”, “*Ciencias de la Producción*” y “*Ciencias Sociales*”. (Ramírez, 2012: 63). Entre las primeras, la enfermería podría tener alguna posibilidad de financiamiento para estudios en el nivel de postgrado.

Las limitaciones económicas de numerosas aspirantes definen los obstáculos para el acceso a la carrera, a libros, uniformes, recreación, salud, etc., pues se trata de una carrera con la mayoría de postulantes de extracción de clase popular. Y la clase a la que pertenecemos influye también en las preferencias de a quién cuidamos, con qué tipo de pacientes nos sentimos mejor y por qué, aunque declaremos que no actuamos con discriminación de género, diversidad sexual, clase, etnia, procedencia, etc.

*Prefiero atender a pacientes de hospitalización  
—ellos están más enfermos— y de atención*

*especializada; por mi experiencia sé cómo actuar y manejar sobre todo casos críticos. (...) No me fijo de la clase que sean, veo la necesidad y los atiende a todos por igual. (Sin embargo) yo prefiero y doy prioridad más a los pacientes de baja instrucción porque son personas más amables, sienten más necesidad; los de clase alta son prepotentes y muchas veces no quieren que uno les atienda sino que dan más importancia al médico. (...) Prefiero los del campo, son más humildes y accesibles, nos valoran más y confían más en la enfermera, se les da más cariño y me siento bien atendiéndoles a ellos. (M.R. Magali, Cuenca)*

El cuidado de enfermería puede estar cruzado por diferenciaciones no sólo por género, sino también por clase social. La clase social que determina relaciones de dominación-subalternidad está asociada a ideas, actitudes, sentimientos y prácticas que evidencian superioridad, prestigio y prestancia, debidos a la tradición del apellido, a la propiedad de medios de producción, a cargos de alta jerarquía, etc. Entonces, es frecuente en nuestro medio que estas personas ejerzan influencia sobre las autoridades y el personal para conseguir hospitalización con mayor privacidad, que reclamen prioridad permanente de atención, obtengan permisos para visitas fuera del horario reglamentario, interconsultas, exámenes especiales y transferencias, con mayor facilidad que otras personas con los mismos derechos. En estas situaciones, el cuidado de enfermería -que generalmente se administra en una relación horizontal o jerarquizada enfermera-paciente-, se invierte a una relación de subalternidad paciente-enfermera, en la que las excesivas exigencias de atención, frecuentemente no justificadas, dificultan los cuidados a otros pacientes e incrementan los conflictos en la gestión del tiempo e insumos. Enfermeras y pacientes aceptan interactuar en medio de relaciones igualitarias y de respeto. En cualquier caso las experiencias de imposición y superioridad generan rechazo y sufrimiento.

### **1.3.5. La determinación de estudiar enfermería**

Con frecuencia la familia promueve o decide sobre la carrera universitaria que han de cursar sus hijos y, especialmente, sus hijas. Mas, –en el caso de enfermería– es mayor su oposición antes que su apoyo. No siempre la opción por los estudios de enfermería se acompaña del interés vocacional de las jóvenes aspirantes. En muchos

casos son otras las carreras de elección, frustradas por diversas razones (mayor duración en años, alta inversión económica, inexistencia de la carrera en la localidad, entre otros factores).

*... ingresé a la vida universitaria optando por la carrera de administración de empresas (...), sentí “choque emocional” al tener que relacionarme y recibir clases con alumnos varones, pues estaba acostumbrada a tener compañeras de mi sexo... Suspendí mis estudios por tres años pero siempre mi sentir y pensar era de obtener un título para poder trabajar... (M.R. Mariana, Cuenca)*

Es interesante como los contextos se conforman en función de los sexos y las propias limitaciones que nos conforman a la hora de acceder a otros espacios.

*Yo estudié enfermería en la Universidad de Guayaquil. No es que enfermería fue la profesión de interés vocacional. Decidí estudiar enfermería porque consideré que tendría la posibilidad de trabajar y tener medios para subsistir con mayor facilidad y rapidez que con otra profesión (...) Si hubiera tenido oportunidad de estudiar otra carrera, hubiera escogido ciencias de la administración. Enfermería era una posibilidad para afrontar la vida con mis hijas aún pequeñas (...) Entonces me quedé en Galápagos luego del año de salud rural. Tengo mis dos hijas, prácticamente no tenemos familiares aquí. Mi esposo está navegando... (M.R. Cecilia, San Cristóbal-Galápagos)*

*Yo tengo dos familiares que son enfermeras, y también médicos; entonces, siempre me gustaba, veía lo que ellas hacían, me llamó la atención bastante las actividades, las funciones y el saber que se puede ayudar a (los niños). En realidad, a mí lo que más me gustó era seguir medicina, sino que, más bien por situaciones de salud, que cerca de esos tiempos me operaron, no alcancé el cupo para medicina y entré a enfermería. (¿Frustración?) No, no, no. Porque yo seguí un posgrado, tengo postgrado en*

*instrumentación quirúrgica en la San Francisco de Quito, lo hice en el Hospital Metropolitano...* (M.R. Violeta, Loja)

En esa influencia cuentan ciertas características particulares de la carrera, en cuanto que forman parte del imaginario social que la contextualizan: el cuidado como responsabilidad asumida tradicionalmente por las mujeres; la organización intensiva de los estudios en seis semestres en las décadas de los años cuarenta al setenta, ocho en décadas posteriores y nueve en la actualidad, que clasifica a la carrera como relativamente corta, “apropiada” para las mujeres; *cierto grado de complejidad* de los estudios, “compatible” con supuestas capacidades y competencias de orden más práctico atribuidas a las mujeres; posibilidad de empleo rápido, debido a la creciente demanda de enfermeras en el país, entre otras condiciones. Probablemente se conserva en la familia la aspiración al matrimonio temprano de las hijas y la maternidad concomitante, lo cual se facilitaría al cursar una carrera de corta duración. Al fin y al cabo el “destino” de las mujeres, socialmente aceptado, ha sido la maternidad y el cuidado de la prole, mucho mejor si se cuenta con una profesión de “respaldo”.

*Mi padre decidió por mí los estudios de Enfermería en los años sesenta del siglo pasado; creyó con convicción paternal que era la profesión que se ajustaba naturalmente a mi ser de mujer, y que el encierro del internado que ofrecía la universidad, en aquel entonces, y del Hospital Eugenio Espejo de Quito, al que estaba ligada la profesión, era naturalmente adecuado para afrontar mi seguridad en la ciudad capital donde iría a estudiar. Me habitué al cuidado, la enfermería se incorporó en mí...* (M.R. Gladys, Cuenca)

Anclado a una esencia femenina, lo “privado” se incorpora o añade a la valoración de un mundo profesional por parte de las jóvenes. En el caso de la enfermería, se ve realizada o se sublima en la “ayuda a los demás”.

*Siempre conté con el apoyo de mi familia, a nadie le desagradó que estudiara enfermería. Mi hermano, que vivía en Canadá y que falleció allá, también me apoyó. Yo estudié enfermería por amor al*

*prójimo. Mi papá decía ‘hay que servir al prójimo, hay que ayudar a los viejitos, todos vamos a llegar a serlo’. Claro, y también por lo económico, a mí me gustaba diseño de interiores, pero no había cómo. Entonces estudié enfermería, con gusto, nunca tuve ninguna frustración. (M.R. Alba, Machala)*

“Servir a los demás” es una frecuente justificación para estudiar enfermería por “vocación”. Coincide con la inclinación religiosa de las monjas por el “servicio a Dios”.

*...no pensé en ser enfermera, porque me molestaban los uniformes, el olor a soluciones o medicamentos, la sangre. (... ). Lo cristiano y religioso me inspiró poder servir a los demás, allí (en un retiro espiritual) me insistieron en que tenía vocación, entrega y capacidad de servicio y debía estudiar enfermería. (M.R. Nora, Cuenca)*

*Conocía lo que significaba ser enfermera por mi tía materna que fue enfermera, graduada en la Escuela Nacional de Enfermería. Me gustaba enfermería, pero a la vez debía seguir una carrera corta que me permitiera trabajar pronto. (M.R. Paula, Quito)*

Sin embargo, las limitaciones, prejuicios y estereotipos en torno a la enfermería como profesión sin suficiente prestigio, mal remunerada, dependiente y sacrificada podrían ser razones frecuentemente utilizadas en el círculo familiar y de amigos para no apoyarla. Si consideramos que buena parte de las familias de origen de las enfermeras se encuentra ubicada entre los *grupos sociales* intermedios que conforman la denominada “clase media”, es probable que su empeño sea mejorar las condiciones de vida de la familia, a través de la ubicación de sus hijas e hijos en profesiones de mayor prestigio e ingreso económico.

*A mí me encantó siempre mi profesión. (...) En el colegio yo tenía todo el interés por estudiar enfermería, pero mi familia no compartía de ninguna manera la idea. Tenía una conceptualización de que enfermería tenía un perfil muy deteriorado, que era muy poco considerada (...) mi hermano mayor, que era*

*quien más influenciaba en mí, me orientó a que siga economía (...) me di cuenta que la decisión era equivocada (...) a mí me encantaba enfermería. (...) Entré a la Católica, recuerdo que fui muy acogida, en esa época (años setenta del siglo pasado) la facultad estaba dirigida por una enfermera norteamericana; ella y las demás profesoras eran Hermanas de la Caridad procedentes de Estados Unidos. (M.R. Martha, Quito)*

#### **1.4. La escuela, el internado, el examen y el disciplinamiento del cuerpo para el cuidado.**

En esta sección nos referimos a escuela, en sentido general, como el establecimiento donde se enseña, independientemente del nivel en el sistema educativo; la escuela en cuanto institución social que ordena y normaliza los comportamientos y transmite saberes, conocimientos y valores legitimados socialmente, de modo que algunos testimonios hacen referencia al paso por la enseñanza primaria, secundaria o universitaria.

Al igual que la familia, la escuela es otra institución social disciplinaria que reproduce, refuerza, corrige o amplía los hábitos, valores, prejuicios y estereotipos vigentes en una sociedad. La escuela incorpora su propia normatividad y desarrolla en los educandos las actitudes socialmente aceptadas, retroalimenta los aprendizajes familiares o también los corrige (Noemí López 2012). Incide en la construcción del cuerpo por medio de la disciplina a través de varios mecanismos de control, como son la autoridad del maestro, el castigo, la distribución de los espacios en el aula, la vigilancia de los cuerpos: de sus posiciones, lenguaje, movimientos y conductas.

Es a través de la “acción pedagógica”, ejercida en condiciones de legitimidad, que la institución escolar impone el sistema de arbitrariedades culturales de la formación social en la que se inserta, que significa reproducir las relaciones de fuerza por las que tal sistema se coloca en posición dominante. En cuanto que *violencia simbólica*, se produce en condiciones de *imposición e inculcación* y, en cuanto *poder simbólico*, en una *relación de comunicación*. (P. Bourdieu y J.C. Passeron; 2001: 19-22). En este marco se desarrolla la obediencia asociada a la aplicación de reglas que prohíben, permiten y castigan.

*El castigo severo en la escuela y en el colegio consistía en quedarnos a limpiar las aulas, los baños, a*

*realizar las tareas de: “debo realizar los deberes”, “debo estudiar la lección”, “debo respeto a mis profesores”, “debo traer representante”, por trescientas o quinientas veces. La revisión diaria o al menos semanal de la presentación física, cómo comportarse en clase... (M.R. María Augusta, Cuenca)*

Hasta hace poco la escuela imponía aprendizajes para dos mundos, uno de mujeres y otro de varones. En el Ecuador del siglo XXI quedan aún algunos ejemplos de escuelas primarias y colegios de educación media con una arbitraria separación entre hombres y mujeres, en contradicción con la vida en el mundo real.

*... fuimos educados en establecimientos públicos, los varones a centros educativos de varones y las mujeres a establecimientos femeninos, que en esa época la educación era para hombres y mujeres por separado, al igual que los profesores... mujeres sólo para mujeres y hombres sólo para hombres (...) (se controlaba)...la posición correcta del cuerpo con el pupitre, durante la escritura o la lectura, ser obedientes, dóciles, utilizar el uniforme correcto, limpio. (...) La inspección diaria de la presentación personal, el uniforme, los zapatos, las uñas, el cabello limpio y bien recogido. Ser señoritas sin enamorados, peor aún con embarazos, era motivo de sanción y expulsión del colegio. (M.R. María Isabel, Cuenca)*

En el caso de la formación de enfermeras en la universidad se reproducía el disciplinamiento del cuerpo y el control (de la higiene, del movimiento, posiciones...), bajo el supuesto del cuidado del cuerpo propio (autocuidado), para el cuidado seguro del cuerpo enfermo. La hipótesis de que cierta tendencia de la educación de las mujeres está influida por los estereotipos de debilidad, incapacidad para tomar decisiones y, por consiguiente, necesitadas de tutela y punición, nos hace pensar en cuerpos “infantilizados” que deben ser guiados y vigilados. Según Zaffaroni (1992), la ideología de la tutela se expresa en el discurso inquisitorial a través del cual se controlan las prácticas y saberes sanitarios de las mujeres, y que extendido a los siguientes siglos estuvo orientado al control de los “...cristianos nuevos, a los indios, a los negros, a los mestizos, a las prostitutas, a los enfermos mentales, a los alcohólicos, a los niños y adolescentes, a los viejos, a los usuarios



*de tóxicos, a todas las personas criminalizadas y a todos los "diferentes" por cualquier causa..." (Zaffaroni, 1992: 7)*

*Que caminemos por el área hospitalaria en silencio, con la espalda recta, busto levantado, abdomen chupado, hombros hacia atrás, sin encorvar la espalda. Nos da un aire de elegancia y buena postura, afirmaba una maestra. (M.R. Mariana, Cuenca)*

El examen es uno de los mecanismos de control exitoso del cuerpo por sus efectos neurotizantes: silencia, paraliza, neutraliza, atemoriza. Y la utilidad para la autoridad pedagógica es individualizar a los sujetos, clasificarlos, calificarlos y obrar sobre ellos. La comparación y competitividad entre los alumnos se produce por el efecto de visualización de cada uno. *"El examen combina las técnicas de la jerarquía que vigila y las de la sanción que normaliza. (...) En él vienen a unirse la ceremonia del poder y la forma de la experiencia, el despliegue de la fuerza y el establecimiento de la verdad. (...) La superposición de las relaciones de poder y de las relaciones de saber adquiere en el examen toda su notoriedad visible."* (Foucault, 1976:189).

En los años sesenta y posteriores del siglo pasado vivimos el auge de la planificación del cuidado de los pacientes por objetivos y clasificación de las necesidades básicas y superiores del ser humano, de manera que las formas de evaluar los *conocimientos, actitudes y destrezas* en el aprendizaje de enfermería –según la taxonomía de Benjamín Bloom (1974) y después también de Robert Mager (2002)–, fueron varias: el diseño, exposición y aplicación de planes de cuidado individual a los pacientes, dispuestos en cada asignatura de enfermería; la reproducción de procedimientos técnicos del cuidado por el sistema de simulación en los laboratorios de enfermería antes de aplicarlos en el hospital y en otras áreas de práctica; la observación constante de la práctica hospitalaria por profesoras de la escuela y Hermanas de la Caridad, jefas de sala. Debíamos demostrar en el cuidado al paciente la aplicación de los principios teóricos, las destrezas psicomotoras y las actitudes (estas últimas, en tanto disposición afectiva sustentada en valores de respeto, comprensión, privacidad, ayuda oportuna al enfermo como sujeto de atención personalizada). También eran frecuentes los exámenes escritos de tipo ensayo o la aplicación de las llamadas pruebas "objetivas" (de estímulo y respuesta: ítems de verdadero o falso, selección múltiple, correlación, frases inconclusas para completar, etc.,

instrumentos fundamentados en el conductismo). Utilizamos posteriormente módulos de autoinstrucción, con igual base y diseño algo más complejo, para autoaprendizaje y autoevaluación. Estos mecanismos de evaluación se extendieron hasta los años noventa, con serios cuestionamientos por su enfoque instrumental y mecánico: consideración del alumno como “ente pasivo”, que no aporta en el proceso de aprendizaje; que recibe los estímulos exteriores para respuestas académicamente preestablecidas; con necesidad de constante aprobación y demostración de cambios de conducta *observables*.

El “currículo oculto” incide en la formación de los alumnos, en los hábitos, prácticas, ideología y estereotipos de los alumnos; en la diferenciación y valoración según la clase, el género y otros atributos socioculturales; en el establecimiento y legitimación de patrones de conducta y roles a través de los cuales inscribe y habitúa a los cuerpos a determinados quehaceres, acepta las desigualdades como normales, etc. De manera que el perfil de la mujer para el cuidado se refuerza en las aulas, junto a los rasgos de la identidad femenina que se incorporan bajo el criterio de la diferenciación y el disciplinamiento. Por ejemplo, la estructura física y administrativa del régimen de internado para la formación de enfermeras en el país, hasta la década de los setenta del siglo XX, incidía en la aceptación del encierro, la habituación a cierto orden impuesto, a la autoridad que controla, decide y sanciona, como normales y beneficiosas de la formación de las alumnas. De los años cuarenta a los setenta del siglo pasado, la normatividad educativa para la carrera de enfermería en Ecuador establecía exigencias que hoy parecerían forzadas: sexo femenino, soltería, disposición para estudiar en un régimen de internado, estado óptimo de salud y ausencia de lesiones físicas. Muchas personas que vivieron esta experiencia en esa época consideran que permitió la construcción del perfil ideal de enfermera, y sienten su pérdida. Por el contrario, podemos pensar que se trató de un sistema de vigilancia y punición de las mujeres dentro del marco del presupuesto de “infantilización” femenina, ya mencionado.

Las primeras escuelas con régimen de internado, orientado a la formación de cuerpos dóciles, saludables y útiles para el trabajo del cuidado, cumplen objetivos y estrategias semejantes a los descritos por M. Foucault (1976) aplicados en instituciones militares, monásticas, hospitalarias, educativas y en fábricas del siglo XVIII. Se formaba enfermeras que fueran modelos de salud, de eficiencia, de obediencia y de moralidad, cuatro imperativos mencionados por el autor de Vigilar y Castigar para la formación de militares: *“Educar cuerpos vigorosos, imperativo de salud; obtener oficiales competentes, imperativo de calidad; formar militares obedientes, imperativo político; prevenir el*

*libertinaje y la homosexualidad, imperativo de moralidad.*” (Foucault, 1976: 177).

El objetivo de individualizar, localizar y vigilar los cuerpos se logra con éxito en los espacios de encierro o clausura del internado para los estudios de enfermería, lo mismo que en el hospital.



***Interrelación y examinación minuciosa para la selección de aspirantes a los estudios universitarios de enfermería***

Imagen 6. Entrevista de la Directora de la Escuela Nacional de Enfermería a las aspirantes a los estudios de enfermería.

Fuente: Rincón Histórico Iralda Benítez de Núñez. Escuela Nacional de Enfermería. Quito-Ecuador

*Los espacios físicos del internado estaban distribuidos para saber qué hacía y en donde se encontraba cada alumna: habitaciones para cada dos personas cuyos enseres debían ser mantenidos con extrema limpieza y orden; un sitio y comportamiento específico en el comedor, presidido por la directora y profesoras-supervisoras, quienes con su sola presencia imponían el orden esperado; horarios estrictos para levantarse, asearse, para dormir ocho horas diarias, para asistencia a clases y prácticas, para control de la salud; normativa inflexible para uso de uniformes; normativa para caminar, hablar, hacer uso de los espacios, de los días libres, para relacionarse al interior de la escuela con compañeras, profesoras y autoridades, y en los centros de práctica con los enfermos, médicos, estudiantes de medicina, familiares y Hermanas de la Caridad, jefas de salas del hospital... (M.R. Gladys, Cuenca)*

*Las normas eran tan rígidas... como que eran un poco exageradas... No teníamos una libertad plena para hacer nosotras... Siempre estuvimos sometidas, siempre estuvimos sometidas... nos castigaban... (M.R. Teresa, Loja).*

Entre la vigilancia y el castigo surgen espontáneamente formas para disminuirlos o ignorarlos.

*La vida en el internado se transformó en una experiencia sin igual. Entre nosotras había peinadoras, maquilladoras, costureras, que desarrollaban sus habilidades especialmente antes de asistir a los bailes organizados por los estudiantes de medicina. (...)*

*Teníamos poco tiempo en la escuela y acudimos a una fogata en la Facultad de Medicina; no nos dimos cuenta de la hora y llegamos a las 10h15 pm. A las 10h00 pm., ya había llegado a la escuela la supervisora, que nos acompañó al evento con un grupo reducido de compañeras. Al día siguiente estábamos castigadas, no salimos dos domingos. (Marcia Zabala P., Quito: Discurso en la celebración de las Bodas de Oro de enfermeras de la Promoción 1963 de la Escuela*

Nacional de Enfermería de la Universidad Central del Ecuador, Mayo de 2013).

El cuerpo debía hacerse efectivo para el cuidado; *dócil*, en el sentido dado por Foucault: “*Es dócil un cuerpo que puede ser sometido, que puede ser utilizado, que puede ser transformado y perfeccionado.*” (Foucault, 1987: 140). Por ejemplo, aprender a reprimir o suprimir emociones y sentimientos que pudieran alterar el clima emocional del entorno del paciente y del trabajo; acostumbrarse a la vigilancia, al examen y reconocer el encierro como útil y beneficioso.

*La vida del internado nunca me afectó negativamente, creo que a mí me benefició en la formación profesional y personal. Yo encontré en el internado de la Escuela Nacional de Enfermería un hogar, una familia, que era lo que yo necesitaba.* (M.R.Paula, Quito).

*La institución enfatizaba en el entrenamiento esencialmente obediente, con un componente fundamentalmente disciplinario, fiel a la escuela de Florence Nigthingale.* (Marcia Zabala P., Quito: Discurso en la celebración de las Bodas de Oro de enfermeras de la Promoción 1963 de la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Central del Ecuador, Mayo de 2013).

*Me parece que los padres tenían asegurado el control de las vidas de sus hijas en el internado. Creo que el internado es parte de la historia de la enfermería. Yo no me formé con internado, sin embargo, en la Católica, sin internado, yo viví abstraída de la realidad social.* (M.R. Martha, Quito)

*Cuando nos trasladamos a Cuenca en 1968 para fundar la Escuela de Enfermería en la Universidad de Cuenca, conocimos que los médicos y varias familias de las aspirantes tenían la expectativa de una carrera con régimen de internado, igual que el modelo vigente en Quito en ese entonces. Nuestra*

*posición era contraria al internado, de modo que desoímos las insinuaciones al respecto. Habíamos preparado un proyecto innovador para la formación de enfermeras en Cuenca, precisamente sin internado, sustentado en un currículo organizado con contenidos de ciencias biológicas, sociales, psicológicas y los propios de la Enfermería. Su enfoque no era solo curativo, individual y hospitalario, sino también comunitario, preventivo y de promoción de la salud. Debíamos superar la orientación biomédica y curativa. Se pensaba, con alguna excepción, en profesionales “ayudantes” de la labor médica, más que en profesionales para el cuidado integral de la salud individual y colectiva. Insistimos en nuestro empeño, y con el apoyo político de un sector de profesores y autoridades de la facultad innovamos al sur del país la educación de enfermería. Nos dimos cuenta, sin embargo, de que la gestión de la escuela que acabábamos de crear estaría sometida a una dependencia académico-administrativa y política que limitaría nuestra conducción. (M.R. Gladys, Cuenca)*

La modernización y des-elitización de la educación universitaria de enfermería a partir de los años setenta y las nuevas demandas de atención de la salud en Ecuador y América Latina dieron paso a la eliminación del internado para los estudios de enfermería; no obstante, los *beneficios* del encierro para el control efectivo del cuerpo fueron reemplazados por otras tecnologías desde la misma universidad y el hospital. La normativización es un instrumento efectivo para lograr el disciplinamiento de los cuerpos. Los siguientes testimonios corresponden a profesionales formada sin régimen de internado; la presión y el sometimiento se reproducen también fuera del encierro.

*Teníamos una educación rígida y a tiempo completo. Se nos impedía expresar nuestros sentimientos (...). Debíamos reprimir las emociones y sentimientos y ponernos siempre una máscara con sonrisa frente a los pacientes y familiares... Cuando fui docente yo enseñé diferente, creo que la enfermera debe demostrar sus sentimientos de afecto y ternura en el cuidado, especialmente en Pediatría. Un beso o un*

*abrazo pueden dar más ánimo y fortaleza que la seriedad o una sonrisa forzada. (M.R.Rosalía, Cuenca).*

*Mi formación como enfermera resultó muy sacrificada... Las clases y prácticas continuas obligaban a quedarse todo el día sea en la universidad, el hospital o donde tocaban las prácticas. No se disponía de recursos para poder almorzar, se consumía algo pequeño para matar el hambre. (...) Las prácticas en Azogues <sup>84</sup>obligaban a madrugar, mas el agotamiento mental y físico era inevitable.(...) El tiempo de exámenes, pruebas, lecciones diarias, provocaban estrés, angustia, depresión y las maestras nunca se conformaban con el rendimiento pese al esfuerzo de las alumnas.(...) Como actividad adicional teníamos que asistir a marchas, protestas, huelgas ... (M.R. Mariana, Cuenca)*

Se trata de una profesión que ritualiza la actividad de cuidado mediante tiempos y movimientos ordenados y secuenciados de manera especializada para los que ha sido disciplinado su cuerpo, una suerte de “... *esquema anatómico-cronológico del comportamiento. El acto queda descompuesto en sus elementos; la posición del cuerpo, de los miembros, de las articulaciones se halla definida; a cada movimiento le están asignadas una dirección, una amplitud, una duración; su orden de sucesión está prescrito. El tiempo penetra el cuerpo, y con él todos los controles minuciosos del poder.*” (Foucault 1987:156).

La actividad corporal se automatiza y ritualiza en la práctica del cuidado, como sucede, análogamente, en los procesos respectivos de entrenamiento de monjas, sacerdotes y militares. Y es a través del control de los espacios que se llega al cuerpo, al movimiento y al tiempo. “*La disciplina procede ante todo a la distribución de los individuos en el espacio*”. (Foucault 1987: 145).

---

<sup>84</sup> Azogues es una ciudad ubicada en otra provincia colindante con Cuenca-Azuay.





***Disciplina, atención y disposición para el aprendizaje demostrativo del cuidado***

Imagen 7. Estudiantes de primer año de enfermería en una clase práctica. Laboratorios de enfermería.

Fuente: Rincón Histórico Iralda Benítez de Núñez. Escuela Nacional de Enfermería. Quito-Ecuador

*La enfermería ancestralmente era una actividad dependiente, de sumisión, de entrega hacia los demás; esto implicaba que debíamos formar o disciplinar a nuestro cuerpo para que sea un instrumento de amor y caridad... (M.R. Francisca, Cuenca)*

*Los estudios siempre fueron exigentes, había que dedicarse bastante para aprobar las materias. Por las mañanas teníamos clases y por la tarde las prácticas, era esforzado. (M.R. Karina, Ibarra)*

*Todo lo vivido en la época de estudios es inolvidable e innumerable. Los maestros, las compañeras, los trabajos, prácticas y un sin número de situaciones solo hicieron que el interés, entusiasmo y amor por la enfermería cada día crecieran más y más. En muchas ocasiones he tenido que experimentar cosas no aprendidas en clases, como me pasó a mí cuando empecé a trabajar en una sala de diálisis, cosa que yo nunca había escuchado en la teoría y peor en la práctica, pero no me quedó otra cosa que aprender... (M.R. María Ángeles, Riobamba)*

### **1.5. El hospital y las tecnologías del poder en la práctica del cuidado**

La formación de enfermeras está históricamente vinculada al hospital, aún hoy que se proclama la prioridad de la prevención de la enfermedad y el fomento de la salud, la práctica hospitalaria tiene un peso importante en el currículo. Ello significa que la experiencia del encierro, del dolor, de la disciplina, del control y la vigilancia, como herramientas del ejercicio del poder hospitalario, se integra al proceso de aprendizaje de la profesión. Y en medio de esa experiencia están también vivencias de satisfacción y alegría por la emergencia de la vida y la salud.

*La enfermera debe estar sometida a normas y reglamentos propios de la institución, sometida además a una posición dentro de la jerarquía que existe entre los profesionales, ubicándose siempre al final de la misma. (M.R. Francisca, Cuenca)*

La mirada normalizadora (de la que habla Foucault a propósito del examen como técnica de vigilancia y ejercicio del poder) se extiende de las aulas universitarias al hospital, y viceversa, en el proceso de formación de enfermeras. Gran parte del tiempo previsto para la carrera está dedicado al aprendizaje del cuidado en el hospital, el aparato de “examinar”, de acuerdo con Foucault (1976).

*Estudiar enfermería significa seguir las reglas de un trabajo enmarcado en las cuatro paredes de un hospital. (M.R. Francisca, Cuenca)*

*Llegar con puntualidad (...) para recibir y entregar al paciente, conocer su evolución y su estado, pasar visita con el médico (...) administrar medicación prescrita, brindar cuidado directo en cuanto a baño diario, cambio de ropa, controlar y vigilar signos y síntomas que van presentándose, comunicar al médico respecto de la mejoría o gravedad de los pacientes. (Sentimos) estrés por la congestión diaria de las áreas hospitalarias, dada la gran demanda de pacientes.... Si bien nos acostumbramos a los turnos rotativos de mañanas, tardes y veladas, sin embargo constituye un desgaste físico y mental permanente, el turno de velada es el más duro ya que son 12 horas seguidas de trabajo, y a la madrugada el cuerpo decae, la mente se agota y pide descanso... (M.R. Mariana, Cuenca)*

La práctica del cuidado hospitalario significa formar parte de un triple proceso de examinación, es decir, de observación y ejercicio del poder. Por un lado, del que somete el hospital a los enfermos desde su ingreso hasta su alta a través del examen físico, los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, el seguimiento de su evolución y respuesta, las acciones de cuidado: proceso en el cual se involucran enfermeras, estudiantes, médicos, otros profesionales y trabajadores. Por otro lado, el que se aplica al personal sanitario para identificarlo, clasificarlo, vigilar su desempeño, corregirlo, sancionarlo o promoverlo; y, finalmente, aquel que articula el poder y el saber, dado que el hospital produce un acumulado de conocimiento a partir del examen del enfermo y los rituales diagnósticos, terapéuticos y de cuidado de los que es objeto. Producción de saber en un proceso en los que participan enfermo y profesionales sanitarios, pero que, finalmente, su acceso y autoría se

jerarquiza, dependiendo del grado de poder que ejerce cada miembro en la institución.

*...dedicabas toda la práctica al cuidado del paciente: revisión de la historia clínica, baño del paciente, recolección de datos personales, examen físico, elaboración de un estudio de caso, plan de actividades, etc.(...) Durante las visitas médicas el silencio y escucha atenta ante las “ordenes medicas” se debía mantener, obedecer y aplicar. (...) Los pacientes aceptaban pasivamente el cuidado que se les daba en calidad de estudiantes de enfermería; conversábamos sobre su situación familiar, problemas de salud que los aquejaba y se impartía educación respecto al cuidado y control de su patología. (M.R. Mariana, Cuenca)*



***Hospital y biopoder: un espacio de encierro, observación u normativización***

Imagen 8. Hospital Eugenio Espejo y Martha Dávila, estudiante de tercer año de la Escuela Nacional de Enfermería – Universidad Central del Ecuador: simbolismo de la identificación del cuidado profesional de enfermería dentro de los hospitales y fuera de ellos. Quito, 1965.

Fuente: Rincón Histórico Iralda Benítez de Núñez. Escuela Nacional de Enfermería. Quito-Ecuador.

El examen como estrategia del poder para disciplinar obliga a los sujetos a ser vistos, en cambio el poder disciplinario se mantiene en la sombra, según el autor de Vigilar y Castigar. *“El hecho de ser visto sin cesar, de poder ser visto constantemente, es lo que mantiene en su sometimiento al individuo disciplinario.”* (Foucault, 1976: 192). Y, al parecer, ese sometimiento llega a ser no visto por el sujeto sometido, se invisibiliza a sus propios ojos, o llega a ser aceptado, a ser normal, pues se anteponen racionalizaciones diversas:

*... el hospital es mi segunda casa, donde transcurre el tiempo de lunes a viernes de 9 a 10 horas diarias (...) se aprende a convivir con los compañeros de trabajo, con las dolencias que aquejan a los pacientes, la preocupación de la recuperación (...) La enfermera aprende a ser puntual, precisa, confidente, pulcra, dicen que es el “ángel salvador”.* (M.R. María Augusta, Cuenca)

La vigilancia para el sometimiento y la obediencia en los hospitales actuales está altamente tecnificada, opera electrónicamente, individualiza a cada sujeto, lo clasifica y mantiene registrado. El poder que somete no necesita ser visto, no requiere “ceremonia política” para demostrar su potencia (Foucault, 1976), es ejercido automática y masivamente con efectos de objetivación individual plasmados en archivos documentales minuciosos, con los que la institución asegura el sometimiento. Lo escrito por Foucault en décadas pasadas tiene vigencia en el Ecuador actual en el trabajo de los profesionales de la salud y otros, a través de la estrategia política de la modalidad de “contrato” (entre otras formas de sometimiento). La siguiente percepción es ilustrativa:

*... estamos viviendo una situación crítica porque, en todo lado tenemos nombramientos provisionales. Entonces, hay la angustia del trabajo, ... ‘me quedaré..., ganaré..., me botarán..., hasta cuándo será mi contrato’, porque está claramente que existe el contrato hasta que ganen un concurso. Existe esa angustia... ‘no sabemos qué libro estudiar..., no sabemos qué hacer..., qué va a ser de mí... Sé de unas compañeras que desaparecieron, que se quedaron sin trabajo...* (M.R. Violeta, Loja)

Junto a la sublimación del carácter de la institución aparecen también las voces de la resistencia a la disciplina y al poder hospitalario.

*... el hospital es como un templo (...) está dedicado a Dios, aquí vela por la recuperación de su paciente (...), los turnos son estresantes, demasiado cansados, con pacientes críticos... (M.R. María Isabel, Cuenca)*

*A mis cincuenta años las veladas ya me provocan fatiga, cansancio, estrés, momentos de amnesia; los constantes cambios que se producen en la institución afectan negativamente: la exigencia en el trabajo, no hay estabilidad laboral, el miedo por volver a los turnos de las veladas; es un constante estrés y daño psicológico. (M.R. Nora, Cuenca)*

## **2. LAS CUIDADORAS PROFESIONALES: AUTORREPRESENTACIONES, COGNICIONES Y SENTIMIENTOS**

Describirse como cuidadora de la salud-enfermedad supone un esfuerzo mental y afectivo para romper la unidad del yo y mostrar una parte de la identidad total. Esfuerzo difícil de lograr si los enunciados que externalizan algo de la subjetividad son expresiones de la historia vivida por cada protagonista en torno al rol de enfermera, de construcción solo posible en la interacción con otros, cruzados por diversas realidades y abstracciones sobre la salud, la enfermedad, las instituciones sanitarias, los determinantes socioculturales, políticos, económicos e ideológicos del cuidado y de los cuidadores. En cada discurso hay una lógica y una agencia compartida, producto de la intersección de las historias vividas por las protagonistas y las de los demás. En cada representación expresada se muestran vivencias, pero también expectativas: una mezcla de ser y deber ser del cuidado y de las cuidadoras.

### **2.1. El ser y el deber ser del cuidado: rol profesional, sustrato maternalista y desencuentros institucionales**

Los discursos hacen referencia al rol profesional orientado al cuidado de la salud individual y colectiva, sustentado en conocimientos

científicos, técnicos y compromiso humano (servicio y entrega humanitarios e integrales –que incluyen también la dimensión espiritual–, buen trato y dedicación). En forma unánime los grupos califican al rol de cuidado como trascendente y fundamental para la conservación de la vida y la salud de las personas.

Es frecuente la referencia al Cristianismo para justificar el sentido de la vocación y la razón del amor y servicio a los demás, muy semejante al “llamado” de las monjas consagradas dentro de una orden religiosa a la vida monástica. Desde ese ángulo puede explicarse la situación de aceptar la abnegación y sacrificio de la acción de cuidar, articulada, por otra parte, al rol maternal instituido en la mujer.

*Ser enfermera para mí es un encargo muy grande, es ser protagonista del proceso salud-enfermedad, direccionado por una base sólida científico-técnica y amparada por valores y principios éticos.* (G.F. Elizabeth, Azogues)

*Tratar a personas necesitadas de ayuda implica mucha responsabilidad, requiere conocimiento y preparación continua para poder cumplir con sus expectativas.* (G.F. Gloria, Ibarra)

*Soy una profesional con preparación, pero siempre aspirando más, queriendo aprender más, leyendo, autoeducándome, dispuesta al cuidado oportuno, responsable, afectuoso y efectivo. Soy serena, estable, exigente, disciplinada y ordenada.* (M.R. Daniela, Azogues)

*Soy una persona temerosa de Dios, respetuosa de la vida, responsable, realizo mi trabajo tomando en cuenta los principios éticos y morales que mi profesión demanda, tengo carisma y, lo principal, demuestro empatía con los pacientes.* (M.R. María Ángeles, Riobamba)

Ligado al cuidado está lo afectivo, vinculado tradicionalmente a la mujer y a la esfera doméstica, privado del sentido político, subvalorado y negado. La referencia contraria aparece en el siguiente texto. Lo afectivo como insumo complejo y necesario de la actividad de cuidar.



*Antes de iniciarme en esta carrera, veía a la enfermería como algo fácil, como el “cuidado de casa”, nada más. Pero una vez que me gradué, que ejercí la profesión, me di cuenta que era todo lo contrario. Para mí la enfermería es una profesión muy complicada porque abarca toda una serie de situaciones, abarca lo administrativo, lo investigativo y tantas cosas, pero abarca fundamentalmente los sentimientos, de ahí que es muy compleja. (G.F. Lizbeth, Machala)*

Las funciones de organización y administración desempeñadas por las enfermeras en los servicios asistenciales tienen aceptación y reconocimiento frecuentes, dadas la responsabilidad y efectividad en su desempeño; sin embargo, es limitada la promoción a puestos directivos de niveles altos y el reconocimiento económico es inequitativo.

*La enfermería se ha encargado de la organización del cuidado del paciente, de la de los servicios y hasta de la misma institución, sin embargo, el aporte de ella no ha trascendido... (G.F. Catalina, Azogues).*

*La labor del cuidado no está suficientemente valorizado porque está a cargo de mujeres. Una labor subsumida por género y profesión. Estamos bajo las indicaciones del médico, vale decir, de las órdenes, realmente. Nos hemos dedicado a cumplir órdenes, no nos hemos dedicado a cuidar con autonomía profesional... (M.R. Tamara, Cuenca).*

Los sentimientos acerca de la práctica del cuidado se desdoblaron a partir de las vivencias en la institución empleadora según su filosofía y organización, las relaciones interpersonales, los intereses y convicciones particulares en torno a la profesión.

Se habla, por ejemplo, del éxito y satisfacción en el trabajo cuando está el amor como componente fundamental del cuidado, el gusto por lo que se hace y cuando se realiza bien cada acción. Los sentimientos y las convicciones se expresan también en discursos de contenido cristiano.

*Aquí trabajo muchos años y trabajo por la vida..., si el trabajo está bien realizado, los pacientes, los familiares, los médicos y todos estamos satisfechos, estamos contentos. (G.F. Nidia, Cuenca)*

*...ser enfermera es un privilegio. Cumpló con un mandamiento que dice "amarás al prójimo como a ti mismo". Dios me dio la oportunidad de estar donde estoy y valorar la vida, valorar la salud... (G.F. Mirtha, Cuenca)*

*Yo pienso que como enfermera Dios me puso en este camino para de alguna manera hacer una buena labor. (G.F. Wilma, Ibarra)*

*Al cabo de 22 años que han transcurrido de mi ejercicio profesional, veo que me he empoderado, que Dios me puso en el rol de enfermera. No era lo que yo quería... pero una va logrando en la vida lo que finalmente le toca hacer... (G.F. Hipatia, Ibarra)*

No obstante, se destaca la percepción de una responsabilidad difícil por lo sacrificada y limitante de la vida de las cuidadoras y de sus familias, en cuanto entrega de tiempo y esfuerzo del mismo tipo (cuidado) en dos espacios sociales opuestos (privado y público), como extensión de la actividad intensiva del hogar al hospital y viceversa. El cuidado es percibido como intersección del ámbito privado-doméstico y del público, componente de la duplicidad de la carga laboral asignada a las mujeres.

*Si bien se puede considerar que el cuidado es una actividad muy hermosa y loable, es también una carga dura y difícil de llevarla, porque es doble. La mujer, como enfermera, afronta una carga doble, su responsabilidad en el cuidado y crianza de sus hijos y su familia, y la responsabilidad de la vida y la salud de sus pacientes. (G.F. Hipatia, Ibarra)*

La visión idealizada de la enfermería (el deber ser) es contrastada con otra de encierro y frustraciones, limitantes del desarrollo y de los derechos ciudadanos de las enfermeras y de la atención de sus

necesidades personales, especialmente cuando su ejercicio se circunscribe al hospital como destino. El concepto de sumisión imbuido por la enfermería moderna con Florence Nightingale hace del ejercicio profesional un proceso no grato, del que surge el sentimiento de culpa que se forma por limitaciones del cumplimiento de la misión maternal tradicional como mujeres en su vida privada.

*...Posiblemente el trabajo hospitalario nos marca; los horarios, los turnos de trabajo, pueden estar influyendo en la estabilidad del hogar, y es peor cuando el esposo es médico. Como que nosotras hemos estado también imbuidas por la sumisión, es una especie de lavado del cerebro... recordemos el Juramento de Florence Nightingale... Algunas enfermeras hemos dejado el hospital porque si no, no podríamos tener un hogar construido, hijos... Los hijos también se afectan a lo largo de la vida; y esos hijos nos reclaman ahora, nos dicen: “no me diste el espacio que yo necesitaba, que me merecía...” Entonces, yo digo,... “cómo quisiera regresar al tiempo...”*

*Si bien la enfermera puede ser la cuidadora de la salud y la vida, lo es para los demás, no es cuidadora de ella misma. La enfermera se dedica mucho al trabajo y se olvida que tiene que hacer ejercicio, que el cigarrillo le hace daño, no tiene tiempo para la recreación..., no está en condiciones de autocuidado. (G.F. Hipatia, Ibarra)*

*Yo entré a trabajar por contrato como enfermera de hemodiálisis, con un salario de 565 dólares mensuales. Mi mayor responsabilidad es velar siempre por la integridad y bienestar del paciente tomando en cuenta el cuidado de fístulas, cuidado de catéteres, toma de signos vitales y la vigilancia del tratamiento completo por el tiempo de la sesión en cada paciente. Claro, la remuneración que percibo actualmente es súper baja ya que ellos (médicos dueños de la clínica) no toman en cuenta ni la complejidad, peor el riesgo que entraña el cuidado en hemodiálisis. Están organizados cuatro turnos por día, cada uno tiene su propio equipo de trabajo; no son rotativos, tenemos la responsabilidad de ingresar a los*

*pacientes a sus sesiones de diálisis diarias y asistirlos durante todo el tratamiento.* (M.R. Ma. Ángeles, Riobamba)

Otros discursos, especialmente aquellos provenientes de profesionales formadas en la década de los sesenta del siglo pasado, vinculan expresamente el rol de enfermeras con la mujer y la madre, traduciendo que en su formación y en el ejercicio de la práctica del cuidado estuvieron infundidos por un pensamiento maternalista, plenamente aceptado.

*Para mí la enfermería fue el complemento que yo necesitaba para desempeñarme en la vida. Ha sido la formación que me ha dado para desempeñarme como madre, como esposa, como amiga, durante toda mi vida...* (G.F., Mónica, Quito)

*... la enfermería fue un despertar a un gran amor por haber trabajado con niños de una escuela. Ha sido una gran satisfacción, he sido feliz, eternamente feliz en mi trabajo, por haberme ayudado a cuidar de la mejor manera a mis hijos.* (G.F. Yolanda, Quito)

*... ser enfermera significa ser una mujer completa en todo mi accionar como madre, como esposa, como profesional, dando prestación de servicios con conocimientos a todo el que me ha necesitado.* (G.F., Elisa, Quito)

*Ser enfermera para mí es todo en mi vida. Me he sentido útil a los demás, a mi familia y a mí misma como madre y como esposa.* (G.F., Flor María, Quito)

*Para mí esta profesión es complemento de una mujer. Es una profesión que protege a todos los seres humanos que se encuentren alrededor de una enfermera.* (G.F. Zulema, Quito)

Pero el pensamiento maternalista está también en otros discursos de profesionales egresadas en décadas posteriores a la de los sesenta. En estos, el cuidado de enfermería aparece vinculado

específicamente con la sensibilidad, el sufrimiento de las madres y con su capacidad para comprender el dolor.

*Las madres de los niños que atendemos salen frecuentemente agradecidas porque sus niños han mejorado (...), hemos estado ahí con ellas, hemos estado ahí sintiendo, sufriendo como mujeres y madres. Yo soy también madre y puedo sentir como ellas.* (G.F. Nilda, Machala)

*Yo me pongo en el plano de mamá, yo soy mamá y lo que hago es que el paciente esté satisfecho en sus necesidades fundamentales. Como mamá yo priorizo la atención de mis hijos, atiendo primero al más pequeñito..., así lo hago con mis pacientes, priorizo la atención.* (G.F. Narcisa, Machala)

*...desde el primer año que ejercí la profesión he dado lo mejor de mí en el trabajo. Yo trabajo con neonatos, les cuido de lo mejor, ellos son mis hijos...* (G.F. Myriam S., Machala)

La espontaneidad de los discursos de las actoras traduce como normal y laudable la vinculación mujer-madre-cuidado al referirse a su ejercicio profesional. En este sentido, el cuidado, en cuanto objeto de estudio de la enfermería, al ser validado con la tradición maternalista y privado-doméstica, y exteriorizado en el discurso público, tiene el riesgo de reforzar los estereotipos con los que desde los sentidos de la domesticidad se subvalora el rol profesional. Es incuestionable que en la construcción de la subjetividad e identidad de varias enfermeras participantes en este estudio están presentes componentes de una representación maternalista del cuidado profesional. Este es un asunto merecedor de algunas reflexiones y debates en los espacios de formación y, a la luz de la investigación, que permitan clarificar epistemológicamente el objeto, métodos y conocimiento de la enfermería, al tiempo de resignificar el cuidado doméstico.

Por otra parte, en relación con el desencuentro entre el deber ser y el ser de la actividad de cuidado, los discursos se refieren a obstáculos institucionales frecuentes para hacer realidad los conceptos de responsabilidad, atención integral, calidez humana... De modo que el ideal de la formación es lo irreal de su práctica. No siempre se cumple *lo pensado* del cuidado de enfermería. Si faltan medicinas, insumos y

personal preparado, no es posible ofrecer un cuidado humanizado, integral y técnico a la vez, razón, por otro lado, del descontento y frustración que se incorpora a su perfil.

*Yo he trabajado en hospital y también en docencia. Hay un desencuentro entre lo que nos da la universidad y lo que exige el servicio. A veces se desvían las acciones que una tiene que cumplir como enfermera asistencial por presiones de tipo administrativo que las instituciones de salud le imponen. (G.F., Cecilia, Loja)*

*No siempre podemos cumplir con el concepto ideal de enfermería. Se nos pide calidad e integralidad y no es posible (...), hasta la situación de falta de medicación y de insumos para la atención necesaria no nos permite cuidar con calidad. (G.F. Piedad, Machala)*

*... las condiciones laborales no me permiten dar a todos cuidado integral (...) por la falta de recursos humanos en el servicio (...), porque una enfermera con una auxiliar de enfermería para atender a 19 pacientes tiene que hacer milagros. Lo que yo hago es priorizar los cuidados. (G.F. Lizbeth, Machala)*

En efecto, hay un concepto ideal de enfermería y otro real; el primero hace mención a las acciones integrales del cuidado, incluyendo el liderazgo, la administración y la gestión del cuidado; y el segundo, el que se aplica, basado en la priorización de las necesidades de los pacientes, generalmente incompleto e inoportuno, determinado por limitaciones normativas, burocráticas, de gestión interna y externa de las instituciones.

Pero también hay limitaciones de orden personal en el cumplimiento del cuidado. Los discursos significan dos realidades interrelacionadas: la formación y el compromiso. Hay profesionales que se esfuerzan por la educación, la actualización permanente y la formación postgraduada, orientadas a mejorar el ejercicio profesional y el compromiso social con la salud y con la persona que se cuida, y profesionales que se adscriben al cumplimiento dependiente de sus funciones, sin responsabilidad ni compromiso con la salud individual, ni con la profesión.

*Fue con el cuidado a los niños de cuidados intensivos que aprendí a ser enfermera. Yo veía en ellos seres indefensos. No me iba a mi casa satisfecha porque pensaba que algo me faltó, algo quedó pendiente. Había que cuidarlos con cariño, haciendo todo bien; en neonatología se podía decir: "ellos nunca nos van a reprochar", pero simplemente había que cuidarlos con responsabilidad, no solo cumplir con el paciente sino también con su familia. (G.F. Lucy, Cuenca)*

Algunas expresiones discursivas también denotan cierto desencanto en el ejercicio de la profesión, al menos por tres razones: por la poca trascendencia social a pesar de la complejidad de sus roles en el cuidado y en su incidencia en la organización institucional; por el deterioro del cuidado en el ámbito hospitalario por factores institucionales o personales; y por la percepción de cierto deterioro del perfil de la enfermería. Esta apreciación está presente entre las profesionales egresadas en la década de los sesenta del siglo pasado (jubiladas), al comparar su formación, prestigio social y destacado desempeño en el cuidado directo y en la administración, con la formación, prestación del cuidado y valoración pública disminuida, percibida en las profesionales egresadas alrededor de las dos últimas décadas. Pero esta apreciación coexiste también en enfermeras en ejercicio en la actualidad, con 20 o 30 años de experiencia laboral, desde una visión comparativa entre “el antes y el ahora”, como también en enfermeras jóvenes que, al contrario, cuestionan un desempeño rutinario falto de liderazgo en colegas egresadas en períodos anteriores a la última década.

*El rol de la enfermera es importante, además de hermoso, pero ha venido en desmedro con el paso del tiempo. (...) al menos, en mi caso, en la vocación de enfermera estaba la idea de cuidar a la gente, de recuperación de la salud en caso de enfermedad y de conservar la salud. Actualmente está circunscrito a la atención hospitalaria en medio del deterioro del concepto y funciones que le atañen a la enfermería. (G.F. Sandra, Loja)*

Algunos discursos se refieren a la dualidad vocación-profesionalidad para destacar la necesidad del “llamado” (vocacional) como garantía del estudio comprometido de la enfermería y del ejercicio laboral, y del sentido que tiene el cuidado de las personas en el proceso salud-enfermedad. La vocación como necesidad de realización y satisfacción por lo que se hace actúa como sustento de la profesionalidad en cuanto “*Cualidad de la persona u organismo que ejerce su actividad con capacidad y aplicación relevante.*” (RAE, 2014). Pero la vocación no es innata, se va construyendo o reforzando en la práctica profesional y a través del constante estudio y perfeccionamiento; se alimenta de la relación cooperativa con quienes constituyen el grupo profesional, del reconocimiento social y del autoconcepto profesional que cada miembro construye y transmite a los demás. En consecuencia, las dimensiones afectivo-actitudinales que dan sentido a lo que se hace se articulan con los conocimientos y las prácticas adscritas al trabajo y se refuerzan mutuamente.

*A mí me parece que, a veces, no se valora a las enfermeras, porque no están suficientemente preparadas. Hay una visión profesional muy dependiente, abundan los estereotipos, por ejemplo, la imagen de enfermera relacionada solo con la limpieza...* (G.F. Bernarda, Loja)

## **2.2. El cuidado de enfermería: entre el espacio público y el privado**

Por más de sesenta años, el Estado ecuatoriano cuenta con enfermeras para el cuidado hospitalario y comunitario, cuya integración a la estructura sanitaria ha significado disminución de los índices de morbilidad y mortalidad general y materno-infantil, erradicación de varias enfermedades infecciosas, incremento de la prevención de otras, así como fomento y protección de la salud individual y social. Cuenta asimismo con administradoras de los servicios sanitarios, formadoras de nuevas profesionales e investigadoras que aún miran con especial interés la ampliación de los espacios para el estudio y producción de conocimiento propio. Por otra parte, la familia que influyó en la decisión de los estudios de enfermería de su hija, lo mismo que la que se opuso, la que tomó su decisión por ella y, por supuesto, la familia de cada protagonista de este estudio, cuentan con una “nueva cuidadora” y un nuevo tipo de cuidado, con el mismo desvelo y entrega anteriores pero, ahora, fundamentado. El cuidado, remunerado o no, ocupa tiempos



“productivos” y tiempos “donados”, que forman parte de jornadas extensivas de trabajo al sumar la actividad pública y privada. En consecuencia, si queremos hablar de cambios, estos se han producido en el mundo público, de beneficio social, como señalamos líneas arriba; pero en el ámbito privado, nos atrevemos a afirmar que la formación y ejercicio de la enfermería han robustecido la doble y triple jornada de las protagonistas de este estudio y han alimentado la perspectiva maternalista desde dos fuentes: el aporte especializado y tecnificado del cuidado desde la enfermería y la formación de un “sentimiento de culpa” de quienes, absorbidas por el trabajo, “descuidaron” la “atención” de la familia. Las abuelas y las trabajadoras domésticas siguen siendo recursos para compatibilizar el trabajo público y privado de las mujeres integradas al mercado laboral. Han variado los tiempos que estas mujeres dedican al cuidado, la forma del cuidado (debido a las orientaciones profesionales de las enfermeras a sus madres y empleadas), lo mismo que el costo del cuidado (más alto hoy) en el caso de las segundas. Algunos relatos ilustran las dificultades para compatibilizar esas dos actividades de cuidado.

*... estaba con un contrato en el Seguro, luego me vino el nombramiento, después hubo también el concurso aquí en la universidad, (...) –un mes creo que trabajé en las dos instituciones–, ya se me complicó mi embarazo, una hiperémesis gravídica; que me estrenaba de docente, me estrenaba de esposa, me estrenaba la maternidad (...) Renuncié al Seguro y me tocó una vida tan agitada en el inicio de la escuela de enfermería... Yo era la que tenía que abrir brecha en el médico-quirúrgico, en el materno-infantil, en el internado, y todo nuevo; y me hice un hábito... que me absorbía el trabajo; la empleada era la que estaba con todo el trabajo (de la casa) y el papá también ayudando, y mi mamá, ¡qué bonita ella!, en cambio, como pasaba en la casa todo el tiempo, nos ayudó bastante con los nietos. Mi hija y mis hijos ya están con [hijos]...yo ya tengo nietos, pero no les puedo cuidar porque ya me absorbe aquí el trabajo. (M.R., Sandra, Loja)*

*... en cierto modo creo que la carrera sí influye en la vida diaria de las compañeras, por lo que la mayoría de enfermeras se han divorciado, son madres*

*solteras o se han quedado solteras; las horas nocturnas, trabajos de fines de semana o feriados afectan la vida sexual con su pareja. (M.R. María Isabel, Cuenca)*

*...me gratifica saber de salud, no me importa no saber de física o de astronomía, sino saber cómo cuidar a los míos, saber cómo prevenir tantos riesgos que les asechan, cómo evitar los peligros... (G.F. Analuz, Cuenca)*

*Compartimos siempre mi esposo y yo el cuidado de nuestras tres hijas e hijo cuando estaban sanos y cuando enfermos. Como enfermera sabía cómo cuidarlos y cuándo acudir al médico. Claro que contamos por décadas con el apoyo de trabajadoras domésticas... Manteníamos un sistema escrito de comunicación para reportar sobre los cuidados, cuando eran de cuna, o la evolución de la enfermedad durante las horas alternadas de cuidado, combinadas con la responsabilidad docente. En algunos períodos críticos (desembarazo y cuidado en los primeros meses de vida de nuestros hijos) tramité el cambio de nombramiento: de profesora de tiempo completo a tiempo parcial para tener posibilidad de cuidarlos directamente, al menos, uno o dos semestres. La responsabilidad al frente del subdecanato de la facultad de medicina, coincidió con el desenlace de un cuadro asmático de Susana y Enrique en sus seis y cuatro años, respectivamente. No solo debíamos compatibilizar tiempos de trabajo y de cuidado, sino sufrimiento y emergencia, con la posibilidad de estudiar, pensar y decidir con acierto frente a la “crisis de la facultad” por la oposición a mi elección. Fueron tiempos difíciles para toda la familia, pero los superamos en equipo... (M.R. Gladys, Cuenca)*

*La enfermería me ayudó a salvar la vida de mi hermano.(...) Esa es la oportunidad enormemente satisfactoria que a mí me dio la enfermería: la formación que recibí y el conocimiento y la experiencia de mi ejercicio profesional. (G.F., Elizabeth, Azogues)*

*Tengo limitación en el tiempo, debido al trabajo; las actividades administrativas a veces me estresan y dificultan mi tiempo para distribuir con mis hijos, hacer ejercicio y alimentarme adecuadamente; la falta de tiempo para distribuir mis actividades con el cuidado de mi madre de avanzada edad y muy delicada de salud, el control de las tareas educativas de mis hijos hacen que me estrese y temo por mi quebranto de salud.* (M.R. Nora, Cuenca)

En síntesis, los discursos de las participantes en este trabajo, centrados en torno al rol del cuidado profesional, muestran pensamientos y sentimientos ordenados en cuatro núcleos temáticos:

- El cuidado de la salud (fomento, recuperación y prevención) es el rol central de la enfermería, apoyado por la gestión, administración e investigación, y sustentado en el conocimiento, en acciones expertas, integrales y humanas. Considera al cuerpo físico, mental y emocional como un todo para procurar su bienestar. Se trata de un rol esencialmente social, necesario, delicado, difícil y complejo por estar cruzado por emociones y sentimientos.
- Las vivencias constrictivas están relacionadas con la doble carga que soportan muchas enfermeras por su condición profesional y de mujeres, madres, esposas o hijas, en razón de asumir el rol de cuidadoras en dos espacios de gestión cotidiana: hogar y hospital, al frente del cuidado de hijos, esposos, hermanos, ancianos... y de pacientes, respectivamente. Los turnos, horarios y el carácter agobiante de la actividad profesional privan a las enfermeras de tiempo y oportunidades para el autocuidado y relaciones familiares provechosas. No están ausentes en ellas la frustración y la culpabilización, especialmente por vivencias de sujeción al trabajo institucional y alejamiento de la familia.
- La vigencia de un pensamiento maternalista que subordina el rol del cuidado profesional a los componentes de amor, sacrificio y sumisión se robustece con la convicción de que tales componentes son necesarios en la práctica del cuidado. Este hecho impide la emergencia de herramientas para superar los estereotipos y barreras mentales respecto de lo femenino-materno-doméstico. Tal representación más bien resulta útil para el ejercicio de relaciones de poder/subalternidad en torno al cuidado en el ámbito público o privado.

- El sentido ideal del cuidado se contradice en las limitaciones y obstáculos de orden institucional o personal encontrados en la práctica del cuidado, relacionados con ausencia o escasez de recursos e insumos, tensiones administrativas, débil compromiso y preparación profesional.

### **2.3. Visiones contrapuestas sobre el rol y la época de formación: de la ilusión del deber cumplido al desencanto**

La identidad profesional de las enfermeras se construye también con los conceptos que otras personas tienen acerca de su rol, formados en las interacciones del trabajo con diversos agentes de la institución (médicos, administrativos, auxiliares de enfermería, etc.); a partir también de las experiencias de atención, como en el caso de los enfermos y, en general, de los usuarios de los servicios sanitarios, o de las imágenes y discursos de los medios que el público acoge y reproduce, entre otras fuentes.

La formación y el ejercicio profesional son percibidos por enfermeras, médicos y docentes de escuelas de enfermería en dos tiempos: entre las décadas de iniciación y expansión de las escuelas de enfermería en el país, años cuarenta a ochenta del siglo pasado, y las últimas. La apreciación comparativa es dicotómica: se califica como mejor la formación y desempeño en las primeras décadas y como desmejorada en las últimas o, lo contrario, como de avance y desarrollo de la formación y ejercicio profesional en las últimas décadas.

Se trata de representaciones múltiples, unas favorables y otras no, que generan estados de satisfacción o frustración en las participantes de este estudio, posibles de ser ordenadas en categorías dicotómicas: una de reconocimiento del valor social y, otra, peyorativa o de subvaloración acerca del rol y del tiempo de formación y ejercicio profesional.

Una imagen favorable sobre el rol incluye conceptos relacionados con el desempeño de funciones administrativas orientadas a la organización de las unidades de atención y del personal y otras, de gestión, seguimiento y control del proceso de atención, aspectos que contribuyen al éxito y prestigio institucional. De ahí se derivan el respeto de médicos y autoridades, la gratitud de los pacientes y la aceptación del público. Los discursos denotan satisfacción y entusiasmo.

*Hay avances en torno a la imagen social de la enfermera. Se reconoce el valor de su trabajo y se busca y acepta el criterio de la enfermera en relación*

*con diversos asuntos. Las enfermeras son líderes en la mayor parte de la institución. (G.F. Juana, Cuenca)*

*El trabajo de enfermería es reconocido y valorado en todas las áreas. En general, la imagen social ha cambiado. Los pacientes se muestran frecuentemente agradecidos por el cuidado de enfermería. (G.F. Silvia, Cuenca)*

*Las enfermeras tenemos liderazgo. En general los médicos reconocen nuestro trabajo y nuestra presencia organizadora en los servicios. (G.F. Camila, Machala)*

*Creo que ahora ha cambiado el concepto de la enfermería como servicio simple y fácil. (G.F. Alba, Machala)*

En este marco, hay una percepción de avance y desarrollo de la profesión. Como indicador del cambio alcanzado se menciona la ubicación y éxito de muchas enfermeras en puestos de dirección, aunque deban enfrentar todavía la oposición de otros profesionales (fundamentalmente médicos) que defienden un territorio otrora de su exclusividad. Las enfermeras interactúan con otros profesionales en comisiones especiales de gestión de la salud y muchas se encuentran al frente de responsabilidades nuevas.

*... aquí en la ciudad tenemos a una colega y en la provincia a otra como directoras de distritos.... También tenemos a otra autoridad a nivel nacional.... Lo decimos con satisfacción que tenemos a muchas compañeras con gran preparación y capacidad para desempeñarse en puestos de dirección. Ahora mismo tenemos una compañera como directora del ECU 911. Otra compañera fue directora de la Facultad de Ciencias de la Salud, dirigía tres escuelas: Odontología, Psicología Clínica y Enfermería... Estos son ejemplos que nos muestran que hay reconocimiento y las enfermeras van ubicándose en puestos especiales de liderazgo. ... (G.F. Ruth, Machala)*

En la actualidad, se ha logrado diferenciar el trabajo profesional de enfermería, del que no lo es. En síntesis, la percepción es de avance en el concepto y la práctica social de la enfermera, de reconocimiento de su papel y formación.

La visión opuesta es la de una profesión insuficientemente valorada por la sociedad, con un rol deteriorado en la actualidad, con pérdida de funciones y hasta de difícil ubicación en el escenario de las profesiones. La representación más frecuente de la enfermera es la de una persona que presta un servicio espontáneo que no tiene costo y, por lo tanto, voluntario, simple e ilimitado.

*La enfermería ha estado envuelta en la tradición del servicio a otros (...), que se dona, que se deriva de la caridad, del trabajo que no tiene costo. Nunca nos enseñaron cómo fijar honorarios por nuestro trabajo y ahora, como docentes, la escuela tampoco lo enseña a las estudiantes.* (G.F. Marcela, Ibarra)

*... la gente ve que nuestro trabajo no es importante, que no tiene límite, que es simple,... nosotras mismas no damos importancia a nuestro trabajo, al tiempo y esfuerzo que invertimos.* (G.F. Hipatia, Ibarra)

*... hay una visión romántica de la enfermera que nosotras mismas la reproducimos: la enfermera heroína, la enfermera que no come ni duerme, la enfermera solícita, que da hasta la vida por los semejantes. Nos olvidamos que las enfermeras somos seres humanos...* (G.F. Sandra, Loja)

*La gente, en general, piensa que nosotras somos sensibles, por un lado, y por otro que nos hacemos insensibles al dolor. Entonces, hay percepciones contradictorias.* (G.F. Edita, Machala)

Es frecuente la reproducción del concepto de la enfermería como *profesión complementaria* y del cuidado como obligación natural ligada a mujeres; no es visible para algunos sectores sociales el largo proceso de profesionalización de la enfermería, ni la necesidad de estudio y especialización que demanda la atención de un complejo proceso de salud-enfermedad en la actualidad.

*A pesar de que las enfermeras seguimos preparándonos, seguimos estudiando y avanzando, tenemos un liderazgo... no hay un real reconocimiento social.* (G.F. Tania, Azogues)

*Tiene mucho que ver que el cuidado esté en manos de las mujeres, por ejemplo, el cuidado de la pachamama, (...) El cuidado de la tierra, del cultivo, de la descontaminación ambiental, la defensa de la salud, de la vida y del agua, del medio ambiente, de todo, ha quedado en manos de las mujeres por la situación de la migración.* (G.F. Analuz, Cuenca)

Las imágenes estereotipadas de la enfermera se relacionan con un rol dependiente, al servicio del médico, con una actitud insensible e impersonal en la atención.

*La imagen de la enfermera no está definida. No hay una identificación de la enfermera, ni así estemos de blanco, con el uniforme o con nuestro distintivo...* (G.F. Silvia, Cuenca)

*Para el mismo personal de la institución y para el usuario, la enfermera es solo cumplidora de las órdenes médicas.* (G.F. Mirtha, Cuenca)

*Al interior del hospital no hay una buena percepción de la enfermera, (...) se piensa que sin el médico la enfermera no funciona.* (G.F. Edita, Machala)

*... en general, la sociedad cree que la enfermera es la "ayudante del médico".* (G.F. Gemma, Cuenca)

No están erradicados ni el estereotipo doméstico ni el sexista. Y las expectativas comunes, dentro y fuera del ámbito hospitalario, son las de una enfermera sobrehumana, sacrificada o heroína. Con frecuencia otros profesionales recurren a la imagen excelsa dejada por F. Nightingale para demandar de las enfermeras un trabajo intensivo y extensivo, y algunas representaciones del trabajo de las enfermeras han generado similes y denominaciones burdas.

*... exigen que el mismo perfil siga vigente: la enfermera sacrificada, sin descanso... La otra imagen que también aparece es la de la enfermera “pulpo”... Como trabajadora múltiple asume todo lo que no se hace cargo otro personal.... Por eso su trabajo se compara con el trabajo doméstico y el de una buena madre y buena esposa... Por eso se la representa como “ayudante del médico”. También la expectativa del rol de la enfermera... es el de la enfermera que vigila el orden, el buen uso de los equipos, la disciplina,...una especie de enfermera “ogro”. (G.F. Sandra, Loja)*

La mayor parte de las personas integrantes del grupo participante demuestra preocupación frente al ejercicio actual de la profesión por la pérdida de funciones logradas a lo largo de su proceso de profesionalización.

A través del tiempo se fueron definiendo y delimitando las funciones de enfermería; las discusiones y acuerdos fueron objeto de varios eventos nacionales e internacionales, especialmente auspiciados por la OPS/OMS, en las décadas de los sesenta y setenta del siglo pasado. Sin embargo, hay la tendencia institucional a asignar a las enfermeras una diversidad de encargos sin ser de su responsabilidad, de manera que se torna normal que se encuentren sobrecargadas de obligaciones o que ellas mismas las busquen. Se las reconoce también como cumplidoras de normas.

Esta situación se la relaciona con su identidad femenina, tradicionalmente al frente de una serie de tareas familiares y sociales anteriores y nuevas. Estiman que como enfermeras fueron formadas como “fieles cumplidoras”.

*... la percepción en la institución es que solo las enfermeras estamos obligadas a realizar todo. Toda norma, todo reglamento, lo que se quiera instaurar en el hospital... (G.F. Consuelo, Cuenca)*

*... somos fieles cumplidoras, es nuestro principio (lo expresa con ironía). Jamás por las enfermeras puede incumplirse algo. La responsabilidad con la que fuimos formadas nos hace fieles cumplidoras. Los médicos... dicen que a las*



*enfermeras nos encanta cumplir las normas.* (G.F. Analuz, Cuenca)

En los años sesenta y setenta del siglo XX, con la creación del Ministerio de Salud Pública en 1967 y el boom petrolero de 1972-1982, se generó un proceso de creación de servicios de salud: hospitales regionales, provinciales, cantonales, centros y subcentros de salud, orientados a modernizar la atención de la salud y a ampliar su cobertura. Este es un período denominado la “época de oro” por las profesionales de la promoción 1963 (hoy jubiladas), formadas en la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Central del Ecuador (Quito), participantes en el presente estudio. Ellas vivieron la apertura para tomar decisiones, imprimir su estilo y normativa particular, con gran aceptación social de su desempeño.

*... tuve la suerte de estar en la “época de oro” de la enfermería. Salimos con una muy buena formación, con responsabilidad y otros valores. Desde el inicio de nuestro trabajo fuimos reconocidas por los médicos, por las autoridades de las instituciones y socialmente.* (G.F. Paula, Quito)

Fueron formadas con la modalidad de internado en una escuela con gran prestigio y legitimidad. La *rigurosa selección* de las aspirantes para ingresar a los estudios, la formación sujeta a una disciplina de cuerpo y espíritu, extendida hasta entrada la década de los años setenta del siglo pasado, constituye para la mayor parte de este colectivo la razón de su éxito profesional.

*Me parece que una fue la formación y la forma de trabajo en nuestro tiempo y otra en la actual. Nosotras reunimos condiciones para un trabajo responsable, ético y comprometido, por lo que recibimos reconocimiento y mucha aceptación. Creo que en la actualidad las enfermeras no tienen las condiciones de formación y laborales que nosotras tuvimos. Advierto profesionales sin compromiso, sin vocación, sin formación sólida, entonces ha cambiado la valoración y el reconocimiento que sí tuvimos nosotras.* (G.F. Zulema, Quito)

En nuestra opinión, se trató de una etapa de necesidad imperiosa de contar con enfermeras para organizar los hospitales e implantar mecanismos administrativos expeditos para una atención que se diferenciara del sistema asistencialista y de caridad, instituido en el siglo XIX con la República. El período coincidió con la aparición de algunas especialidades médicas, crecimiento cuantitativo del personal auxiliar de enfermería (*necesitado de organización y “control”*), instalación de equipos especiales, entre otras características.

Primaban en la época conceptos de reconocimiento y buen nombre del trabajo de las enfermeras, responsabilizadas con éxito de poner al día la organización de los servicios y el cuidado directo de los enfermos con enfoque de prevención, curación y promoción de la salud en el país. Su trabajo técnico especializado liberaba a la actividad médica de dificultades y permitía disponer a los médicos de tiempo para asumir, a la vez, trabajo en instituciones públicas y privadas.

*... la gente me tenía mucha consideración, se formó una buena imagen de la enfermera porque valoraba los conocimientos y el desempeño experto y respetuoso de la profesión.* (G.F. Irene, Quito)

En el grupo de enfermeras egresadas en la década de los sesenta del siglo XX se destacan vivencias de respeto, aceptación y reconocimiento institucional y social de su labor. Refieren satisfacción por su formación profesional, entrega y compromiso en el cuidado a los pacientes y su éxito en la organización, liderazgo y administración de los servicios de enfermería en Ecuador. Destacan la capacidad de decisión y control de su trabajo, la autonomía del desempeño en el ámbito de su competencia. Aseveran que tales condiciones se han perdido en la actualidad.

Enfermeras formadas en décadas posteriores (años setenta y ochenta), que participaron en la apertura de hospitales, en la organización y modernización de la atención, vivieron también experiencias de autocontrol de su trabajo y mayor autonomía. En nuestro criterio, participar en la organización y puesta en funcionamiento de un establecimiento de salud genera autoría, un estado de apropiación y empoderamiento personal y de grupo, así como prestigio y autoridad cuanto más difícil, útil y efectivo es el trabajo invertido.

*Experimentamos la transición de un hospital viejo a un hospital nuevo. Nosotras debíamos liderar la*

*organización general y de enfermería; pasábamos de una época a otra época, (...) de la tradición del cuidado suministrado por personas empíricas al de enfermeras profesionales. Nunca tuvimos problemas. Los médicos aceptaron todo lo que habíamos organizado para la inauguración del hospital. (G.F. Regina, Azogues)*

Se destaca la formación y el ejercicio laboral sustentados en la vocación, así como la capacidad de las enfermeras para discutir con propiedad, pertinencia y basar los cuidados de enfermería en fundamentos científicos.

*Había una opinión muy favorable de los usuarios en relación con el rol de cuidadoras, cuando el desempeño era ese, de cuidado, responsable e integral. Hoy ese rol no lo vemos porque las enfermeras están ocupadas en otras cosas. (G.F. Raquel, Loja)*

*Ha cambiado todo... Para rescatar lo que se ha perdido, las instituciones tendrían que escoger mucho a la gente de enfermería para recuperar el liderazgo que no existe, o algún grado de poder profesional. (G.F. Zulema, Quito)*

*... tuve que utilizar mi título de enfermera, mi cargo de docente en una escuela de enfermería para tener ciertas “prevendas” en la atención a un familiar, tanto con médicos como con enfermeras ... el trato se ha despersonalizado y los intereses económicos son la prioridad ... No importa el paciente... (G.F. María Paz, Cuenca).*

En la reproducción de estereotipos formados a lo largo de la historia de enfermería probablemente intervienen también el enfoque educativo, ciertas prácticas docentes generadoras de dependencia, lo mismo que la procedencia social de las aspirantes, además de la reproducción de la imagen del médico como sujeto central de la actividad sanitaria.

*Si evaluamos quiénes ingresan a la escuela de enfermería, localmente, podemos ver que son estudiantes de sectores populares, de clase media, media baja. (...) se identifica al cuidado con lo doméstico. (G.F. Catalina, Azogues)*

*... vemos que las enfermeras que estamos formando son sumisas, calladas, aceptan lo que diga el médico. Y nosotros estamos avalando esa situación en los hospitales donde les estamos formando. (G.F. Amelia, Ibarra)*

*... inconscientemente se describe el perfil de una enfermera: como una mujer de apariencia sumisa, de maquillaje discreto, junto al enfermo, solícita, entregada a los demás... (G.F. Hipatia, Ibarra)*

*... nos hemos desarrollado como profesionales, pero el avance del reconocimiento social, es pequeño. La labor de la enfermera en algunos hospitales es simplemente complementario, no tiene un valor significativo. (G.F. Elizabeth, Azogues)*

El cuestionamiento a la calidad de la práctica profesional de enfermería actual está expresado con mayor fuerza y desencanto por enfermeras jubiladas, especialmente formadas en la década de los sesenta del siglo pasado, y por otras profesionales en ejercicio con dos o tres décadas de experiencia laboral. Podríamos comprender sus discursos a partir de su experiencia vocacional de inclinación a la profesión, de entrega sin condiciones a la misión de cuidar. Una vivencia particular en las primeras décadas de formación y profesionalización de la enfermería, semejante a la vocación religiosa entendida como “llamado divino” para el servicio o consecución de un fin especial. El estado vocacional descubierto por las aspirantes a la carrera al inicio de su formación, desatado en el proceso de la misma y robustecido en el contexto laboral, parecería haberse perdido en las últimas décadas, o no haber sido tomado en cuenta para sustentar el desarrollo de la personalidad y la práctica profesional del cuidado con visión humanista. Probablemente, el interés actual de la formación y el trabajo de enfermería está dirigido por la visión omnipresente del mercado y por el fraccionamiento del conocimiento y la técnica con el que los profesionales de la salud se acercan al cuerpo enfermo. Así, la

profesionalidad se encuentra separada de la necesidad de disfrutar de lo que se hace bien, de a quién está dirigida la acción, cómo y cuándo es oportuno y conveniente hacerlo.

También podríamos entender sus discursos desde la percepción del deterioro de la atención a la salud por efecto de las políticas neoliberales, de las dificultades inherentes a la educación de enfermería (masificación de la demanda, déficit presupuestario, limitaciones de la infraestructura universitaria y de los campos de práctica, etc.); o a partir de la débil interlocución y liderazgo entre las enfermeras operadoras del cuidado y los niveles de dirección nacional de la salud para la consecución del mejoramiento de las condiciones laborales, (incremento de enfermeras, cumplimiento de la aplicación de la escala salarial, reconocimiento de la formación especializada, oportunidades de formación equitativa, aseguramiento de la estabilidad laboral por concurso y nombramiento, etc.). Probablemente, la persistencia de los estereotipos tradicionales sobre las cuidadoras (imaginarios maternalistas y domésticos en torno a la mujer y al cuidado) está afectando a la construcción de autoconceptos que limitan el gusto por la formación y el trabajo de enfermería en la sociedad actual.

### **3. LOS SENTIRES DE LA PRÁCTICA DEL CUIDADO**

El mundo de la afectividad, eminentemente subjetivo, ha estado en la periferia de lo público, despojado de la condición política que envuelve a los seres humanos en cuanto sociales. Las relaciones interpersonales son esencialmente políticas, mediadas por pensamientos, emociones, sentimientos, acciones humanas y lenguaje, encargado este de dotar de significados a la realidad. La afectividad ligada a lo privado de la familia y relacionada sobre todo con la identidad femenina recupera en el lenguaje su condición política.

Los estados de placer y displacer que experimentan las enfermeras como resultado de su desempeño profesional, en el contexto del lenguaje emocional, contribuyen a la construcción de una subjetividad e identidad particular. David Goleman (2006) anota que la inteligencia social, constituida por la dimensión afectiva, implica el conocimiento y control de la relación unipersonal (interna) y de la bipersonal o interpersonal e incluye la empatía y el interés por los demás.

El trabajo de enfermería está sujeto al proceso de “*economía emocional*” (que, según Goleman (2006), comprende un intercambio de energía intrapsíquica) que determina la posibilidad de “contagio” de estados emocionales agradables o desagradables y permite disfrutar o

sufrir con las relaciones interpersonales. Este es un proceso en doble vía que afecta gratamente o no a pacientes y enfermeras.

Ciertas representaciones sociales en torno a las enfermeras, dotadas de sentido positivo o negativo, reproducidas por diversos públicos, derivan en vivencias emocionales agradables o desagradables para ellas, según sea el discurso. En estos estados convergen procesos biológicos y fundamentalmente culturales determinados por el aprendizaje y la interrelación social.

En situaciones emocionales negativas (por ejemplo de miedo) se activa la amígdala del cerebro medio produciendo un estado de hipervigilancia y respuestas de lucha, huida y paralización. Así, el ceño fruncido o la sonrisa, son indicios emocionales y signos de peligro o de intenciones de las personas (Goleman, 2006). Posiblemente las enfermeras, más que otros profesionales, están sujetas a mayor activación de la amígdala cerebral durante su jornada de trabajo, llevada a cabo en contacto directo con pacientes y familiares que viven el dolor, la incertidumbre, la inseguridad y el temor frente a la hospitalización y a la misma enfermedad. La enfermera está en riesgo de “contagio” de estos estados afectivos, que puede incrementarse o no de acuerdo con la escala de susceptibilidad emocional de su personalidad. No es raro advertir rostros de dolor, tensión, impenetrabilidad, adustez, enojo y otras expresiones en enfermeras sujetas a jornadas de trabajo afectadas por las relaciones interpersonales y por tensiones institucionales derivadas de escasez de personal, medicinas, insumos y equipos para su actividad; por imposición de sistemas institucionales de control y vigilancia rígidos, inestabilidad laboral, bajos salarios, escaso reconocimiento de su labor, situaciones de exclusión en la toma de decisiones y heteronomía.

El impacto emocional que impone a las enfermeras el proceso de trabajo en las condiciones mencionadas altera sus procesos fisiológicos y psíquicos y, por efecto del “contagio emocional” o “imitación emocional” (descritos por Goleman), provoca estados similares en otras personas con quienes establece contacto, por ejemplo, en pacientes que, por su situación de vulnerabilidad, son más susceptibles de afectación.

Si extrapolamos los estudios de Goleman sobre inteligencia social al caso de la relación empática enfermera- paciente, podemos afirmar que ella es capaz de sentir las emociones de él tan intensamente como si fueran suyas. Nos referimos, obviamente, a la relación intersubjetiva genuina, a aquella que no se ha neutralizado por la rutina o a la habituación al ritual. En el proceso empático que la enfermera debe procurar para una real eficacia del cuidado se produce el hecho de

reconocer al otro, sentir lo mismo que él y actuar en su beneficio. Aun si una enfermera se esfuerza por neutralizar sus emociones, los cambios fisiológicos se presentan por igual; tales reacciones pueden ser detectadas a través del control de la presión arterial, el ritmo cardíaco y respiratorio. Quien está en posición de subalternidad o dependencia, en este caso el paciente, debe hacer más esfuerzo para controlar las emociones o lograr empatía.

La información emocional, según Goleman (2006), puede ser procesada por la vía neuronal denominada “vía inferior” que sacrifica la exactitud por la rapidez de la respuesta, que, por lo general, resulta inapropiada (actuar antes de pensar); y por la “vía superior”, cuya lentitud de respuesta es el resultado de la percepción racional y exacta del suceso para una producción de reacciones apropiadas (pensar antes de actuar).

Aunque esta posición aporta desde lo puramente físico o biológico, es importante mencionarla para insistir en la necesidad de considerar en la educación de enfermería la intervención de los componentes culturales y sociales en relación con la meta del “control de las emociones en el medio hospitalario”, exigido como parte de la personalidad ideal para el cuidado. Lo ha sido, a tal punto de configurar una imagen distorsionada de la profesional expresada en adustez, en el sentido de impenetrabilidad, seriedad, severidad, rigidez y mal humor, frente a la afabilidad, amabilidad y afectuosidad que requieren las relaciones interpersonales con el paciente. Hay muchas aristas en este solo proceso en el que no podemos detenernos, pues desviaría el tema hacia la neurología, la psicología, la pedagogía y a otros campos como la cultura, la sexualidad y la disciplina de los cuerpos.

### **3. 1. Lo grato y lo no grato en la construcción de procesos identitarios**

Las vivencias gratificantes de las enfermeras, recabadas en las sesiones de grupos focales y a través de las entrevistas en el marco del presente trabajo, provienen, por un lado, del propio cuidado, cuando advierten recuperación de los pacientes, ausencia de complicaciones, (autogratificación); y de otro, de expresiones afectivas de las personas cuidadas, a las que dotan de especial significado: cartas, flores, saludos, recuerdos, visitas, una sonrisa, un abrazo, un beso, agradecimiento personal, por la prensa u otros medios. Las experiencias gratificantes están presentes en el trabajo de enfermería del grupo participante con más frecuencia y vitalidad que las opuestas.

*Muy personalmente me satisface ver, por ejemplo, que un paciente en estado de shock se recupera y sale a su casa; es para mí lo mejor, siento haber cumplido mi misión.* (G.F. Esperanza, Cuenca)

*...cuando evitamos una complicación, cuando ayudamos a la recuperación total de los pacientes, cuando hemos salvado una vida... Y eso se traduce en las expresiones de gratitud de los pacientes dentro y fuera del hospital.* (G.F. Silvia, Cuenca)

El cuidado sustentado en la afectividad, componente generalmente subvalorado o invisible por su naturalización y relación peyorativa con la sensibilidad femenina, tiene especial significación para el grupo de enfermeras.

*La satisfacción más grande es ver que el paciente reacciona favorablemente, una sonrisa, una muestra de su bienestar, un agradecimiento...* (G.F. Maribel, Cuenca)

Su formación fundada en el principio de “servir sin esperar recompensa” se traduce en las expresiones de gratificación inmaterial dotadas de sentido especial.

*Mi satisfacción ha sido que todo mi esfuerzo, todo mi sacrificio sea para bienestar de los demás, de los pacientes que atiendo.* (G.F. Fabiola, Cuenca)

*Pacientes que nos llaman, que nos buscan, que nos saludan, es suficiente gratificación, es lo más llamativo. Me he sentido satisfecha de lo que he podido hacer con los pacientes.* (G.F. Sofía, Cuenca)

*Algunos niños de ese tiempo,<sup>85</sup> que ahora son profesionales, cuando me encuentran en la calle, me llaman la atención: doctorita, doctorita..., para saludarme y recordarme que ellos fueron atendidos por nosotras.* (G.F. Yolanda, Quito)

---

<sup>85</sup> Se refiere a la década de los sesenta del siglo pasado.



Advertimos un sentimiento maternal en las vivencias gratificantes del grupo participante. Es frecuente que una madre experimente satisfacción cuando su hijo está bien, satisfecho, cómodo. No necesita sino esa gratificación, aunque ella tenga que postergar su bienestar y la satisfacción de sus necesidades.

*Algo grato es poder sentir la cercanía de los pacientes y recibir expresiones de reconocimiento. Alguien me dijo: "Usted es mi segunda madre". (G.F. Nadia, Machala)*

*La enfermería me ha permitido conducir mi vida como esposa, como madre; he guiado a mis hijos e inclusive a mis nietos. Me siento feliz, y con orgullo digo que soy una enfermera. (G.F. Yolanda, Quito)*

Parecería que el trabajo de enfermería está material y simbólicamente ligado a la familia de quienes realizan el cuidado. Es posible que como mujeres y enfermeras, más que otras mujeres de otras profesiones y más que los varones, tengan presentes a sus familias reflejadas en su accionar laboral. Esta condición se expresa en varios discursos.

*...he sentido la alegría de mis familiares por mi trabajo, por mis actividades... (G.F. Mercedes, Cuenca)*

*El contacto diario con compañeras, con gente joven, con internos y estudiantes, y con los usuarios, ha sido gratificante. Y más aún cuando yo pude atender a mi madre..., ha sido una experiencia gratificante... (G.F. Consuelo, Cuenca).*

Las vivencias gratas se encuentran también en la realización del “cuidado directo” (papel relacional de proximidad del cuidado), referido a acciones no delegables que comprende diagnóstico de necesidades, planificación de satisfactores, aplicación de acciones, evaluación de resultados, nuevos diagnósticos... El cuidado de proximidad tiene componentes no solo científicos y técnicos basados en disciplinas biológicas, físicas y sociales, sino también actitudinales relacionados

con el respeto a la persona, al cuerpo, a las particularidades individuales y a la dignidad.

*Yo tengo la satisfacción de haber trabajado directamente<sup>86</sup> con los pacientes.* (G. F. Analuz, Cuenca)

*La sinceridad y espontaneidad de los niños a mí me encanta. Cuando están solos, sin sus familiares, yo les doy apoyo y su expresión de seguridad es suficiente respuesta para sentirme gratificada.* (G. F. Gloria, Ibarra)

La connotación terapéutica de la afectividad que envuelve la práctica del cuidado tiene sentido no solo para el paciente; la enfermera se autorrealiza y se identifica también con las vivencias placenteras de los actos afectivos. En las primeras décadas de la formación de enfermeras se ponía énfasis en el control de la expresión de las emociones, del lenguaje del cuerpo y de los movimientos durante el cuidado y en la circulación por los espacios hospitalarios; la imagen de la enfermera debía traducir no solo la tradicional limpieza física, sino la imagen serena, sobria, apacible (casi neutra), o que rayaba en seriedad extrema hasta limitar el acercamiento. Al contrario, los siguientes relatos denotan la flexibilidad y espontaneidad afectiva que requiere el cuidado para lograr el sentido terapéutico integral:

*... Ella estaba preocupada por su hijo. Conversamos, ella estaba consciente, sabía lo que iba a pasar, y me pidió que le diera un abrazo... y le di un abrazo... Para mí fue muy reconfortante saber que soy capaz de hacer cosas que no se compran o no se pagan y que ayudan a la gente.* (G.F. Clara, Ibarra)

*Cuando yo llegaba a la sala el niño me recibía con un grito de alegría.* (G.F. María Inés, Ibarra)

*No me gravo diagnósticos, ni nombres, ni fechas, pero guardo la experiencia grata de ese abrazo o beso de gratitud de los pacientes.* (G.F. Esther, Ibarra)

---

<sup>86</sup> Se refiere al cuidado de proximidad o directo.

*En la calle me encuentran mamás, niños y adolescentes que ya están terminando el colegio con salud y éxito, que se acercan para recordarme que fui enfermera cuando estuvieron hospitalizados como neonatos. (G.F. Aurora, Machala)*

El grupo destaca las bondades del trabajo en el área de salud comunitaria, debido a la posibilidad de mayor autonomía y libertad en la actuación de estudiantes y enfermeras, así como de reconocimiento de los usuarios...

*Me encanta ver el desempeño de las estudiantes de enfermería en salud comunitaria. Hacen su trabajo casa por casa, sin necesidad de los médicos, quienes no hacen salud pública, ni tienen preparación para ello. En el trabajo comunitario las gratificaciones son numerosas. (G.F. Carlota, Loja)*

*Las actividades en el área de salud comunitaria permiten un desempeño con criterio propio, y es gratificante cuando hay impacto del trabajo. (G.F. Eugenia, Loja)*

*...Había contacto con la gente, conocíamos la realidad y actuábamos en ella. Disfrutábamos de la actitud de cercanía de las enfermeras con la gente. (G.F. Jimena, Ibarra)*

Se advierte también un sentimiento de orgullo, gusto y satisfacción por lo que hacen, por la actualización y la formación permanente, por el éxito en puestos altos de dirección y por la docencia. Este estado es frecuente en quienes hablan desde su condición de enfermeras jubiladas o que tienen treinta años o más de ejercicio profesional.

*Algunas de mis colegas actuales fueron mis alumnas, entonces es altamente gratificante verlas actuar con responsabilidad y eficiencia, entonces digo que valió la pena compartir los conocimientos, orientarlas, ayudarles en su formación. Creo también que tuvimos profesoras muy buenas, que nos formaron*

*en el Ser y en el Dar más que en el Recibir...* (G.F. Ruth, Machala)

*Yo he disfrutado siendo enfermera. Para mí el trabajo de enfermera fue sustancial en mi vida. Como jefa de mi servicio tenía internos de medicina; yo decidía cuándo ellos podían realizar ciertos procedimientos con los pacientes... si no pasaban mi supervisión no les permitía intervenir con los pacientes...* (G.F. Paula, Quito)

*Me place recordar mi nombramiento como la primera subdecana de la Facultad de Ciencias Médicas de la U. de Cuenca, nominación que provocó la renuncia de 52 profesores médicos en 1977. Hoy, disfruto de ese triunfo como enfermera sobre el poder médico patriarcal y el poder de clase; en ese entonces el proceso de lucha levantado fue muy duro y difícil para la facultad, para el frente político, para mi familia y para mí...* (M.R. Gladys, Cuenca)

*La enfermería me ha permitido oportunidades de un ejercicio con libertad, independencia y respeto.* (G. F. Teresa, Quito.)

Experiencias frecuentes de insatisfacción en el desempeño de las enfermeras tienen relación con la falta de reconocimiento, valoración e incentivos de la institución a su preparación y trabajo, sumada a las situaciones de inequidad e injusticia de las que son víctimas en varias situaciones.

Estas vivencias son “de siempre” y se manifiestan como tendencia colectiva en unas instituciones y ciudades más que en otras. Ciertas instituciones de creación reciente y con regímenes administrativos menos tradicionales desarrollan relaciones profesionales con menor carga de ejercicio del poder, a diferencia de otras con sistemas más jerarquizados de administración y con mayor tiempo de funcionamiento. Es mayor la hegemonía de la administración en establecimientos privados.

El mayor o menor grado de ejercicio de poder-subalternidad en las relaciones del cuidado depende también del nivel de liderazgo que ejerzan las autoridades de enfermería en la organización, orientación y evaluación del personal a su cargo, y de la capacidad de gestión e

interlocución con la dirección central de las instituciones para procurar atención a las demandas de sus lideradas. Llamen la atención las cualidades de liderazgo, gestión y resistencia activa de enfermeras jejas de las instituciones de Machala, ciudad costanera, comparativamente más notorias que las de las líderes de otras ciudades. (Con frecuencia la gente de la Costa es reconocida por sus atributos de expresividad, espontaneidad y apertura, no frecuentes en la población serrana, sin que por ello pueda ser un hecho generalizable).

*... nos desmotiva la falta de reconocimiento desde las autoridades y la gente de aquí (del hospital), de que no haya nada de reconocimiento a nuestra labor, de lo positivo de nuestro trabajo... (G.F. Sira, Cuenca)*

*Me parecen totalmente inaceptables situaciones de injusticia relacionadas con el cumplimiento o incumplimiento de los roles de médicos y enfermeras (...) el pasar por alto las fallas de los médicos y la sanción a las de las enfermeras. (G.F. Tatiana, Loja)*

*Aquí, en el hospital, pensamos que la ley se hizo para que se cumpla para todos, pero no es así, es ley solo para algunos sectores.*

*A nosotras nos formaron con honestidad, con responsabilidad, de modo que la implantación de disciplina debe imponerse para el cumplimiento de otros profesionales. (G.F. Wilma, Ibarra)*

*... la demora en los trámites burocráticos que nos afectan emocionalmente. (G.F. Pilar, Cuenca)*

*... los trámites y gestiones que son atendidos según la influencia que puedan ejercer las personas. (G.F. Celeste, Cuenca)*

*(En una clínica privada): Como en toda institución tenemos jefes. Dependemos de un gerente y una administradora. No estamos libres de sanciones, se nos sanciona, como en todo trabajo, con multas que se descuentan en los roles de pago. Las sanciones son muy inapropiadas, ya que no se ponen nunca en*

*nuestros zapatos, piensan que nosotros no tenemos familia a la que nos debemos, piden una entrega total.*  
(M. R., María Ángeles, Riobamba)

### **3.2. Sentimientos que activan la construcción de la heteronomía y la resistencia**

Las vivencias afectivas negativas, desencadenantes de inconformidad, incomodidad, dolor, frustración o desmotivación, provienen de la reproducción de relaciones médico-enfermera desiguales o jerarquizadas tradicionalmente reproducidas; asimismo, de ciertas condiciones laborales derivadas de modelos verticales de administración, antes mencionados, y de limitaciones de la propia estructura sanitaria. Proviene también de falencias en la formación universitaria y de la práctica personal del cuidado de enfermería.

La práctica del cuidado en un contexto de poder/subalternidad es fuente de conflicto. El ejercicio del poder médico (o *hegemonía médica*, denominación reiterativa en los discursos de las enfermeras) tiene expresiones diversas. Nos acercaremos a aquellas que ejercen mayor impacto negativo en la imagen de las enfermeras:

- Centralización de decisiones médicas con la consiguiente invisibilización de las decisiones y actividades independientes que constituyen parte del perfil profesional de la enfermera. (La inconformidad se expresa en alguna persona con ironía).

*Me molesta que las decisiones de enfermería sean coartadas en la práctica cotidiana en los servicios.* (G.F. Eugenia, Loja).

*... los médicos quieren decidir hasta en nuestras acciones. Por ejemplo, en las prescripciones médicas se indica: levante al paciente, póngale en semifowler..., cuando son cuidados específicos de la enfermera. No tienen por qué prescribirlo, ellos han invadido nuestro campo.* (G.F. Ana Lucía, Cuenca)

*Se dice que la sigla MD en Inglés (Medical Doctor) significa "Más que Dios".* (G.F. Juana, Cuenca)

- Cuestionamiento de las decisiones de las enfermeras por parte de algunos médicos, lo que significa cuestionar también sus conocimientos y autoridad.

*... frente a un paciente deshidratado, la enfermera canaliza una vena, es lo que debe hacer sin demora... El médico cuestiona la decisión tomada, aunque luego anote en la historia clínica del paciente: “canalizar vena”. (G.F. Amalia, Ibarra)*

- Asunción de ciertos roles y actividades de responsabilidad de las enfermeras por médicos y estudiantes de medicina, sin contar con acuerdos previos o redefinición de funciones.

*Nuestras funciones y decisiones profesionales son asumidas como prescripciones médicas. El trabajo de enfermería está siendo tomado por los internos de medicina, con la anuencia de sus jefes médicos. (G.F. Emma, Cuenca)*

- Falta de consistencia o inexistencia de trabajo en equipo. Trabajar en equipo equivale a compartir con otros las decisiones y las acciones en terrenos delimitados pero conexos, lo que significa reconocer al otro, aceptar sus roles, tener en cuenta sus responsabilidades y derechos –entre los que está la capacidad de obrar con libertad– sin afectar la que corresponde a los demás. Esta posibilidad se encuentra limitada por la insuficiente atención curricular, en el pregrado de la carrera médica, a la formación en el campo de la administración y del trabajo en equipo con el personal profesional de salud. Pero es el concepto de supremacía del conocimiento y de las decisiones derivadas del significado de “hegemonía médica” lo que determina el que todos, inclusive el paciente, se encuentren alrededor de “una sola verdad”.

*Yo me cuestiono: hago con el paciente todo lo que debo hacer con él, pero no se cumple el proceso de atención porque de la otra parte (se refiere a la parte médica) no se hace o no se toma en cuenta lo que debe hacerse. (G.F. Clara, Ibarra)*

*Me molesta la desorganización de algunos médicos y de los espacios hospitalarios, el mal manejo de los insumos...* (G.F. Raquel, Loja)

- Acciones que disminuyen o desacreditan a las personas.

*Me disgusta que los errores que pueden tener las estudiantes y las enfermeras en su práctica se comuniquen y socialicen con facilidad para evidenciarlas. No sucede lo mismo con los errores y faltas cometidas por los médicos y los estudiantes de medicina. Se dejan pasar.* (G.F. Carmen, Loja).

*... la exigencia a las enfermeras para asumir pecuniariamente las pérdidas de instrumental quirúrgico dejando fuera de la exigencia al resto de miembros del equipo quirúrgico.* (G.F. Pilar, Cuenca)

*... cuando uno pone todo su contingente para que el paciente sea atendido de forma rápida, oportuna y con calidad, y el personal médico (...) no tiene el mismo compromiso.* (G.F. Esther, Ibarra)

- Son frecuentes las experiencias relacionadas con la imposibilidad o limitaciones para proveer cuidados de enfermería de calidad, debidas a la falta de recursos materiales y humanos en las instituciones públicas. Las enfermeras afrontan por tal razón riesgos, tensión, angustia, impotencia y, al mismo tiempo, un estado de presión, obligación y responsabilidad para resolver los problemas.

*Me molesta mucho no tener la libertad para actuar y la imposibilidad de trabajar en equipo. Evidentemente, hay un contraste entre lo que enseñamos y lo que se hace en los servicios, y ello tiene que ver con la escasez de personal, de dotación de insumos y equipos y de las rutinas que ya están instaladas en cada lugar.* (G.F. Bernarda, Loja)

*.... me preocupa y me frustra la falta de materiales para la atención a los pacientes y la falta de*



*personal para ofrecer buenos cuidados. Nosotras estamos ya en los 24 o 25 años de experiencia y esa situación se sigue reproduciendo sin cambios. Eso nos cansa y nos desmotiva. (G.F. Azogues, Catalina)*

*Cuando ingresé a este hospital, mi primera experiencia fue enormemente frustrante cuando debí afrontar el cuidado de 16 niños neonatos, con cirugías, muy enfermos, con venoclisis..., sin apoyo... (G.F. Bertha, Machala)*

*... apenas me gradué, tuve que afrontar una situación terrible, había sucedido algún accidente que determinó el ingreso de una cantidad enorme de pacientes. Al frente de la situación estuve solo con una compañera que me instaba a que llamara al director del hospital para que también viva la escena que estábamos afrontando, sin médicos y con tres auxiliares... (G.F. Nadia, Machala)*

*... me desmotiva la imposibilidad de satisfacer las necesidades del usuario (...) por cuestión del sistema: talento humano, infraestructura, insumos, informática, medicamentos... (G.F. Wilma, Ibarra)*

- La vivencia de la individualidad, de *ser yo*: persona, mujer, enfermera..., diferente, y de reconocerse y ser reconocida como tal, puede afectarse cuando la institución y el público sobreponen la visión universal a la imagen particular de las enfermeras. Expresiones de desagrado y rechazo están presentes por tal razón en los siguientes discursos.

*Lo que más nos disgusta es que nos comparen con otras personas, se compara el trabajo que hacemos, de la una con la otra, yo no estoy de acuerdo, por qué me tienen que comparar..., es mi trabajo, y yo respondo por mi trabajo y la compañera por el suyo... (G.F. Mirtha, Cuenca)*

*A mí me disgusta muchísimo la falta de respeto de los compañeros profesionales de la institución, que*

*no reconocen cual es nuestro rol.* (G.F. Fabiola, Cuenca)

- También hay expresiones de descontento frente a situaciones de deslealtad, competitividad o intolerancia entre las profesionales.

*... la falta de solidaridad entre enfermeras, la crítica que desgasta y la posición negativa de las colegas...* (G.F. Lucy, Cuenca)

- Las contradicciones en el *deber ser* y en el *ser* de la práctica del cuidado, presentes en el ejercicio profesional, generan preocupación, rechazo y cuestionamiento al advertir menoscabo de la atención de la salud y razones para el deterioro de la imagen de la profesión.

*Algo que me molesta es que, como profesionales, hacemos las cosas mecánicamente. No nos ponemos en la posición del paciente, no nos preguntamos cómo nos gustaría que nos atiendan. No hay un trato personalizado, un trato integral. No lo vemos.* (G.F. Marcela, Ibarra)

*Parece que estamos haciendo todo lo contrario de cómo nos formamos (...)* (G.F. Romina, Ibarra)

*Molesta la falta de preparación o conocimiento que demuestran algunas compañeras, que afecta el reconocimiento y prestigio colectivo ganados.* (G.F. Soledad, Cuenca)

*... la irresponsabilidad de algunas colegas y auxiliares de enfermería.* (G.F. Emma, Cuenca)

- Algunos discursos se refieren a la falta de vocación de las enfermeras, desempeño con insuficientes conocimientos y pericia, ausencia de compromiso, entrega, responsabilidad y humanidad.

*La época de oro de enfermería de los 60's – 70's se desvaneció y sobrevino otra de dispersión y desorientación de los esfuerzos de las enfermeras para*

*su desarrollo como colectivo profesional. (G.F. Mabel, Quito)*

*... a las enfermeras actuales no les importa la gente, no tienen calidad humana, creen que su trabajo es solo escribir papeles. (G.F. Zulema, Quito)*

*Puede ser que en ese tipo de cuidado impersonal se expresen frustraciones de las enfermeras, respecto de las condiciones laborales inapropiadas en las que se desarrolla su trabajo. (G.F. Virginia, Ibarra)*

*Me parece que la subalternidad de la práctica de enfermería en unas instituciones más que en otras, se origina en la desvalorización del cuidado ligado a la mujer y a la función maternal. (G.F. Gladys, Quito)*

*Me frustra el ejercicio de la docencia teniendo que ver que hay muchas limitaciones y brechas para la proyección de la profesión. Me parece que no está bien formar enfermeras pendientes sobre todo de defender el trabajo y no de la construcción de la profesión. (G.F. Judith, Loja)*

*...me desmotiva la falta de entusiasmo, la falta de interés de las compañeras por seguir creciendo. (G.F. Gloria, Ibarra)*

*... hay mucha deficiencia en la formación de las universidades, estamos sobredireccionadas. (G.F. Carolina, Machala)*

*Me desmotiva y me frustra la falta de aceptación de nuestra capacidad de decisión en el cuidado. Me frustra la falta de oportunidades para estudiar y llegar a niveles de mayor competencia profesional. Me gustaría acceder a un doctorado en enfermería que me permita niveles expeditos de autonomía. (G.F. Catalina, Azogues)*

El interés por la preparación postgraduada es manifiesto entre los grupos participantes en este estudio, pero la oferta y las

oportunidades de especialización en el país son escasas y no siempre están de acuerdo con sus aspiraciones profesionales. El insuficiente reconocimiento de los méritos de las profesionales que han accedido a postgrados y especializaciones las coloca en franca inequidad económica y de ubicación en los puestos de trabajo, respecto de las especializaciones médicas que cuentan con un trato diferente.

*Quizás estamos frustradas porque no se llega a permitir nuestro acceso a cargos importantes de dirección, (...) estamos preparadas, tenemos nuestros postgrados, maestrías, especializaciones, logrados con esfuerzo. (G.F. Narcisa, Machala)*

*... Aquí hay una unidad de talento humano, hay analistas de talento humano, pero son meros nombres, en la práctica no representa cambio en el ejercicio del poder en el espacio directivo. (G.F. Camila, Machala)*

#### **4. AUTONOMÍA Y RELACIONES DE PODER-SUBALTERNIDAD EN LA PRÁCTICA DEL CUIDADO**

Sentir satisfacción por el trabajo que se realiza es un estado que se deriva de múltiples condiciones, una de ellas es la autonomía, vista como característica de la práctica profesional que identifica el ámbito y competencia específicos. Esta condición se configura a lo largo del proceso de profesionalización; avanza con la construcción de la disciplina, la delimitación del objeto de conocimiento, la definición del método, la construcción conceptual que la define y sustenta. La autonomía profesional dice del *ser, tener, hacer y estar* de la profesión. Tener control sobre el trabajo que un profesional desempeña supone disponer de un cuerpo de conocimientos, experticias prácticas y capacidad de decidir y hacer lo que es de su competencia, sin tener la necesidad de depender de la voluntad de otros; significa también responsabilizarse por la pertinencia y consecuencias de las decisiones tomadas.



***De rodillas...***

Imagen 9. “Imposición de cofias”: ceremonia tradicional instituida por la primera escuela de enfermería del Ecuador en la década de los cuarenta del siglo XX; se conserva hasta hoy con variaciones en su solemnidad inicial. Directora y estudiantes de primer año.

Fuente: Rincón Histórico Iralda Benítez de Núñez. Escuela Nacional de Enfermería. Quito-Ecuador

El ejercicio de la autonomía de los profesionales en el trabajo de cuidado de la salud exige una división previa de funciones, condición que delimita el campo o territorio de actuación y responsabilidad de cada especialidad; constitución de equipos de trabajo que operan colaborativamente y aplicación del *principio de confianza*, que garantiza que cada uno de sus integrantes se compromete con el cumplimiento indefectible de lo que le corresponde. En el cuidado de la salud las acciones son independientes o autónomas, interdependientes y dependientes por su condición multiprofesional e interdisciplinaria. Médicos, enfermeras y otros profesionales comparten este tipo de acciones cuando el trabajo se efectúa en equipo y los niveles de autonomía y decisión se aplican y respetan. La formulación de protocolos ayuda a garantizar la capacidad de decisión y actuación de los profesionales sanitarios, así como a evitar conflictos de intereses.

Tener autocontrol sobre el trabajo produce satisfacción, aumenta la autoestima y el compromiso por la profesión y por la institución. Por el contrario, la centralización de las decisiones genera dependencia, limita la creatividad y produce resentimientos que afectan las relaciones interpersonales.

Las relaciones prevalentes de dependencia enfermera-médico provocan la pérdida del sentido y del propósito del cuidado de enfermería, en cuanto *proceso dinámico y cambiante, continuo, integral y particular*. Inciden asimismo sobre el estancamiento del conocimiento y merman el reconocimiento social.

#### **4.1. La contradicción entre la capacidad para el desempeño autónomo y la oportunidad para ejercerlo.**

En general, los discursos vertidos en los grupos focales del presente estudio hablan de la certeza de la competencia y capacidad de las enfermeras para autodirigirse, tomar decisiones y afrontar su trabajo de modo independiente (el deber ser) en lo que comprende su campo de acción; sin embargo, sus vivencias están relacionadas con escasa autonomía o falta de independencia respecto de los médicos y de las autoridades institucionales.

*Tenemos capacidad para decidir, hemos llegado a áreas "donde los médicos necesitan la presencia de enfermería". En todos los campos se busca la presencia de las enfermeras. Tomamos decisiones en muchos campos, con criterios sólidos y solvencia...*  
(G.F. Farah, Cuenca)

*Hemos ganado posibilidad de decisión, tenemos voz y voto.* (G.F. Narcisa, Machala)

*Somos capaces de discutir, de generar propuestas, de tener iniciativa y ser creativas, pero la posibilidad de decisión es relativa.* (G. F. Alejandra, Azogues)

*Creo que tenemos autonomía limitada (...) capacidad para discernir, decidir y resolver problemas.* (G.F. Analuz, Cuenca)

La posibilidad de trabajo autónomo en el sentido de tomar decisiones con libertad en el campo que le compete a la enfermera, depende del desarrollo de la profesión en general y, particularmente, del espacio laboral, de las características de los actores del cuidado y del nivel de respeto de las funciones que delimitan su campo de formación.

*Me siento con mucha capacidad de decidir con autonomía y autoridad como enfermera, en especial en el lugar donde trabajo (unidad privada de diálisis), ya que en este lugar he aprendido a que si no tomo decisiones prontas puede perder la vida un ser humano.* (M.R. Angélica – Riobamba)

*Aquí no estamos tan bien como en otras instituciones en donde el sector de enfermeras tiene cierta autonomía y puede tomar decisiones...* (G.F. Fabiola, Cuenca)

*Cuando yo trabajaba en quirófanos, yo tomaba decisiones, pero acá, me parece que la situación es diferente (...) Hay tan pocas enfermeras frente al número de médicos y una gran cantidad de auxiliares de enfermería (...) que los médicos se han acostumbrado a tratar los asuntos sin diferenciar los roles.* (G.F. Raquel, Loja)

*Hay servicios en los cuales las enfermeras determinan lo que debe hacerse y cómo, y se tiene la aceptación de los médicos; ellos respetan nuestra*

*decisión en la organización de los servicios. Decimos: aquí se hace eso y se cumple.* (G.F. Patricia, Machala)

*... somos personas con experiencia y compromiso y (...) no podemos aceptar ahora cualquier cosa que venga de los médicos o de otras personas.* (G.F. Nilda, Machala)

Ejemplos de cuestionamiento de la capacidad de dirección y autonomía de las enfermeras se produce de manera radical en los casos en los que ellas asumen cargos que tradicionalmente estuvieron ocupados por médicos. La vigilancia y el castigo, en términos de Foucault, son respuestas automáticas en tales situaciones. Veamos dos testimonios:

*... asumí como enfermera la dirección de un centro de salud.*

*Primero, fue un escándalo el hecho de que una mujer enfermera, y no un hombre médico, asuma esa dirección. Entonces, le tenía al Director Provincial de Salud sobre mí, vigilándome. Por un lado, el ser mujer, por otro, mi título, que no era de médico y, finalmente, mi juventud, fueron mis pecados principales...* (G.F. Marcela, Ibarra)

*Fue imposible para ellos aceptar ser dirigidos por una enfermera, subdecana de la facultad de ciencias médicas, legalmente elegida en la Universidad de Cuenca para el período 1977-1979. Primaron los estereotipos tradicionales en torno a la profesión, a la condición de mujer, a la militancia política, a la diferencia de clase, y hasta a la circunstancia de ser extraña a la ciudad... Mi ejercicio tuvo que ser defendido políticamente durante esos dos años.* (M.R. Gladys, Cuenca)

Las enfermeras aportaron en la organización y funcionamiento de los servicios de salud durante el período 1960-1980, con mayor autonomía y reconocimiento institucional y social que en la actualidad. Dicho período coincide con la creación del Ministerio de Salud Pública, de los *hospitales regionales, base, centros y subcentros de salud*, así como con la iniciación de la salud rural en el país, las especialidades



médicas y programas de ampliación de la cobertura de atención de la salud de la población.

*En mi primer trabajo en Esmeraldas (década de los sesenta) el director me dijo: usted ha sido nombrada jefa de enfermeras, está en sus manos organizar la institución como mejor crea conveniente, con el personal auxiliar, con los médicos, con la cocina... Yo estaba formada para asumir esa responsabilidad. A mi cargo estaba casi todo... (G.F. Araceli, Quito)*

Resultaba muy cómodo, económico y sencillo para jefes y directivos de alto nivel el encargo de la organización global de la institución, previendo además la efectividad con la que se cumpliría el trabajo, dados la predisposición, aquiescencia y entusiasmo de la joven profesional, quien lejos de su ciudad natal, de su familia y contando con su soltería, entregaría su

mejor esfuerzo y preparación a la institución. Para ese tiempo (años sesenta del siglo pasado), los derechos laborales, la ciudadanía de las mujeres, el uso del tiempo propio o de ocio... no eran sino abstracciones que demandaban organización social y luchas políticas sostenidas para hacerlos realidad. Parecería, entonces, que la explotación del trabajo se servía de la sólida formación, del prestigio, de la disciplina y entrega con que fueron preparadas las profesionales de la época.

Los conceptos y práctica del trabajo en equipo no se encuentran cimentados suficientemente en la actualidad a pesar del desarrollo de las profesiones de la salud, la organización hospitalaria, el avance de las especializaciones y tecnologías, Prima la actividad individualista y el poder del saber médico.

*Se conserva el respeto a nuestras decisiones y sugerencias por parte de los médicos que participaron con nosotras en la organización del hospital hace muchos años: trabajamos en coordinación, nos comunicamos adecuadamente. Pero algunas dificultades se presentan con los médicos jóvenes, internos y residentes que desconocen de la administración de salud y el lugar y funciones que tiene la enfermería. (G.F. Elizabeth, Azogues)*

*Yo hago mi trabajo por el conocimiento que tengo para la atención del paciente en diferentes situaciones, viene el médico y lo que yo ya hice, desde mi propia capacidad de decisión, anota en la historia clínica como que hubiera sido su iniciativa para que se cumpla lo que ya se efectuó. (G.F. Catalina, Azogues).*

*No tenemos autonomía completa. Vamos ganando espacio, pero hay situaciones que demuestran dependencia del trabajo de enfermería respecto del médico. Nuestras funciones independientes... no son respetadas plenamente. (G.F. Juana, Cuenca)*

En ese sentido, se percibe que el ejercicio actual de las enfermeras ha perdido capacidad resolutive en el cuidado y en la organización de los servicios.

*Interpreto que se asigna autoridad y poder al diagnóstico médico y se minimiza el valor del cuidado directo, como si fuere secundario. Yo siento que los criterios y sugerencias que da una enfermera en la institución no tienen la acogida ni el valor suficiente, no así cuando provienen de otros profesionales. (G.F. Gloria, Ibarra)*

Frente a la percepción de actuación dependiente de las enfermeras, es esperable una posición de resistencia activa dirigida a corregir las limitaciones o carencia de autonomía en el trabajo.

*Lamentablemente, algunos médicos continúan prescribiendo las acciones propias de enfermería, pero estamos empeñadas precisamente en recuperar nuestra base profesional científico-técnica, logrando que la enfermera haga el cuidado. Estamos empeñadas en organizar nuestra base documental que además tiene fines legales y de evaluación. Estamos trabajando en la elaboración y aplicación de protocolos. (G.F. Ruth, Machala)*

A pesar de los cambios producidos en los conceptos sobre salud-enfermedad, hospital, cuidado, y en las profesiones, algunas de sus representaciones tradicionales están vigentes. El Hospital no ha

dejado de ser una institución conservadora, de control y vigilancia, de jerarquías y ejercicio de poder. En ese entorno resulta difícil la implantación de nuevos conceptos del cuidado de enfermería y otras representaciones diferentes a las tradicionales. De ahí que aparezcan expectativas de crecimiento de la profesión y construcción de nuevas imágenes proyectadas hacia espacios diferentes al hospital.

*Un porcentaje grande de enfermeras ve en el hospital su destino, a pesar de que se sabe que es en el hospital donde más una se estanca. (G.F. Gloria, Ibarra)*

*He tenido que abrir el panorama de trabajo y he visto que el trabajo de enfermería es un campo inmenso. Entonces, sí se puede incursionar en ámbitos diferentes al hospital. (G.F. Marcela, Ibarra)*

En esa perspectiva, en el espacio de la docencia de enfermería surgen inquietudes de corte existencial muy importantes:

*La pregunta: ¿para qué estamos formando enfermeras?, formulada hace varios años, está vigente aún. Estamos formando para las coyunturas de los sistemas de salud, estamos formando para la tradición de la profesión y para un segmento de poder institucional, pero no estamos formando para el proyecto de vida de una persona. ¿A qué nos enfrentamos si no tenemos otras competencias además del cuidado hospitalario? (G.F. Susana, Ibarra)*

#### **4.2. Relaciones de poder-subalternidad en la práctica del cuidado**

El ejercicio del poder o dominio en las relaciones interpersonales y de los grupos sociales, advierte Teun van Dijk (1993b), está dirigido al control de las conciencias y de los actos de unos a fin de beneficiar los intereses y acceso a recursos sociales materiales o simbólicos de otros. Destaca este autor que el discurso es uno de los medios de mayor utilización y éxito, para llegar por medio de la persuasión, la elaboración del consenso y a través del campo simbólico, a ese control de la conciencia y de la acción para la reproducción de la hegemonía. Insiste en la existencia de una relación directa entre el acceso al discurso público y el poder y dominio, puesto

que los procesos de comunicación pública, las áreas, las características del discurso (por ejemplo, los tópicos, el estilo, la organización de los contenidos y hasta los actos del habla) pueden ser controlados por las instituciones y grupos poderosos de la sociedad. En este sentido, son muy variadas las formas de control y acceso desde la reproducción discursiva del poder. Hay personas que pueden hablar por la autoridad conferida por la instrucción superior que poseen, por pertenecer a una clase social alta o por estar ubicadas en puestos directivos por investidura formal; pueden iniciar y finalizar un discurso, cuándo, con qué tópico y estilo, y decidir quién puede sumarse a los actos del habla; en tanto que otras personas están en posición de solo escuchar o callar. Así se puede ejercer dominio sobre la conciencia y los actos de unos sobre otros.

La concepción de poder expuesta por Teun van Dijk (1993b) puede extrapolarse al poder que se ejerce especialmente en medios institucionales como los hospitales, en donde las relaciones sociales que se practican implican el control de las acciones y de las mentes de unos sobre otros; poder que presupone generalmente un acceso privilegiado a recursos socialmente valorados como los ingresos, el saber o la posición social. El poder de la institución hospitalaria es simbólico, está basado fundamentalmente en el poder del conocimiento y en la capacidad para la toma de decisiones de unos pocos miembros, por lo cual, el control ejercido se efectúa sobre las mentes de los subalternos, incidiendo en las intenciones, en los conocimientos, en los planes, de modo que el control de la acción se produce indirectamente.

Con la *tecnología de la disciplina* iniciada en el siglo XVIII en los hospitales, de acuerdo con Foucault (1978), se instituye un sistema de poder médico, un dispositivo de mando destinado a regular y vigilar las acciones y los cuerpos. Ma. Noël García (2010) anota al respecto que el sistema de control del hospital y el ejercicio del poder médico exige una entrega total de la persona que ingresa en busca de atención, a tal punto que la estructura hospitalaria llega a “apropiarse” del enfermo para ser sometido a observación y medidas diagnósticas y terapéuticas cada vez más sofisticadas. El sistema cerrado del hospital permite la vigilancia de los espacios, tiempos, rituales y rutinas tanto del enfermo como del conjunto de servidores subalternos.

Estas interpretaciones nos permiten comprender las declaraciones de las enfermeras participantes en los grupos focales del presente estudio sobre cómo sus actividades profesionales están afectadas por relaciones de poder/subalternidad, de las que se derivan experiencias de sufrimiento por el sometimiento y la falta de independencia de la actividad en su espacio laboral.

El tema fue formulado en la guía de discusión de manera abierta y general, sin mencionar sectores o personajes específicos relacionados con la estructura de salud (véase la Guía N° 2 en Anexos), sin embargo, los discursos vertidos en los grupos focales y varios microrrelatos de vida personifican la fuente de ejercicio de poder hospitalario en el médico. Si bien hay expresiones de algunas enfermeras que afirman no haber vivido relaciones de poder-subalternidad en la práctica del cuidado, la tendencia contraria es mayoritaria. Los discursos de las actoras hablan en esta sección sobre los sujetos de la relación poder/subalternidad, los objetivos, las medidas de dominación empleadas, los efectos y las formas de resistencia.

Pudimos percibir que los grupos focales y las entrevistas fueron espacios de independencia donde las enfermeras, aunque separadas momentáneamente de la escena y del contexto cotidiano de la relación de poder, dieron a conocer sus pensamientos y sentimientos sobre la subalternidad. Sus discursos al respecto, normalmente no expresados en público, criticaron el ejercicio del poder médico. Advertimos varias expresiones de rechazo, ira, impotencia, rebeldía, ironía, culpabilización, justificación y “asimilación” de la dominación, además de la visualización de sus correctivos. Los grupos focales y las entrevistas se convirtieron en un espacio para “discursos ocultos”, “fuera de escena”, en términos de James Scott (2000).

*El control del trabajo de las personas a través de la normativización es una forma de aplicar el poder (...). La aplicación de las normas y las sanciones, las observaciones y memorandos son una forma de decir “aquí mando yo”. Con eso se evita el diálogo por quienes desconocen que ahora hay otras formas de administrar. (G.F., Raquel, Loja)*

*Desde la política, que también se vive en las instituciones de salud, se ejerce el poder para controlar las oportunidades de desarrollo de quienes forman parte del grupo del gobierno de turno. Se excluye a quienes no son parte del grupo, no hay un poder compartido. (G.F., Catalina, Azogues)*

*Si la enfermera se ausenta de su puesto de trabajo por necesidades de gestión o coordinación dentro del mismo hospital es llamada la atención enseguida (...); si un médico no cumple su horario de*

*atención, sale de la institución por asuntos personales, va a su clínica..., no pasa nada ... La aplicación de las normas es discriminatoria. (G.F., Daisy, Azogues)*

*También en la universidad hay ejercicio del poder (...) son iguales los sueldos, las categorías, etc., sin embargo, cuando se trata de decisiones curriculares, de contar con insumos y materiales para la docencia, del uso de espacios y otras necesidades, se siente el poder médico; hay discriminación... (G.F., Sandra, Loja)*

#### **4.3. Los sujetos de una relación de poder-subalternidad: violencia psicológica y violencia simbólica**

Con frecuencia, quienes ejercen poder sobre profesionales y estudiantes de enfermería son médicos, residentes e internos de medicina. El canal incluye las relaciones interpersonales en espacios y tiempos dedicados a la atención de las personas que esperan acciones técnicas y humanas para resolver la problemática de salud a través del internamiento hospitalario. El ejercicio del poder médico se efectúa desde una posición nuclear y central en la estructura hospitalaria. Sin embargo, ni esta conducta puede ser generalizada ni los objetivos y medios de ejercerla son homogéneos.

Las protagonistas del estudio –enfermeras de hospitales y docentes de enfermería vinculadas con el funcionamiento hospitalario–, dan cuenta de las relaciones de dependencia que viven cotidianamente. Incluso quienes ejercen el papel de *líderes*<sup>87</sup> en los hospitales experimentan autonomía relativa en sus decisiones. En la intención de explicar o quizás justificar lo inentendible del ejercicio del poder, identifican que por parte de médicos y estudiantes de medicina hay desconocimiento de las funciones de las enfermeras, de los deberes y derechos de los pacientes y los de los otros profesionales. Nos preguntamos si logrado el conocimiento al respecto ¿cambiaría la relación? Posiblemente no. Veamos algunas expresiones que, al ser compartidas, comunican molestia, sufrimiento, rechazo o ira.

---

<sup>87</sup> Denominación oficial del cargo para enfermeras jefas de departamentos o servicios, con funciones de dirección, coordinación, control y evaluación de la actividad de cuidado de enfermería y del personal a su cargo.

*Desde que nos formamos, hemos idealizado al médico, él sabe más, el prescribe, nosotros tenemos que cumplir...* (G.F. María Elena, Cuenca)

Foucault nos recuerda que la *medicalización de los hospitales*, que surge en el siglo XVIII, se relaciona con la introducción de la disciplina en el espacio hospitalario para corregir los desórdenes económicos, las epidemias de la época, las infecciones cruzadas intrahospitalarias,<sup>88</sup> etc. El médico se encarga del poder disciplinario, a partir de lo cual se forma una medicina hospitalaria, acometida también por la transformación de la práctica y el saber médicos logrados con el tiempo. El ordenamiento y distribución del espacio, la individualización del enfermo y de su medio inmediato pasan a ser razones para la intervención médica sobre el enfermo, quien ha de ser vigilado y registrado. El médico se responsabiliza de la organización del hospital como instrumento de cura, intensifica su tiempo de permanencia hospitalaria hasta residir en él y la visita médica se convierte en el ritual que sintetiza el poder médico. El registro de los sucesos y la confrontación periódica de lo acontecido en el enfermo se convierte en fuente de saber médico con sede en el hospital para la transmisión y capacitación. Se trata de un saber individual y colectivo, en la medida en que individualiza la situación patológica de cada enfermo y en cuanto que agrupa y clasifica la información para colectivizarla, respectivamente.

El ejercicio del poder se institucionaliza con la posesión del conocimiento que se considera superior a otros. En el hospital adopta formas de violencia psicológica y simbólica.

*Se impone el poder médico a través de la violencia. Hay dificultades en el manejo de las relaciones médico-enfermera. No son raros el grito, la amenaza, la deslegitimación de las decisiones y acciones, frente a lo que las enfermeras han tenido que acceder a espacios de resolución legal de los problemas.* (G.F. Raquel, Loja)

---

<sup>88</sup> Infecciones hospitalarias que el paciente puede adquirir en el hospital, que no las padecía antes ni estaban en incubación al ingresar al establecimiento. Pasado un plazo de 48-72 horas se establece que la infección fue adquirida en el hospital (en el caso de infecciones frecuentes). La Hepatitis B o el VIH, entre otras, transmitidas por sangre en el hospital pueden aparecer después del alta. (M. Macedo, J. Blanco, 2008).

*Yo creo que es la hegemonía médica lo que sentimos, es el poder lo que nos molesta. A veces se dice: Yo dije, yo digo, y punto. Yo soy el jefe, yo soy el líder, y aquí se hace lo que digo. ... los médicos creen ser la autoridad y tienen que salir las cosas como ellos dicen que son. (G.F. Silvia, Cuenca)*

*Hemos tenido experiencias de contradecir decisiones médicas inadecuadas, sin embargo se impone la autoridad médica por el poder del conocimiento tradicionalmente reconocido en su favor. (G.F. Iris, Azogues)*

*Es evidente que estamos sujetas al parecer de los médicos, que dependemos de sus decisiones en los servicios, que ellos ejercen poder sobre las enfermeras. (G.F. Wilma, Ibarra)*

Para Bourdieu (2000), la violencia simbólica no es aparente o fácilmente observable; actúa oculta, en silencio, es insensible para sus víctimas. Se ejerce a través de símbolos de la comunicación y del conocimiento. Este tipo de dominación no exige justificaciones ni explicaciones legitimadoras, se apoya en la división sexual del trabajo, de los espacios y tiempos sexuados, y en la diferencia biológica, especialmente anatómica, para justificar como natural la diferencia social entre los sexos.

*Estuve hace poco en un hospital de Loja y me topé con un grupo de enfermeras sumamente abatidas porque estaban siendo evaluadas por una comisión, estaba el director, el gerente y el jefe inmediato de las compañeras. (...) Las calmé, no podía ser posible que una evaluación, sin parámetros adecuados, ni de resultados ni de procesos... por alguien que no está capacitado para evaluar el trabajo de enfermería, las pusiera en una situación de angustia y precariedad. Entonces vi en esa escena una forma de ejercicio del poder, me dolió mucho... (G.F. Ruth, Machala)*

*...varias enfermeras ocuparon con éxito direcciones técnicas en el país. Cuando los médicos advirtieron este hecho, que se repetía en Milagro,*



*Machala, en el Oriente y en otras partes, con el poder que ellos tienen, porque se trata del “poder blanco” de los hospitales, ejercieron influencia para modificar la normativa y el perfil para tales cargos, pues ellos no podían permitir que se les restara las oportunidades que han creído son solo suyas. El requisito que implantaron (para ocupar cargos directivos nacionales) fue el de médico, cerrando la oportunidad para el acceso a otros profesionales. (G.F. Flavia, Machala)*

El sistema de control hospitalario está organizado jerárquicamente, de modo que la vigilancia se produzca en todos los espacios. El control ejercido por los *contramaestres y sobrestantes o suboficiales* de los talleres corporativos del siglo XVII, según anota Foucault (1978) se reproduce en el caso de los hospitales modernos por el de los directores médicos, directores administrativos, subdirectores, coordinadores, supervisores... encargados de la vigilancia, de la circulación sistémica de la información, de la evaluación, del mejoramiento de la actividad de los trabajadores hospitalarios y de las sanciones. Sin embargo, se han creado también, en nuestro medio, *agentes de control externo* que operan por decisión de instancias oficiales superiores desde un poder excesivamente centralizador y sancionador. Veamos la figura del “*paciente fantasma*”:

*El asunto de la “vigilancia oculta”... Después de regresar de un curso sobre clima organizacional, ya supimos, ya nos advirtieron, de la presencia dentro de las instituciones del “paciente fantasma” (...) una estrategia de poder político para controlar a la gente. Se presenta a cualquier hora del día o de la noche, con la tarea expresa de localizar a las personas que trabajan en los servicios e informar sobre ellas en instancias ministeriales. Es una forma de ejercer poder político. Se trata de controlar a los trabajadores al interior de la institución por decisión externa de un poder político no visible. Resulta muy difícil pensar y actuar teniendo una amenaza constante..., una incertidumbre producida por un observador desconocido del que no se sabe el objetivo, ni el destino de la observación que hace. Actuar bajo sospecha es una alienación..., una pérdida de la dignidad del trabajador. (G.F. Ruth, Machala)*

#### 4.3.1. Los sujetos mujer y enfermera

La existencia de relaciones de poder/subalternidad en el ejercicio profesional de enfermería vincula a los sujetos mujer y enfermera. Tales relaciones se aplican de varones a mujeres (de médicos a enfermeras), pero también entre mujeres. Se puede advertir que la dominación que algunas mujeres ejercen desde los puestos de dirección, comparativamente con la ejercida por los varones, es menos tolerada por las mujeres, pues no es comprensible para ellas que otras mujeres adopten una posición de poder, de ahí que surgen cuestionamientos y oposición, respuesta que tampoco es entendida por las mujeres que han asumido puestos de dirección. En algunos relatos se advierte la resistencia u oposición a la autoridad de las mujeres por otras mujeres.

*Si está una compañera en un puesto de dirección, nos encargamos de bajarle, pero si está un hombre, nosotras mismas validamos su autoridad. Y eso se ve en todo ámbito.* (G.F. Amelia, Ibarra)

*Cuando los médicos están en cargos de dirección hay que preguntarnos: ¿quiénes están detrás de su trabajo? Están otras personas haciendo el trabajo por el que se prestigian, están otros profesionales, están las enfermeras.* (G.F. Camila, Machala)

*... dependiendo de las formas de ejercicio del poder de hombres y mujeres se dan las respuestas. Yo he visto, en muchos casos, que hay mayor subyugación con el ejercicio del poder de mujeres que con el de varones.* (G.F. Susana, Ibarra)

#### 4.3.2. De la no discriminación a las preferencias, los temores y los prejuicios: ¿relaciones de poder enfermera-paciente y paciente-enfermera?

Hemos hablado en este trabajo de las relaciones de poder-subalternidad en la práctica del cuidado, priorizando el estado de subalternidad que afronta la enfermera en su ejercicio profesional diario, especialmente en hospitales. La figura de la hegemonía médica aparece en primer plano desatando vivencias de subalternidad laboral en enfermeras, que afecta al ejercicio y desarrollo como profesionales y

mujeres. Pero el ejercicio del poder institucional se dirige, en último término, hacia el centro de la actividad de cuidado representado por el paciente. La forma de dominación es silenciosa, inadvertida o simbólica, y también psicológica, física o ambas. En ese proceso interviene también la enfermera. Los pacientes hospitalizados ofrecen condiciones “fáciles” para la subordinación y, probablemente, más las mujeres que los varones por estar adaptadas a soportar el dolor más que ellos, a obedecer y tolerar las molestias con “resignación”. Influyen también: el tiempo de estadía en las salas de hospitalización, más amplio que en consulta externa; su situación de mayor vulnerabilidad y dependencia que limita una participación más activa en la toma de decisiones, el confinamiento en la cama, lugar y las personas extraños, el desconocimiento de los acontecimientos que se dan con él y otros pacientes, etc. Si el cuidado se provee desde la posición de quien *conoce* y tiene la experticia del *hacer*, la cuidadora se constituye en autoridad que decide por el paciente, aunque informe, pida consentimiento o persuada (y en ocasiones también oblige). Guardianas del orden y normatividad del hospital, la enfermera no solo controla el lugar que ha de ocupar el paciente en la sala; dispone las rutinas a las que deberá someterse: horario de acostarse y levantarse, cuándo tomar la medicación, qué actividad o tipo de reposo debe cumplir, cuándo y cómo bañarse, qué ropa utilizar, por dónde podrá movilizarse, qué y cuándo deberá ser preguntado por su estado, en qué momento será “entregado” al turno siguiente... De hecho, buena parte de la normativa aplicada proviene de la normatividad institucional; sin embargo, ciertas reglas y rutinas específicas están impuestas para facilitar la actividad médica, más que la de enfermería, sobre las necesidades del paciente: sueño, quietud, alimentación u otras. Por ejemplo, los pacientes son despertados en la madrugada para el control de los signos vitales, para el aseo, cambio de ropa, administración de medicinas, etc., como preparación para la visita médica.

Con razón, desde una visión antropológica irónica del control del cuerpo del paciente, Valcuende del Río (2006) se expresa así:

*Hace unos años un amigo me contaba que en la consulta médica de un pequeño pueblo de la provincia de Palencia aparecía un cartel que señalaba lo siguiente: “Se prohíbe opinar al enfermo”. El paciente experimenta un proceso de expropiación de su propio cuerpo (que va a ser traducido a un lenguaje que él no puede comprender y por tanto donde tiene poco que decir), que pasa a ser gestionado por*

*aquellos que “verdaderamente” saben lo que le sucede. La medicina ha sido una de las bases en la que se ha sustentado el control social. La salud y la enfermedad marcan la frontera cambiante y contextual que diferencia los cuerpos productivos de los improductivos, los cuerpos normalizados de los estigmatizados. La salud y la enfermedad (física o mental) definen los límites entre lo que es asumible socialmente y lo que es considerado inaceptable. (Valcuende, 2006: 140).*

En ese marco diseñado por el autor podrían ser incluidos algunos relatos de la práctica del cuidado de enfermería. Algunos discursos muestran diversas aristas del proceso de cuidar: convicciones, dudas, dificultades, temores... que constituyen el deber ser y el ser de la enfermería. No es difícil encontrar contradicciones entre el cuidado que pensamos y el que realizamos.

*Dar una atención equitativa y con justicia es lo mejor; ya que de otro modo estaría cayendo en una discriminación sea por clase social, nivel de instrucción, credo, procedencia, y/o identidad sexual (...); me da igual (cuidar) hombres o mujeres, yo sé que necesitan y les doy el cuidado a todos por igual. (...) La edad que tengan los pacientes me es indiferente... no estaría aplicando los principios de solidaridad, universalidad, equidad, calidad, eficiencia, etc. que pide nuestra Constitución y mis principios éticos con los que fui formada. (M.R. Mariana, Cuenca)*

*Al brindar un cuidado yo solo tengo presente que son personas que necesitan de mi cuidado, sin diferencia, lo brindo de acuerdo a sus necesidades. (M.R. Josefina, Cuenca)*

A pesar de lo afirmado, ciertas actividades de enfermería están cargadas de restricciones o limitaciones por convenciones sociales o tabúes. Por ejemplo, se asume la dificultad de realizar cuidados de higiene o aplicación de procedimientos o tratamientos en las zonas genitales del cuerpo de los varones, radicada en vergüenza, recelo o temor frente al sexo o la desnudez. La Urología constaba en el currículo

de las escuelas de enfermería de varias décadas atrás y consta en el actual para sustentar el cuidado de pacientes con afecciones de los sistemas urinario masculino y femenino, y del reproductor masculino. La prohibición de asumir cuidados en áreas genitales del varón por parte de la enfermera quedó en el pasado, sin embargo, los mitos del sexo y la sexualidad siguen vigentes en el cuidado actual. Sin embargo, afectar al paciente o ser afectada por él en el ámbito de la sexualidad es un riesgo cierto como se advertirá en el último de los testimonios ofrecidos a continuación.

*Hace cincuenta años los cuidados y tratamientos relacionados con las zonas genitales de los varones (limpieza, curaciones, sondajes, etc.) debían ser realizados por varones; intervenían auxiliares de enfermería varones y médicos, no era responsabilidad de las enfermeras. Entendíamos que eran “áreas prohibidas” por “radicar” en ellas la sexualidad... (M.R. Gladys, Cuenca)*

*Para mí no es ningún problema cuidar sea a un hombre o una mujer (...) en el momento del cuidado ambos son iguales como personas (...), un cuerpo enfermo para mí es la razón de mis cuidados. (M.R. Julia, Cuenca)*

*El respeto por el cuerpo es muy importante y sobre todo en el caso del sexo opuesto, (sin embargo, hay) el temor de colocar una sonda vesical en el varón, de realizar un baño de esponja... (M.R. Eulalia, Cuenca)*

*Ciertos cuidados a pacientes del sexo masculino hay que hacerlo con cuidado, en presencia de otras personas para evitar malos entendidos, se debe estar acompañado de alguien para dar el cuidado al paciente (varón). (M.R. Lilián, Cuenca)*

*A pesar de que la enfermera es formada para la atención integral del paciente tanto mujer como varón, hay ciertos procedimientos que aunque aprendidos y permitidos, no se los realiza abiertamente*

*a los varones; porque por “pudor”, la atención se ve restringida. (M.R. Francisca, Cuenca)*

*... Existe también el acoso sexual: te retienen tus manos, tratan de tocarte los senos, las nalgas; esto es más cuando vienen personas bajo el efecto de alcohol o drogas; algunos con problemas psiquiátricos. (M.R. Mariana, Cuenca)*

*... a todos se los trata por igual pero tomando en consideración su nivel de salud, unos más sensibles que otros; al revisar o hacer un examen físico, unos lo aceptan otros no, lo toman como que la enfermera se está aprovechando para inspeccionar su cuerpo, consideran que es una falta de respeto hacia él. (M.R. Eulalia, Cuenca)*

En efecto, el cuidado no puede ser discriminatorio en cuanto connota relaciones de superioridad-inferioridad, pero sí debe discriminarse en el sentido de distinguir, separar o diferenciar los estados de malestar o dolencia que aquejan al paciente, a fin de responder con pertinencia a la solución o atenuación de la vivencia de sufrimiento que enfrenta el paciente. Sin embargo, no es raro que las enfermeras busquen condiciones que les permita sentirse bien, motivadas y satisfechas por el cuidado que prestan. La clase, como anotamos en otro lugar, incide en las preferencias o inclinaciones de estas profesionales a la hora de ofrecer los cuidados directos. Atender a personas de clase alta demanda de las enfermeras mayores esfuerzos para lograr actitudes incluyentes y, al mismo tiempo, para limitar los excesos de las exigencias de aquellas.

*El cuidado de enfermería no distingue sexo, edad (del paciente), tipo de servicio o especialidad, de donde provenga, de clase alta o media, del campo o la ciudad, raza, condición económica o identidad sexual, no existen preferencias. (M.R. Eulalia, Cuenca)*

*... no tengo preferencia por el género ni la tendencia (sexual), mientras existe el respeto correspondiente no tengo reparos para realizar el cuidado de los pacientes... lo que sí me gusta más es cuidar a los que más necesitan, esos “gamonales” a*

*veces me dejan de malas, exigen demasiado y ni siquiera respetan, eso me saca de casillas; por otro lado, los pobres reciben mejor el cuidado y son más agradecidos. (M.R. Julia, Cuenca)*

*...el cuidado es de acuerdo a las especialidades. También hay distinción entre un paciente de una clase social alta, el trato es más minucioso, personas con otro idioma, otra cultura, sin embargo hay que adaptarse para llegar a todos. (M.R. Isabel, Cuenca)*

La profesión de enfermería se ocupa de las demandas globales del cuerpo que siente la enfermedad, incluyendo las que se derivan del sufrimiento, del temor e incertidumbre del proceso vida-muerte. En consecuencia, las acciones del cuidar no están dirigidas a recuperar el daño de una parte específica de un órgano; la condición de sentir adquiere significación en las actuaciones de acompañar, escuchar-hablar, esperar, tolerar... Así, en la visión fenomenológica del cuidado de enfermería su *deber ser* radica en la comprensión del cuerpo integral. Suena bien y deseable esta posición con la que frecuentemente se forman las enfermeras, pero su puesta en práctica tiene serias limitaciones.

*Ideal sería, poder atender de una manera personalizada a cada paciente pero no se lo puede cumplir, cada actividad se la realiza a carreras “aquí el que no corre vuela” suelo decir muchas veces. Sea en la mañana, tarde o en velada, se cumple nuestra labor con mucha premura; los turnos de tarde y velada disponen de menos personal para igual número de pacientes y actividades a cumplir, por lo que se requiere redoblar esfuerzos. De pie, caminado rápido, a la carrera, con movimientos ligeros es la constante diaria del ritual. (M.R. Mariana, Cuenca)*

*Se trabaja por procedimientos y protocolos y el paciente tiene que aceptar las reglas del hospital. El paciente sí se siente cohibido, en cierta forma pierde su familia, pertenencias, se le retira hasta alguna cadenita que tiene su santo o imagen de su religión. Pienso que si se invade el cuerpo del paciente... (M.R. Lidia, Cuenca)*

*Yo prefiero el cuidado de pacientes hospitalizados y no de consulta externa. Se tiene menos problemas, el paciente está en su cama, solo, no tiene la influencia de la familia y se puede controlarlo mejor. (M.R. Mercedes, Cuenca)*

La dominación puede ejercerse con mayor facilidad si identificamos al individuo en su espacio restringido, limitado físicamente y por las reglas establecidas a las que debe acogerse. Puede ser visto individualmente y vigilado permanentemente, a diferencia del paciente de consulta externa que llega acompañado, puede hablar y movilizarse con mayor libertad, puede exigir, reclamar, apoyarse en los suyos y hasta negarse a ser atendido y abandonar el servicio.

#### **4.3.3. Relaciones enfermera-auxiliar de enfermería**

El hospital se asienta sobre una estructura jerarquizada. Y el ejercicio del poder se produce en escala, según gradaciones; tiene objetivos, utiliza ciertas formas o medios de hacerlo efectivo y normal. Queremos decir que las enfermeras también ejercen poder sobre técnicos y auxiliares de enfermería: a través de la asignación de tareas, de disponer lo que pueden o no hacer, de controlar qué y cómo hacen su actividad, de clasificarlos, evaluar, informar y sancionar niveles bajos de competencia, etc.

En efecto, en la escala jerarquizante de puestos de la institución hospitalaria los trabajadores de “menor rango” soportan mayor subalternidad, por efecto del ejercicio del poder desde varias direcciones. En el caso de los auxiliares de enfermería las relaciones verticales de autoridad se producen con médicos, enfermeras, otros profesionales, así como con el personal administrativo. Las relaciones enfermera-auxiliar de enfermería son de poder-subalternidad y lo han sido antes de ser formadas como tales y una vez que cuentan con el certificado que les acredita para su desempeño. Los cursos de auxiliares de enfermería son organizados y desarrollados por las escuelas de enfermería del país según acuerdo entre el Ministerio de Salud Pública y la Asociación Ecuatoriana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ASEDEFE), organismos orientados a regular su formación y desempeño. Los auxiliares de enfermería están clasificados como trabajadores no profesionales, formados con el requisito de haber aprobado 10 años de educación básica y un año de entrenamiento en principios y técnicas básicas de atención de la salud. Su desempeño es



de apoyo al trabajo de enfermeras “bajo” su dirección y supervisión. Forman parte del equipo de enfermería en el que interactúan enfermeras y auxiliares de enfermería.<sup>89</sup> En nuestro criterio, las relaciones enfermera-auxiliar tuvieron tres desencadenantes para el establecimiento de relaciones de subalternidad: la apropiación del conocimiento y la práctica del cuidado sustentado en la formación universitaria de las enfermeras, distinta y distante a la obtenida por las auxiliares, destinadas a acciones básicas del cuidado y expresamente dependientes de las enfermeras; las diferencias por su procedencia humilde (del campo o la ciudad), con escasos recursos económicos, nivel básico de instrucción; y un imaginario de invasión o suplantación de la identificación de la enfermera profesional por los auxiliares de enfermería, lo que ha incidido en un mayor distanciamiento de las relaciones, primando la autoridad y control de las enfermeras sobre los auxiliares.

Una forma de resistencia activa de este grupo de trabajadores es la organización sindical, iniciada décadas atrás, a través de la cual luchan por mejores condiciones de trabajo, preparación continua y derechos contemplados en el Código del Trabajo.

*Cuando fui auxiliar de enfermería sentí el trabajo subalterno, pero no cuando me gradué de enfermera. Hay diferencia enorme... Ahora hay mayor reconocimiento a las enfermeras, logrado por la actual jefa del hospital. (M.R. Alba, Machala)*

#### **4.3.4. Ejercicio oculto del poder, aceptación y contrapoder**

Nuevamente nos referiremos al grupo focal conformado por enfermeras egresadas en 1963, quienes relatan sobre la trascendencia de su ejercicio profesional a lo largo de las décadas de los años sesenta, setenta y posteriores. Sus experiencias vividas como enfermeras de cuidado directo y derivadas de cargos de liderazgo, dirección y administración, coinciden en que las relaciones de poder-subalternidad no fueron una constante en su desempeño. En unas instituciones más que en otras encontraron apertura para tomar decisiones con autonomía. No se sintieron agobiadas por control, vigilancia, amenaza o castigo. Esas fueron décadas coincidentes con la creación y organización del Ministerio de Salud Pública y la fundación de hospitales, centros y subcentros de salud, debida a la inversión de capitales resultantes de la explotación petrolera en el Ecuador. La necesidad del trabajo de

---

<sup>89</sup> Testimonio de la autora.

enfermeras profesionales fue imperiosa para la organización y mantenimiento de la nueva estructura de atención de la salud, de modo que sus cargos generalmente fueron de jefatura y liderazgo. Consideramos que, en general, enfermeras de numerosas promociones, cuya inserción coincidió con la inauguración de la cadena de hospitales, centros y subcentros de salud entre los años sesenta a ochenta, vivieron experiencias de mayor autonomía laboral que en otros períodos. Conjeturamos, como fortalezas para un desempeño con mayor autonomía, la condición directiva de sus cargos: dotados de autoridad para hacer propuestas y tomar decisiones, conocimiento sólido en administración, procurado por las escuelas de enfermería en aquel entonces, capacidad para crear formulaciones normativas, de organización y control, además de una especial predisposición y compromiso para aportar en algo novedoso.

Algunos discursos hablan de la independencia, del orgullo y satisfacción del trabajo realizado, características que aportan en el proceso de identificación del grupo de enfermeras.

*Fuimos llamadas a trabajar, tuvimos las plazas listas aún antes de egresar como profesionales. (...) A pesar de que en la organización de enfermería a nivel del país no teníamos departamento o división de enfermería como estructura oficial, al iniciar los sesentas, nuestro trabajo era coordinado, interdependiente y no subordinado al médico. El médico era un profesional y yo era otra profesional. Nunca sentí una situación de dependencia frente al médico. (...) Mi experiencia profesional ha sido de independencia o, al menos, de interdependencia. He tenido oportunidades de trabajo como enfermera de cuidado directo y también de dirección y administración. (M.R. Paula, Quito)*

El autoconcepto positivo de ser enfermera está determinado por los valores personales o condiciones internas, así como por las circunstancias externas y las vivencias derivadas de las interrelaciones con otros.

*En mi ejercicio profesional he tenido experiencias más de índole administrativa. Como enfermera de la Misión Andina, lo mismo que docente y directora de la Escuela de Enfermería de la*

*Universidad Nacional de Loja, trabajé con responsabilidad y dedicación. Considero que mi trabajo no estuvo marcado por la subalternidad. (M.R. Flor María, Loja)*

La principal referencia que tiene este grupo de profesionales para justificar el éxito de su ejercicio profesional en condiciones de independencia es la formación, calificada como sólida, responsable y comprometida. Su posición fundamental fue aplicar lo aprendido.

*El ejercicio profesional para mí ha sido exitoso, puedo decir que la clave estuvo en la formación que tuvimos. Estuvimos en una época de oro (...), nos distinguimos como profesionales y obtuvimos mucho respeto. Cuando recién egresé, fui al IESS a agradecer a la institución por la beca que me permitió estudiar enfermería. Me propusieron que trabaje en Esmeraldas o en Manta. Decidí ir a Esmeraldas, me sentí capaz de afrontar cualquier problema. (...) los conocimientos que recibimos, la decisión de trabajar bien y la apertura para que yo me desempeñara con libertad fueron el sustento del éxito en el trabajo. (...) Después me trasladé al Hospital Andrade Marín de Quito, ahí me desempeñé como enfermera de cuidado directo y también tuve oportunidades de liderazgo. Esa experiencia vivieron enfermeras de promociones anteriores, vivimos nosotras y las de otras posteriores. G.F. Aracely, Quito)*

En general, ejercieron trabajo independiente e interdependiente. Como “jefas de unidades” implantaron formas nuevas de planificación y administración de la actividad de enfermería, y también médica y odontológica. Obviamente, ejercieron autoridad e introdujeron nueva normativa en el trabajo con auxiliares de enfermería. En estos testimonios se advierte un elevado sentido de sí mismas y satisfacción por su desempeño.

*Con Isabel y María del Pilar Crespo llegamos a organizar los servicios médicos del Municipio de Quito, dedicados a la atención de la salud escolar de los niños de la Escuela Municipal Eugenio Espejo, entonces, fuimos personas tan queridas (...) Teníamos*

*unas auxiliares bien formadas, bien disciplinadas, buena gente, que se pusieron a disposición para trabajar con nosotras. Los médicos aceptaron todo lo que propusimos, prácticamente éramos jefas del servicio. (...) Nosotras tomamos a cargo la organización completa, cambiamos totalmente el panorama, incluyendo los servicios de odontología. Nosotras nos encargamos de diseñar la historia médica; los médicos decían: no es necesaria una historia clínica si son solo niños los que atendemos aquí... (G.F. Yolanda, Quito)*

*Para nosotras fue un privilegio iniciarnos como enfermeras, con niños. (...) Nosotras nos desempeñamos con libertad, nunca dependimos de observaciones o limitaciones, ni siquiera de la autoridad, de los médicos, o de los directores de higiene municipal. Nunca vivimos experiencias de subalternidad. El trato fue de igual a igual, respetuoso, nunca jerarquizado. (G.F. Elisa, Quito)*

La satisfacción con el trabajo depende de varios factores, entre ellos se encuentra el "contenido del trabajo". Las actividades de mayor cualificación producen mayor satisfacción. Pero es fundamental la autopercepción que se tiene del trabajo, de ella se derivan los sentimientos y actitudes afirmativas o negativas hacia lo que hacemos. Si el trabajo se caracteriza por ser variado, es decir no rutinario ni monótono, influye en el desarrollo de las habilidades y creatividad. Y la posibilidad de tomar decisiones permite identificarse con las actividades y "apropiarse" del trabajo, con lo cual es mayor la satisfacción y el beneficio laboral. Existe motivación por el trabajo si las autopercepciones sobre él son favorables en cuanto que es necesario, útil e importante; que la realización del trabajo depende de uno mismo, del conocimiento, habilidad e iniciativa propios; y que disponemos de la oportunidad de saber y evaluar los resultados del propio trabajo. (Arquer y Oncins, 1999). En efecto, la autonomía en el trabajo, que demanda planificar las actividades, realizarlas y asumir las consecuencias de las decisiones, incide en la responsabilidad sobre sus resultados. A todo esto denominamos "apropiación del trabajo", que no significa actuar solo; por el contrario, demanda mayor compromiso por la comunicación asertiva, la actitud colaborativa del equipo y el autocontrol del trabajo por parte de cada miembro.

*Yo tuve oportunidad de trabajar con el Ministerio de Salud en Manabí; trabajé con María Páez en la organización de los servicios de salud, inclusive dirigí cursos para formación de auxiliares de enfermería. Mi posición siempre fue poner en práctica mis conocimientos, relacionarme profesionalmente con todos, con mucho respeto y cariño (...). La enfermera era dueña del servicio, organizaba los horarios y la actividad de todos... (G.F. Irene, Quito)*

*Como profesora de enfermería psiquiátrica en la naciente escuela de enfermería de Cuenca (1968), debimos apoyar la organización de la institución que albergaba a pacientes alcohol dependientes, drogodependientes y con otras patologías de la especialidad, en circunstancias en que el establecimiento recién fundado carecía de bases administrativas y técnicas para afrontar la especialidad. Participé con dos médicos psiquiatras para proponer los fundamentos y estrategias para transformar la atención, en circunstancias en que muchos pacientes eran considerados más trabajadores de la institución que enfermos; o que los directivos buscaban para el cuidado “enfermeros” fuertes y duros para el “sometimiento” de los pacientes agudos (agitados, agresivos, delirantes, desorientados...). La complejidad del trabajo, las dificultades para procurar respuestas favorables de los administradores, no nos limitaron para persistir en el empeño y procurar en equipo programas de terapia individual y grupal para los pacientes y la transformación progresiva de la organización del establecimiento. El área de enfermería en los años setenta estaba privada de todo. El proceso de cambio continuó con la intervención de nuevos profesionales, especialmente médicos y enfermeras, docentes de la facultad, comprometidos con el mejoramiento de la atención de la salud mental y la organización institucional. No obstante, no se ha llegado al cumplimiento de los estándares necesarios, en lo que influye, posiblemente, la existencia de los*

*estereotipos relativos a la enfermedad mental y al enfermo mental.* (M.R. Gladys, Cuenca)

La creación de estructuras nacionales para la dirección, coordinación y autorregulación del trabajo de enfermería, luego de fundado el Ministerio de Salud Pública, fue conquista político-técnica de mucha importancia para el desarrollo profesional en décadas pasadas; su eliminación posterior, por decisiones de alto nivel político, desmanteló la organización laboral y las perspectivas de construcción de oportunidades de mayor desarrollo independiente de la enfermería en el País.<sup>90</sup>

*Yo tuve la oportunidad de trabajar en programación de unidades médicas, desde donde pude demostrar quién es la enfermera en cuanto a la capacidad de programación de unidades de salud. (...) mi conocimiento y mi actuación primaron para conseguir que los criterios y argumentos sobrepasaran los de los médicos. Ese trabajo me permitió demostrar que sí estábamos preparadas suficientemente para nuestro desempeño con criterio autónomo. Lamentablemente, lo que habíamos conseguido con esfuerzo y convicción, fue desbaratado por decisiones políticas tomadas por las autoridades. Entonces, el Departamento Nacional de Enfermería desapareció de la División de Servicios Técnicos Complementarios, estructura orgánica reguladora de la jefatura, coordinación y demás instancias de administración y gestión de enfermería, desde donde se tomaba decisiones coordinadas pero autónomas (...). Ahora estamos sin cabeza de enfermería y podemos preguntarnos por qué no pudimos sostener los avances organizativos de enfermería (...), hubo una fuerza política desde los altos mandos que no pudimos detener. Como profesionales no hemos participado*

---

<sup>90</sup> No existen referencias escritas sobre las razones políticas que llevaron a la eliminación de los organismos de dirección nacional de enfermería. Sin embargo, es una conjetura que el débil liderazgo de enfermería en el país no pudo contraponerse a la decisión ministerial de robustecer la estructura de dirección médica nacional con incremento de presupuesto y nuevas partidas económicas para cargos directivos en todo el territorio, para lo cual se forjaría la eliminación de los organismos de enfermería.

*políticamente, posiblemente, si lo hacíamos, habríamos podido detener la destrucción que se produjo de la estructura orgánica de la profesión.* (G.F. Mónica, Quito)

*Nosotras llegamos a ser parte de un departamento nacional, de una estructura organizativa sólida, ahora no hay nada, todo se ha perdido. Hay solo una dirección médica, de modo que la función directiva de enfermería, fundamental para la organización de todo, no existe. El médico no sabe de administración de enfermería.* (G.F. Zulema, Quito)

#### **4.4. La jerarquización de las ciencias y las profesiones en la universidad**

La universidad ha sido tradicionalmente conceptualizada como institución democrática, cuna de la investigación, vanguardia del pensamiento plural, de los derechos humanos, de la libertad y la *justicia*. El “Manifiesto de Córdoba” del 21 de junio de 1918, vinculado a la reforma universitaria, al desarrollo de la libertad de pensamiento, al cogobierno..., constituyó durante el siglo XX el referente obligado de democracia y autonomía de la universidad latinoamericana.

En el segundo testimonio de esta sección, damos cuenta de la existencia en la universidad de fuerzas orientadas a conservar el sentido clasista y patriarcal de sus orígenes medievales en Occidente.

*... yo voy a hablar desde la docencia, y ahí se traduce también el ejercicio del poder de la ciencia y de las profesiones... Bueno, yo digo que es una suerte que la escuela de enfermería de aquí no nació al lado de la escuela de medicina. Sin embargo, al interior de la universidad hemos tenido que hacer uso del poder para autoprotegernos; de ahí que muchas veces se nos ha calificado de problemáticas o difíciles... Hemos tenido que actuar para defender un espacio como mujeres. Yo creo que hemos sido pocas quienes hemos abierto brechas pensando en espacios de decisión. De hecho, los espacios y puestos de dirección de mujeres en esta universidad han sido los logrados por la escuela de enfermería.*

*A pesar de que eso se ha posicionado, al haber logrado la representación de las mujeres entre los varones, vemos su presencia en el momento de ubicarse en el puesto de dirección pero no en el ejercicio de la función. No vemos que se respete ese puesto ganado, más bien se está poniendo cortapisas a las personas que están en puestos de dirección y que son mujeres. Si bien es cierto, nos reconocen como mujeres trabajadoras, las más trabajadoras en la universidad, pero en la toma de decisiones más se acepta el criterio masculino que el de las compañeras... Esa es la realidad que tenemos. (G.F. Susana, Ibarra)*

*Estuve convencida de la universidad como el campo donde se vivía mayores libertades que en otros espacios para opinar, proponer, decidir, cuestionar... La libertad de pensamiento y de decisión eran atributos indispensables de la universidad. No obstante, viví una especial situación de desconocimiento de mis derechos y capacidades por parte de la mayoría de profesores médicos de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca. Afronté el rechazo de, al menos, 52 de los 84 médicos docentes de la Facultad, quienes renunciaron a su cátedra y abandonaron la Universidad, contra mi elección como subdecana, nombramiento absolutamente legal.*

*Según ellos, como enfermera, mujer, madre y militante política de izquierda yo no estaba preparada ni autorizada para ejercer tales funciones, debía abandonar el cargo.*

*¿Cómo podía una enfermera dirigir a distinguidos médicos-profesores de la Facultad de CC.MM? Inaudito aceptar tal absurdo, se decía a través de la prensa y la radio local y nacional.*

*Se produjo una toma violenta de los locales de las escuelas de medicina, de enfermería y del hospital docente, a fin de presionarme para que renunciara.*

*Afrontamos el período de elección 77-79 con esfuerzo y entereza, e incidimos en varios cambios académico-administrativos, no sin afectación personal*



*y familiar, como les sucede con frecuencia a las mujeres que entran en los espacios de tradición masculina excluyente...* (M.R. Gladys, Cuenca)

#### **4.5. Qué objetivos y medios de ejercicio del poder están presentes.**

El ejercicio del poder en las instituciones sanitarias puede tener varios objetivos: mantener beneficios personales o de grupo, mantener el statu quo frente a la posibilidad de cambios desestabilizadores de la tradición, autogratificación del ego (hacer saber que “yo mando”), etc. De igual manera, los medios son diversos: malos tratos, exclusión, ocultamiento de información, prescindencia de las personas en la toma de decisiones; desautorización y deslegitimación de su papel, entre los más frecuentes.

El lenguaje a través de expresiones hostiles y excluyentes es un mecanismo simbólico de dominación. La jerarquización de las profesiones por el tiempo de formación y el tipo de conocimientos es igualmente utilizada. Las sanciones funcionan como mecanismo de control de las personas y del trabajo; tienen utilidad para ejemplarizar, sirven para disciplinar, diferenciar y separar a los trabajadores que cumplen el perfil oficial de aquellos que se alejan de él. El ejercicio del poder puede ser mayor sobre quienes ocupan lugares más bajos en la escala de los puestos de trabajo.

Las experiencias de subalternidad compartidas por el grupo participante en el estudio están relacionadas con la utilización de medios de dominación simbólica y psicológica, como infundir miedo, trato hostil, ejemplarizar, manipulación de la información, desconocimiento o invisibilización de la producción intelectual, adscripción a normas y sanciones, entre otros.

Si el miedo nos invade, no es posible preguntar, investigar, comentar, denunciar, y se desvanece la posibilidad de la solidaridad. Su efecto es paralizar o silenciar.

*Experimenté relaciones de violencia médico-enfermera. Sufrí mucho por el ejercicio del poder de algún médico que utilizaba el grito como forma de amedrentamiento.* (G.F., Lorena, Cuenca)

*Hemos sentido la actitud prepotente con la que actúan algunos médicos. Tuvimos el caso del trato hostil y descomedido de un médico de cuidados intensivos hacia las enfermeras, quien fue denunciado*

*ante las autoridades, sin que se produjera una respuesta favorable, sino hasta que su contrato de trabajo finalizó. (G.F. Daniela, Azoques)*

*Las enfermeras tienen temor a las represalias, entonces no se defienden, no responden ante las injusticias, adoptan una posición de silencio como que fuera normal el mal trato. (G.F. Carmen, Loja)*

La hostilidad es una actitud provocativa contra una persona por situaciones de desconfianza, aversión o antagonismo, expresada con enojo, resentimiento y maltrato. Por su naturaleza abusiva, esta actitud se constituye en una forma de violencia emocional o física, que puede ser transitoria o permanente.

*Los estudiantes enfrentan una serie de problemas en su rotación por cirugía, si en alguna ocasión cometen un error, reciben un trato hostil o displicente. Expresiones como “desaparécete de aquí...”, y otras, hacen que no se pueda aportar ni en el trabajo del servicio, ni en la formación adecuada de los estudiantes. (G.F. Esther, Loja)*

*... cuando se quiere tomar alguna decisión en relación con el paciente, algún médico reacciona: “entonces pase usted la visita...” Esa es una forma de frenar nuestra actuación... (G.F., Rebeca, Cuenca)*

El manejo y control de la información asigna poder a quien la detenta, por eso es un instrumento para gobernar, para administrar y someter a las personas y grupos.

El secretismo y la opacidad en la gestión de la información restan la posibilidad de su oportuna utilización y beneficio para otros. La transparencia de la información deriva hacia las personas y los grupos “buena dosis del poder” que contiene la información, hace a los trabajadores partícipes de ella y robustece la posición democrática de la institución y de sus directivos. (Moretón, 2014). En algunas instituciones hospitalarias, varias experiencias expresan la dirección contraria: la exclusión de la información o la pérdida de oportunidad para su uso.

*Hay muchas formas de ejercer el poder. Por ejemplo el ocultamiento o la demora para socializar*

*cierta información que puede beneficiar a las enfermeras (...) para capacitación, para asistencia a eventos científicos, etc. (...) Y ese mecanismo es utilizado en el mismo sector de enfermería. Parecería que también entre nosotras no queremos la superación profesional. (G.F. Rosario, Azogues)*

*... había llegado desde el Ministerio (MSP) una información relacionada con una capacitación para las enfermeras coordinadoras. Simplemente esa información se guardó el señor director del Hospital porque creía que no debía ser para las enfermeras. (...) se nos excluye, entre otras formas, con ocultamiento de la información. (G.F., Ana, Cuenca)*

A lo largo de la historia, tanto los hombres como las mujeres han tenido diferentes ubicaciones frente al poder y al saber.

*... la mujer ha sido excluida del trabajo de producción de los sistemas de interpretación y de las formas de pensamiento ordenadores de la sociedad; de la producción de los símbolos y las imágenes que sirven para expresar y ordenar las ideas que representan la realidad concreta, incluyendo nuestra propia experiencia personal y cotidiana. (Tomic y Trumper, 1999: 142).*

En general, son escasas las oportunidades para investigar, participar en eventos científicos y constituir grupos de reflexión; la producción escrita es escasa y muy difícil la publicación en órganos de difusión de las instituciones. Generalmente, las posibilidades de acceso son aprovechadas por médicos y otros profesionales que tienen entrada a los círculos de poder interno desde donde pueden ocupar los espacios de producción científica. Las iniciativas individuales o de pequeños grupos de enfermeras que formulan propuestas, informes y proyectos de beneficio institucional son tratadas con arbitrariedad a la hora de consignar su autoría

*... Se utilizan con frecuencia formas simbólicas, por ejemplo, colocar los nombres de los autores de un informe oficial, de un proyecto o de un documento importante, en primer, segundo, tercer lugar, etc., para expresar la importancia y autoridad de los*

*participantes. De ahí que mis compañeras, reales autoras de proyectos, estaban en la cola de la lista. La arbitrariedad hace uso también del alfabeto. ...Nosotras reflejamos el poder que nos ha transmitido el modelo biomédico. Yo les decía a las compañeras hace poco: compañeras, ¿por qué no ponen en sus trabajos los nombres?, ¿por qué tiene que estar otra persona como principal y ustedes invisibilizadas como autoras? (G.F., Susana, Ibarra)*

*...junto con otra colega invertimos nuestra preparación y tiempo extra hasta armar un proyecto institucional... relacionado con bioseguridad... Una vez que fue expuesto, reconocido como válido y aprobado, fue aplicado. Nos dimos cuenta, con asombro, que el proyecto difundido llevaba los nombres de las autoridades como autoras del proyecto. Nosotros “no existíamos”. (G.F., Ana María, Cuenca)*

Parecería que la subalternidad de las mujeres genera en la mente de los dominadores el preconceito de que ellas no tienen voz, que no pueden representarse a sí mismas, o que su voz no necesita ser escuchada. Lo subalterno entendido como lo femenino resulta inaudible e ilegible, afirma Spivak (2002:211), lo que significa que en el “itinerario del silencio” las mujeres deban ir encontrando lugares de enunciación para ser escuchadas.

La imposición del silencio ayuda a minimizar el rol profesional de las enfermeras, facilita la adscripción a las normas y la aceptación de las sanciones.

*Yo tuve el caso de un niño que ingresó a la sala de Pediatría con franca deshidratación... Sugerí al residente que se le hidratará enseguida, y que estaba dispuesta a apoyar en el procedimiento. La respuesta que obtuve fue de desinterés y tardanza. Confirmé que la impavidez o “capricho” del médico fue porque la sugerencia provino de una enfermera. (G.F., Claudia, Azogues)*

*... aquí en nuestro hospital nunca supimos por qué fueron canceladas ocho compañeras enfermeras. La información desde instancias gubernamentales se*

*relacionó con corrupción e incumplimiento del trabajo. Pero nosotros no llegamos a conocer cuál misma fue la causa. Las compañeras no tuvieron derecho a la defensa. Ese es otro ejemplo de abuso de poder.*  
(G.F., Ruth, Machala)

#### **4.6. Condiciones que ofrece el subalterno para facilitar el ejercicio del poder.**

El ejercicio del poder también utiliza las condiciones que la persona ofrece desde su condición de subalternidad al sistema dominador: imagen de indefensión, debilidad, estrechez de la visión del trabajo y de la vida, etc. Pensamos que los efectos de subyugación determinados por el ejercicio del poder sirven, con frecuencia, para asegurar la reiteración de hechos de dominación; una especie de efecto y causa que sostienen el circuito del ejercicio del poder.

Entre los relatos y testimonios del grupo participante en el estudio se destacan algunas condiciones derivadas de la personalidad, estereotipos dominantes, representaciones sociales desventajosas, déficits de formación, entre otras.

*Creo que esa actitud de sumisión que adoptan las enfermeras puede deberse a la falta de preparación.* (G.F., Raquel, Loja)

*... parece que la autoestima de nuestras estudiantes no existe (...) ¿Qué falta en su formación? Cuando van a los centros de práctica son estudiantes muy sumisos, están esperando órdenes de los otros profesionales. ...* (G.F. Esther, Loja)

*... en muchos servicios las enfermeras tienen una imagen de enfermera con un dedo en la boca, diciendo silencio.... No hay que evidenciar el trabajo de la enfermera... (lo dice con ironía), y eso es muy triste.* (G.F., Raquel, Loja)

Algunos grupos ilustran la existencia de situaciones de dependencia frente a la autoridad médica teniendo como *causa* la falta de preparación, compromiso y vocación para el cuidado por parte de enfermeras jóvenes que, a su juicio, contrastan con la experiencia y formación de profesionales graduadas en décadas pasadas. Pero la

educación continua y las especializaciones, necesarias para el mejoramiento de la calidad de atención de la salud, no son responsabilidades exclusivas de las enfermeras, son parte de las políticas institucionales. La exclusión o inequidad en el acceso a oportunidades de estudio afecta más a profesionales de provincias distantes a la capital, por ejemplo, las amazónicas. Así nos refiere Amparo, enfermera de la Provincia de Morona Santiago, quien dejó a su familia en Portovelo (El Oro, provincia costanera), para radicarse 23 años en el Oriente.

*La posibilidad de seguirnos preparando casi no la tenemos aquí. Primero, porque acá la información llega muy tarde, cuando ya no hay la posibilidad de gestionar el permiso y viajar. Nosotros nos enteramos al último... En las grandes ciudades no hay problema, alguien que se entera informa al resto y pueden asistir con facilidad, aquí no. (M R. Amparo, Palora)*

Identifican también la responsabilidad de las escuelas de enfermería en la formación de actitudes de aceptación de las “verdades médicas” como algo “normal”. El posible deterioro de la formación académica requiere un análisis integral junto al de las condiciones laborales actuales, remuneración, oportunidades de actualización y especialización, formas de contratación y estabilidad, aparición de nuevas carreras y profesionales sanitarios, movilización de los límites del espacio y roles de algunas profesiones (especialmente de la enfermería), debido a los cambios y nuevas demandas sociales en materia de salud, etc.

Es comprensible que las enfermeras jubiladas y quienes tienen veinte o más años de ejercicio profesional establezcan contrastes entre su formación, calificada como sólida, con la cursada por las enfermeras de promociones recientes. Sitúan en la formación débil de las profesionales, entre otras causas, el origen de la subalternidad. Al parecer, la imagen idealizada por la vocación y los atributos de abnegación y entrega, que caracterizó a la enfermería de los inicios de la profesionalización en la primera mitad del siglo XX, está modificada en la época actual, produciendo inaceptación de los cambios.

*Si estamos preparadas y actualizadas, estamos en condiciones de discernir y discutir con ellos (se refiere a los médicos). Lamentablemente, quienes tenemos muchos años de experiencia estamos rodeadas*

*de profesionales que no están suficientemente formadas. (G.F., Cuenca, Ana Lucía)*

*Claro, nosotras nos formamos como enfermeras científicamente y tratamos de estar a tono con los avances científicos, pero eso pareciera solo una declaración. Si estudiamos cómo se presentan nuestras bibliotecas, veremos que están dotadas con producción médica y no, precisamente, con la de enfermería. (G.F. Carmen, Loja)*

*... creo que la situación está relacionada también con la poca producción teórica de enfermería... (G.F., Esther, Loja)*

La condición de mujeres, madres y esposas resulta difícilmente compatible con la inserción en el mercado de trabajo, especialmente si esta demanda actividades de estudio y actualización permanente. Las expectativas de educación continua, acceso a postgrados y formación especializada son postergadas casi siempre, en favor del desarrollo de la familia a la que hay que dedicarle tiempo ilimitado. Es frecuente que las mujeres aplacen la atención de sus necesidades básicas y del desarrollo académico.

*Quisiéramos seguir preparán-donos, estudiando..., pero cuando ya se tiene hijos..., es difícil seguir superándose, primero están ellos. Cuando ya estén grandes, cuando hayan crecido un poquito, porque aún están muy pequeños, posiblemente podré seguir preparándome. Pero ahora no. (M.R. Karina-Ibarra)*

En las instituciones disciplinarias (familia, escuela, hospital y otras) las mujeres aprendemos a aceptar quién detenta el poder, cómo se lo ejerce, para qué y a través de qué herramientas. Podemos dejar de aceptar el ejercicio del poder como algo normal y convertir la aceptación en resistencia solo cuando este se transparenta, cuando invertimos hacia él la observación y el examen que le son propios, de manera que se pueda tener un registro de sus características, reflexionar sobre ellas y organizar un saber. Los siguientes discursos muestran la necesidad de varios desaprendizajes:

*El trato con internos, residentes y médicos eran normales, no obstante, debíamos comportarnos reconociendo que los médicos eran autoridades; eso se nos enseñaba en las clases de ética. (M.R., Paula, Quito)*

*Nosotras mismas nos estamos invisibilizando y creando inconscientemente estructuras de poder dentro de la propia escuela, y esas estructuras son las que nos impiden seguir creciendo (...) Yo creo que esas estructuras que creamos en las escuelas de enfermería se viven en los servicios, ahí se invisibiliza lo que realmente hace la enfermera. (G.F. Susana, Ibarra)*

*... el problema viene desde las aulas universitarias. Por ejemplo, los médicos se forman con una autoestima elevada, las enfermeras no. Ya desde la escuela de enfermería nos formamos para aceptar lo que el médico dice como verdad. (G.F. Adriana, Azogues)*

*Nosotras mismas damos la pauta para promover la dependencia, no valoramos nuestra propia profesión, no promovemos nuestro criterio profesional en el cuidado, dejamos que ellos prescriban los cuidados que nos corresponden. (G.F., Cecilia, Loja)*

*Cuando no cumplimos con nuestras funciones y esperamos que nos indiquen qué cuidado tenemos que dar a los pacientes, perdemos nuestro espacio profesional. (G.F., Ma. Belén, Cuenca)*

#### **4.6.1. Visión hospitalaria de la vida**

Es deseable que el trabajo nos especialice en un campo determinado del saber a través de la experiencia cotidiana; el riesgo aparece cuando la vida comienza a depender de la monotonía y la rutina y se pierde la posibilidad de mirar el mundo desde distintas perspectivas. Tanto más si el trabajo de enfermería se desarrolla en un espacio de “encierro” como el hospital, a pesar de las grandes transformaciones arquitectónicas para la hospitalidad, aportadas por la sociedad actual del conocimiento y la técnica. También significan



encierro para los pacientes y los cuidadores: el dolor, la desesperanza, la descorporeización, la incertidumbre que acompaña a la vida y la enfermedad.

*Me parece que la formación de la subalternidad está en relación también con la asunción de un espacio estrecho de actuación, he visto a enfermeras de diez, quince, veinte años o más de ejercicio profesional ligadas al hospital, sin haber logrado visualizar otro horizonte que les ofrezca diferentes maneras de aprender y de actuar en el plano personal y profesional... (G.F. Susana, Ibarra)*

*Las enfermeras hemos perdido la capacidad de hacer uso de nuestros derechos, inclusive de nuestros derechos ciudadanos... (G.F., Gloria, Ibarra)*

*... nuestra formación ha estado orientada al trabajo de hospital o de un centro de salud. Entonces, ahí terminan las opciones. Las enfermeras van predispuestas a la estructura de dominación institucional. Claro, la escuela de enfermería no está formando a las estudiantes para mirar más allá del hospital. La enfermería tiene diversos campos de acción en los que podemos desarrollarnos. La enfermera puede emprender en otras opciones. (G.G., Hipatia, Ibarra)*

*Se han cerrado tanto que, inclusive, compañeros no sólo médicos, sino de otras carreras, dicen: ¿qué hago con una persona que no me parece tan interesante? Y yo lo digo como mujer también. Es muy difícil para mí estar en un ambiente en donde yo no pueda interrelacionarme, aprender y crecer, conversar, opinar, cuestionar... ¿Qué hago con una compañera que sólo me habla de pinzas y de gasas, y de pacientes...y no puedo hablar de política, de estética, de arte, desarrollar mi capacidad de asombro, de admirar otras cosas, de emocionarme, de movilizar mis pasiones, de ejercer mis derechos...? (G.F. Susana, Ibarra)*

La visión de la vida centrada en el hospital hace que el horizonte de dolor se extienda hasta el hogar; que se imprima en la existencia de las enfermeras la rutina, la normativa, la heteronomía, la homogeneidad; que se niegue la alternativa de la libertad y del sentido del ocio, se desconozca la necesidad de la desemejanza... Esa amenaza nos muestran los discursos referidos a la marca que el trabajo hospitalario deja en las enfermeras.

#### **4.6.2. El uniforme: “extensión del cuerpo” para ser identificadas**

La bata o mandil blanco usado tradicionalmente por los trabajadores sanitarios incorpora significados relacionados con pureza, conocimiento, salud-enfermedad, hospital, curación, prevención, prioridad, temor, respeto, etc., y produce cierta homogeneización de su imagen. No obstante, la clasificación de los trabajadores sanitarios por la función, profesión, título, ubicación, entre otros parámetros, exige diferenciaciones orientadas, en último término, a facilitar la identificación de los grupos y personas, a jerarquizar los roles para el establecimiento de relaciones de poder-subalternidad. El uniforme posibilita la diferenciación, permite ver cuánto algo o alguien se aparta del modelo establecido. Por ejemplo, la cofia, como distintivo complementario del uniforme de enfermera, está asociada con mujer, monja, entrega de servicios de cuidado, espacio privado o doméstico, sacrificio, obediencia... y, finalmente, con subalternidad. La sexualidad se expresa también en el vestir, en el maquillaje y adornos. El vestir y el vestido contribuyen a la formación de la identidad corporal como exterioridad física que permite al sujeto estar en el mundo. En este sentido, el cuerpo vestido se constituye en un lenguaje que habla del sentido estético, de la clase, del género, de los deseos, de los límites corporales, del contacto con el mundo, etc. Al parecer, algunas escuelas de enfermería, pioneras de la formación universitaria de las mujeres para el cuidado (primera mitad del siglo XX), con una buena dosis ideológica de cubrir el cuerpo de las jóvenes estudiantes, establecieron uniformes en la línea semejante a la de los hábitos de monjas de alguna orden religiosa (azul y blanco: con sentido de limpieza y pureza, bajo la rodilla, que permita los movimientos y neutralice cualquier signo de sensualidad femenina). En el imaginario social está instalada, a la vez, una imagen contrapuesta a la descrita: reproducida por los medios en las historias de los hospitales y en la publicidad de productos del mercado capitalista, esta imagen abona al objetivo de subordinación y sexualización de la mujer en la sociedad patriarcal y de consumo.

*La formación de profesionales para el cuidado de la salud y de los enfermos normativiza el control de la sexualidad, teniendo como punto de partida el bienestar de los pacientes, y lo hace sobre el cuerpo de las cuidadoras, por ejemplo, sobre su desplazamiento y vestido. Siempre tenemos que ser muy recatadas; como decían en la escuela de enfermería, no debemos permitir que los pacientes se alteren, por eso siempre he tenido cuidado con la forma en la que me visto y camino. (M.R. Verónica, Cuenca)*

*Algo que se ha dicho es que no debemos usar la cofia, se le identifica como un signo de servilismo, de sometimiento, de estar debajo de alguien. (...) símbolo tradicional de la enfermería, colocada en la cabeza por influencia inglesa nightingeleana). (G.F., Hipatia, Ibarra)*



***Internado para los estudios de enfermería. Uniforme semejante al de la escuela de Florence Nightingale del siglo XIX***

Imagen 10: Internado de enfermería para estudiantes y profesoras de la Escuela Nacional de Enfermería – Univesidad Central de Ecuador, Quito. Cofia y vestidos blancos y azules, almidonados e impecables. (Años 194 a 1980).

Fuente: Rincón Histórico Iralda Benítez de Núñez. Escuela Nacional de Enfermería. Quito-Ecuador.

*Yo no creo que sea un símbolo de servilismo, para mí es más bien un distintivo que todas deberíamos usarlo, yo la llevo con orgullo, no creo que nos hace menos que otros profesionales. A mí me molesta que me digan “doctorita”, más bien yo quiero que por mi cofia, me distingan como enfermera... (G.F. Gloria, Ibarra)*

*La cofia no es el símbolo de la enfermería. A los varones se les coloca algo en el pecho. En todo caso, no vamos a llegar a acuerdos al respecto... (G.F., Ma. Inés, Ibarra)*

#### **4.7. Efectos del ejercicio del poder:**

*El miedo es uno de los mecanismos históricamente más utilizados por quienes detentan el poder para mantener el statu quo; funciona en el sentido preventivo, punitivo y castrador de las desviaciones a las normas de comportamiento que cada cultura impone. Ejemplos de estos sistemas institucionalizados de control social son: la moral, la religión, el derecho, las costumbres, la educación, las representaciones colectivas, los valores, los ideales, los modelos de cultura, la opinión pública, las formas de sugestión y de convicción, entre otros tantos elementos culturales. (Zermeño, 2006)*

Estos conceptos vienen bien para comprender las vivencias emocionales a las que están sujetas las enfermeras que experimentan subalternidad en la práctica del cuidado en hospitales, derivadas del ejercicio del poder institucional, de las relaciones médico-enfermera y, por supuesto, de las relaciones enfermera-paciente, solo que las razones de tales emociones son diferentes en cada caso. Conocemos, por ejemplo, que el miedo es consustancial a la vida y tiene un efecto protector de su integridad: el miedo nos alerta y prepara ante situaciones inesperadas; permite calcular estrategias de protección y desarrollar habilidades para enfrentarlas. Como toda emoción, el miedo está asociado a otros estados, por ejemplo, a la ansiedad e incertidumbre, que pueden constituirse en procesos protectores, excepto cuando se tornan

permanentes, aumentan de intensidad y, sobre todo, cuando el miedo está destinado al control social a través de la obediencia, el silencio obligado y la pérdida de la autonomía como sucede en el trabajo intrahospitalario. Inductores del miedo son las normas, la amenaza, el desprestigio, los malos tratos, etc. Algunos relatos dan cuenta de estas vivencias:

*Su presencia<sup>91</sup> generaba temor, rechazo y descontento. Los gritos e impertinencias alteraban día a día el ambiente de trabajo y respeto de la unidad de cuidados intensivos, área de por sí compleja y estresante por la condición de gravedad de los pacientes. (M.R. Daniela, Cuenca)*

*Las enfermeras tienen temor a las represalias, entonces no se defienden, no responden ante las injusticias, adoptan una posición de silencio como que fuera normal el mal trato. (G.F., Iris, Azogues)*

*La enfermera debe hacer lo que dicen que hay que hacer, lamentablemente terminamos haciéndolo nos guste o no nos guste. (...) Somos cumplidoras de lo que nos disponen. (G.F., Maribel, Cuenca)*

El compromiso con un ejercicio profesional que responda a la filosofía humanista del cuidado encuentra límites en la carencia de condiciones laborales de índole material y especialmente afectivo: sistema expedito de comunicación, respeto mutuo en las relaciones interpersonales, seguridad laboral no solo relativa a la prevención de riesgos y enfermedades profesionales, sino a la estabilidad en el empleo.

*Yo entré a trabajar en este hospital por contrato, de hecho, estoy con contrato hasta hoy. Y seguirá la modalidad, no sé hasta cuándo. La modalidad no es buena, porque se nos pone a la expectativa, se acaba el contrato y no sabemos si volverán a contratarnos, eso no es bueno, se trabaja con incertidumbre. (M.R. Andrea, Ibarra)*

---

<sup>91</sup> Se refiere a la actuación intimidatoria de uno de los médicos de la unidad de cuidados intensivos.

En el siguiente relato podemos advertir la cadena de inductores y efectos del ejercicio del poder: miedo, incertidumbre, vergüenza, amenaza, trato sexista, actitud exclusivista, pero, además, en ese contexto: satisfacción por el éxito de la tarea cumplida. Parecería que se cumplió, también con éxito, la finalidad de normalizar la hegemonía médica y cimentar la subalternidad. Cuentan el prestigio médico y la garantía de servicio en una sola vía: enfermera – cirujano. Claro está, podemos suponer que estaban implícitas las necesidades de trabajar en equipo, la garantía de la seguridad del paciente y la posibilidad de enseñar-aprender que entraña cada acción sanitaria...

*Cuando fui al hospital... (hospital privado de gran prestigio en el país), me pusieron a esa cirugía (con la que se me ponía a prueba para ingresar a un postgrado), el jefe del quirófano me dijo: ¿“tú eres nueva”? Le digo: “sí, doctor”. Cuando ya entrábamos a la cirugía, el doctor ya se lavó, yo tenía que vestirme, me dijo: “¿tú eres nueva?”, le dije, “sí, doctor”. Dijo: “nada personal contigo, linda, pero, al primer error yo te boto del quirófano”. Entonces, en ese momento yo decía: “quisiera que hubiera un temblor, un terremoto y aquí nos muriéramos todos”... porque..., que a usted le diga un médico eso, para mí fue terrible. Entonces, yo le dije: “doctor, yo no pedí entrar a la cirugía, me pusieron”... Dijo: “...bueno, yo nada personal tengo contigo, ni te conozco, pero, un error y te vas afuera, porque conmigo entran solamente las enfermeras que están capacitadas... Se terminó la cirugía, el doctor se acercó, aquí en la espalda me dijo: “Tranquila, te fue muy bien, te felicito y entras conmigo”. (M.R. Violeta, Loja)*

#### **4.8. Cuando las enfermeras ejercen el poder**

El hospital sigue siendo un dispositivo de control desde donde se ejerce el poder en red. La implantación de nuevos modelos de administración no olvida los sistemas de vigilancia y control de mayor tecnificación y efectividad que han de aplicarse. El enfermo es el blanco fundamental de todas las decisiones y acciones de la institución hospitalaria, es el centro del biopoder.

En ese proceso en el que se aplica la *disciplina*, nueva forma de gobernar al hombre, como señala Foucault (1978), técnica desarrollada

en el siglo XVIII para la individualización de los sujetos en los espacios, para controlarlos y efectivizar al máximo su trabajo, operan también las enfermeras ejerciendo poder sobre los médicos, los pacientes a lo largo del cuidado, los auxiliares de enfermería, otros asistentes, estudiantes... En algunos casos el ejercicio del poder se efectúa también horizontalmente de unas enfermeras a otras, en el mismo nivel o desde los puestos jerárquicos.

*...he obrado con energía cuando se ha tratado de denunciar acciones incorrectas de... pérdida de medicinas, de equipos y materiales que afectaban a los pacientes y a la institución. He utilizado la exigencia, la amenaza y la denuncia directa ante las autoridades en casos de actitudes antiéticas o de corrupción, siempre con evidencias. He sido enérgica y terminante respaldando a pacientes, auxiliares o enfermeras quienes han estado siendo afectados. (M.R. Alba, Machala)*

Representaciones del trabajo de enfermería que eliminan del discurso la presencia de relaciones de poder/subalternidad son destacadas de manera expresa por el grupo focal de profesionales jubiladas (intervinientes en el estudio) cuya inserción en el mercado de la salud se produjo en los años sesenta del siglo pasado. Son algunas de sus afirmaciones:

*De acuerdo con mi experiencia profesional (...) las enfermeras hemos tenido poder (...) sustentado en el conocimiento y la actuación seria. Yo discutía frente a frente con los médicos, con argumentos y convicción de cada cosa, a fin de lograr que se respetara el campo de acción de enfermería. Yo sentía que tenía suficiente poder a través de mi intervención segura, oportuna y pertinente. No permití que la visión médica pudiera imponerse sobre las razones de enfermería. G.F., Mónica, Quito)*

*Con nuestro conocimiento, con nuestro empeño y disciplina, sabíamos lo que teníamos que hacer. Yo no recuerdo haberme desempeñado en medio de relaciones de subalternidad como enfermera, todo lo contrario. (G.F., Yolanda, Quito)*



*Trabajamos con vocación, con disciplina y respeto, impusimos nuestra formación en el departamento médico del municipio. Llevamos nuestro uniforme con dignidad e impecabilidad, y lo mismo hicimos con los conocimientos de los que me enorgullezco. (G.F., Elisa, Quito)*

Diferente es la experiencia de las directoras de enfermería, coordinadoras, líderes o jefas de los servicios de enfermería de las últimas décadas. Al asumir la orientación y control de las actividades del personal a su cargo desde diversas instancias de gobierno del hospital, su trabajo responde a los intereses de las autoridades superiores, lo que quiere decir que su ejercicio de poder también es subalterno.

Los discursos de las participantes de la mayoría de los grupos focales del estudio hablan de un ejercicio del poder para organizar y construir. Se refieren a la posibilidad de ejercer poder desde los cargos de dirección de enfermería, jefatura de sala, coordinación o de Líderes de Enfermería; denominaciones que han sido cambiantes a lo largo de las administraciones ministeriales.

*... ¿Cuándo podemos utilizar el poder en términos de autoridad?, cuando no se cumple el deber... (G.F., Bertha, Machala)*

*En nuestro servicio utilizamos la autoridad a través de crítica constructiva para mejorar el trabajo de todos. (G.F. Myriam, Machala)*

*Tenemos un poquito más de poder que el resto y lo aplicamos a través de planificar las acciones, priorizar, distribuir y evaluar lo que se hace. Se trata de un poder para organizar y hacer mejor las cosas. (G.F. Patricia, Machala)*

Es evidente que, a pesar de que las instituciones hospitalarias forman parte de una estructura ministerial normativa, los perfiles establecidos oficialmente no llegan a ser homogéneos; por ventaja, para pacientes y trabajadores hay directivos que ensayan procesos de gerencia y administración alternativos.

*... yo no he sentido que las sanciones o el castigo sean una práctica ordinaria en este hospital. Hay situaciones de mala comunicación que desencadenan conflictos que se resuelven aclarándolos. (G.F., Ruth, Machala)*

#### **4.8.1. La satisfacción del ejercicio del poder desde las fortalezas de la enfermería**

Las enfermeras tienen posibilidades de ejercer vigilancia y control sobre los espacios, movimientos, dotación y uso de equipos y materiales. Y su autoridad es inobjetable en la observancia de ciertas normas, rutinas y procedimientos especiales, sobre todo en los de asepsia y esterilización. Es frecuente que pongan límites, ordenen, exijan, prohíban, enseñen y evalúen a médicos, colegas y otros miembros del equipo sanitario en este campo. Su ejercicio del poder se deriva de su dominio, experticia y responsabilidad en la aplicación de las medidas de asepsia en la atención a los pacientes y en la protección de la salud del personal.

En general, las relaciones de las enfermeras con los pacientes, con sus familiares, con los auxiliares de enfermería y otros asistentes están cruzadas por el poder. Ordenar, aplicar normas, poner límites, permitir o impedir ciertas acciones, informar, etc., son expresiones cotidianas de ejercicio del poder.

*A todas las personas les gusta el poder, no solo a quienes están en puestos de autoridad o jerárquicos. He visto a muchas enfermeras que, acabada la hora de visita, tienen una ansiedad por “mandar sacando” a los familiares, o por la compulsión de la limpieza dando órdenes: “lávese las manos...” También funciona con los médicos: “lávese las manos antes de hacer la curación”, o después de atender a los pacientes... Esa es también una forma de ejercer control. (G.F. Mirtha, Cuenca)*

*Es una forma de poner límites a los médicos, por ejemplo, cuando contaminan equipos estériles. A las enfermeras les encanta decirles que se cambien de guantes; que contaminaron el equipo y que hay que cambiarlo; que se laven las manos... (G.F. Elena, Loja)*

*Yo les digo a algunos médicos que el trabajo está atrasado por su falta de apoyo. Intento que noten que por su falta de participación y de cumplimiento las cosas no salen bien; trato de motivarles dándoles valor e importancia, insisto en su aporte para ganar fuerza, indicándoles que yo sola no puedo conseguir mejoras para el servicio. Me ha dado algún resultado. (G.F., Wilma, Ibarra)*

#### **4.8.2. Las pequeñas cuotas de poder femenino: algunas contradicciones**

No siempre son acogidas por las mujeres las oportunidades para liderar. Hay muchas razones para ello: la inversión de esfuerzo y tiempo es mayor que el que generalmente se demanda de los varones, pues las responsabilidades familiares siguen siendo una obligación femenina; no siempre encuentran apoyo y solidaridad para el ejercicio del liderazgo de sus compañeras y es frecuente el cuestionamiento, la poca credibilidad y la descalificación de su rol por hombres y mujeres.

*... cuando nuestra compañera está al frente, en un puesto alto de dirección, el resto nos hacemos a un lado. La enfermera que llegó a ser autoridad, fuera de lo común, ya resulta ser enemiga del resto... ya no hay el apoyo, Y si vemos dos grupos, si el uno lidera una mujer y el otro un hombre, veo con mucha duda que las compañeras sigan a la primera. (G.F. Susana, Ibarra)*

*... lo que se hace es reproducir el perfil tradicional porque no hemos elaborado un nuevo perfil: el de una persona emprendedora, con capacidad para ejercer su trabajo en muchos campos. Claro, se insiste en el servicio al paciente y en la sumisión. (G.F., Marcela, Ibarra)*

La inseguridad para tomar decisiones, originada en una investidura formal del poder legal, pero no legitimada, reafirma el miedo en quien lo asume y multiplica la desconfianza en el grupo liderado. Esto sucede con frecuencia en los espacios hospitalarios.

*Los médicos, entre ellos son leales, son solidarios, no están con rangos. Nosotras, en cambio,*

*dependemos de una coordinación; nos están viendo lo mínimo y todo comunicando al que sigue...* (G.F., Fabiola, Cuenca)

*... y esos celos por el poder se da más en mujeres. Vean a los médicos, ellos pueden tener discrepancias, pero el momento que tienen problemas no piensan dos veces en resolverlas. No sucede lo mismo con las enfermeras.* (G.F. Rosa, Ibarra)

Algunas mujeres asumen el ejercicio del poder y lo hacen independientemente de los condicionamientos a los que han de someterse, otras se resisten a ejercerlo, precisamente por su desacuerdo con las trabas con las que es ofrecido. Con frecuencia la asignación es simplemente de nombre.

*Las decisiones vienen tomadas. Aquí no tengo autonomía como coordinadora.* (M.R. Amparo, Palora)

Como explica Amelia Valcárcel (1997) el poder que asumen las mujeres no tiene una completa investidura, es vacilante, es decir, necesitado de ratificación, pues las decisiones no son tomadas sino llevadas a conocimiento de alguien (varón) en una escala superior, en el mismo nivel y peor en uno inferior. El ejercicio del poder por las mujeres, “con los tres votos clásicos de pobreza, castidad y obediencia”, es otra condición que afirma la carencia de completa investidura, por lo que cualquier signo de su incumplimiento produce escándalo y estigma, de los que están distantes los varones por la misma causa. Y, finalmente, las virtudes femeninas de fidelidad y abnegación, descritas por la filósofa española, constituyen otra condición para detentar el poder, de las que no deben apartarse las mujeres en puestos comunes y menos en los de ejercicio del poder.

*No escatimamos nuestro tiempo personal para ponernos al servicio de la institución, claro, perjudicando o postergando el descanso, el bienestar de la familia. En el proceso de dirección impulsado pudimos apoyarnos en personas y grupos interesados en el cambio, y pudimos afrontar con fuerza los obstáculos que nos ponían quienes se oponían... Dejamos la institución en orden, dando cuenta en forma material y simbólica de nuestro trabajo. Me*

*halaga ser consciente de que estuve al frente de un proceso difícil; que cumplí con mi deber con éxito y que aporté significativamente para el desarrollo de la institución, pero me culpo también por no haber dado todo el tiempo necesario y la dedicación completa a mi familia. Quizás no pude darle a mi hija una familia...*  
(M.R. Paula, Quito)

#### **4.9. Formas de resistencia frente al poder**

*“Afectar es ejercer el poder, afectarse es la capacidad de resistencia, la cual aparece en todos los actos de ejercicio del poder.”* (Giraldo, 2006:118). Una relación de poder genera una posición de resistencia, lo que significa que la dominación puede ser modificada en ciertas condiciones: de tiempo, de lugar y de estrategias pertinentes de actuación.

*“... no es solo en términos de negación como se debe conceptuar la resistencia, sino como proceso de creación y de transformación.”* (Giraldo, 2006: 117).

*La primera tragedia que debe ser urgentemente reparada es la desvalorización de sí mismo que siente el hombre, y que conforma el paso previo al sometimiento y a la masificación. Hoy el hombre no se siente un pecador, se cree un engranaje, lo que es trágicamente peor. Y esta profanación puede ser únicamente sanada con la mirada que cada uno dirige a los demás, no para evaluar los méritos de su realización personal ni analizar cualquiera de sus actos. Es un abrazo el que nos puede dar el gozo de pertenecer a una obra grande que a todos nos incluya.*  
(Sabato, 2000: 72-73)

Es en ese marco que la resistencia se enfila para revalorizar la razón profesional del cuidado y excluir del trabajo y de las relaciones interpersonales la sinrazón del sometimiento. De ahí que los relatos y testimonios expuestos a continuación dejan oír voces de mujeres que, siendo de un grupo, son de todas las mujeres que viven estados de subalternidad sin voces que puedan ser oídas.

Se destacan varias formas de resistencia: el uso de la información, la explicación, la reclamación, la queja o protesta verbal o escrita, la documentación de situaciones de conflicto, el conocimiento y

la pericia en el desempeño de sus roles. Sin embargo, otras formas de relacionamiento podrían obrar como resistencia o contra-resistencia en el mismo campo de confrontación: el silencio, el respeto irrestricto a la autoridad, la seducción...

*A mis compañeras siempre les he insistido y les digo: "...hay cursos, hay preparaciones... No debemos quedarnos solamente como enfermeras generales"....; hay muchas facilidades, muchas puertas que se nos abren con maestrías, con postgrados o con diplomados. (...) Y la gente valora... Es diferente el trabajo de una enfermera que tiene una preparación con un postgrado a una enfermera general. Entonces no hay posibilidades de trabajo o, si no, le cogen a prueba... yo he tenido buenas oportunidades, de las clínicas..., yo voy a las clínicas... He tenido la propuesta del hospital Isidro Ayora para que vaya a trabajar... Y tengo, así, propuestas de trabajo... inclusive tengo una propuesta de trabajo para trabajar como instrumentista en una casa comercial en Miami, y estoy pensándola esa porque la remuneración es buena. Lo que me detiene, más bien, es mi hijito y nada más. Lo que me preocupa, me dicen que después de un año me podría llevar a él.* (M.R. Violeta, Loja)

"Tomar la palabra" es un imperativo de la existencia y una muestra de la conciencia del problema, al menos desde una de las orillas. Lo importante es llegar en algún momento al otro lado.

*Ante actitudes de violencia médica debí denunciar y acudir con el problema hasta instancias superiores de la institución. Tuve la oportunidad de resolver la situación de maltrato vivido con el diálogo y la preparación permanente.* (G.F., Lorena, Cuenca)

*Afrontar con argumentos, firmeza y valentía las decisiones o posiciones honestas frente a posibles riesgos de irregularidades burocráticas.* (G.F., Ma. Elena, Cuenca)

*... las personas tienen derecho a apoyar o a levantar su voz de desacuerdo. Yo creo que el*

*problema no está tanto en el dominador, sino en quien acepta y se deja someter. Creo que las personas tienen derecho a tener un posicionamiento. La posición del verdugo está dada, pero la del sujeto subalterno es fundamental que se construya en dirección a no aceptar la dominación. (M.R. Martha, Quito)*

*Utilizamos el diálogo, formas educadas de comunicación, tanto con médicos, auxiliares de enfermería y otras personas. A mí me ha dado buen resultado. No puedo pelear de mala manera, siempre estoy defendiendo a la enfermería. (G.F. Iris, Azogues)*

Otra forma de resistencia contra el ejercicio del poder es el rechazo de las imposiciones, lo que significa dejar de obedecer. En el caso del trabajo de las enfermeras, es una posición de cuestionamiento al ethos de la enfermería: la obediencia, entre otras condiciones impuestas. Cómo, por qué y cuándo hacerlo son cuestiones que deben responder a la iniciativa y creatividad de las enfermeras.

*En nuestra formación se nos imbuyó un enorme respeto profesional. Nos decían: usted no es enfermera para el médico, es enfermera para el paciente. No atienda peticiones que el médico debe resolver, utilice un lenguaje que evite crear relaciones de dependencia. (M.R. Marta, Quito)*

*Yo discuto, explico y reclamo, no acepto que me impongan lo que yo debo decidir y hacer, aunque igual los médicos no cambien. Me preparo permanentemente en la clínica y en la farmacología, me conocen que no estoy para obedecer fácilmente cualquier cosa. Y me respetan por eso. (G.F. Catalina, Azogues)*

*Explico y demuestro las razones por las que hice algo o tomé decisiones que a alguien les parecen inadecuadas. Como líder de mi servicio, con décadas de experiencia, yo conozco a cabalidad sobre cada cosa. Entonces, yo no dispongo algo si no es con razones y con seguridad... G.F. Rosario, Azogues)*

*Hay herramientas para reaccionar (...) Reclamé a la dirección de la institución documentadamente, con todos los respaldos... (G.F., Ana, Cuenca)*

*Creo que el conocimiento es el mayor recurso para enfrentar y solucionar los problemas. Fue tan difícil afrontar la experiencia... (se refiere al desempeño en la dirección de un establecimiento sanitario del MSP), yo lloraba sangre... Pero me decía: si puedo asumir, soy capaz, estoy preparada, no importa que me cuestionen por ser mujer, no soy médico, si puedo... En todo caso, afronté el reto. (G.F., Marcela, Ibarra)*

*Tener conocimiento de las leyes y reglamentos para hacer prevalecer la razón. (G.F. Ma. Cecilia, Azogues)*

*Buscar apoyo y respaldo de las autoridades. (G.F., Rocío, Cuenca)*

La costumbre de obedecer incrementa la heteronomía y genera el “miedo a la autonomía”. La posibilidad de decidir está ligada a la vida en todos los ámbitos del quehacer; sin esa posibilidad solo seríamos seres vulnerables y dependientes. Decidir significa ingresar al campo de los acontecimientos con dos componentes: el riesgo de equivocarnos o acertar y la responsabilidad de asumir las consecuencias. Entonces, la mejor herramienta para aprender a acertar es el conocimiento y la experiencia que se recrean cada día.

*Yo sé, por ejemplo, que en emergencia debo canalizar una vena, para lo cual no requiero del criterio médico, y lo hago, entonces tengo dificultades porque el médico dice que él no lo ha prescrito, aunque de todos modos esté correcta mi decisión. (G.F., Esther, Loja)*

*Ejercer liderazgo en el servicio. Demostrar trabajo óptimo. Hacer siempre las cosas bien. (G.F., Nubia, Cuenca)*



*Cumplir con las funciones que nos competen, ver hasta dónde se extiende nuestro rol para cumplirlo y defenderlo. (G.F., Daisy, Azogues)*

*Hacer las cosas bien, conocer las leyes y reglamentos, yo demuestro que mi trabajo es responsable y bien hecho. (G.F., Raquel, Loja)*

*Para evitar el sometimiento lo primero era establecer los límites de cada uno, respetar el entorno y a cada persona; y, en segundo lugar, tener seguridad del conocimiento, la inseguridad en el manejo del conocimiento ayuda al sometimiento, Yo he visto que las enfermeras que logran y mantienen un elevado respeto profesional son quienes mantienen un buen dominio del conocimiento, a pesar, inclusive, de la discriminación que se da por la apariencia física, por los rasgos indígenas o por otra causa. (M.R. Susana, Quito)*

Es necesario recordar que la construcción del sujeto político *mujeres* se produce en contextos androcéntricos en los que las inequidades nos avasallan, a pesar de los avances logrados en los últimos años para disminuirlas. Comenzar por reivindicar nuestras diferencias nos permite revalorizar la subjetividad femenina menguada por la división de los sexos. De modo que las necesidades, las expectativas, los proyectos y los derechos, siendo históricos, se signifiquen como políticos en el mundo privado y público. Interesa “lanzarse al ruedo” y actuar para construir una subjetividad política que renuncie a la obediencia y recupere para sí el sentido unitario del conocer, del sentir, del actuar y decidir con autonomía. En ese tránsito se encuentran las expectativas políticas de muchas participantes en el estudio, a veces sin saberlo.

*Cuando viví la situación de ejercicio del poder médico local y nacional al ser electa subdecana de la Facultad de CC.MM. de la Universidad de Cuenca, utilizamos la denuncia pública con el grupo político que auspició y sostuvo mi candidatura y ejercicio de las funciones por dos años (1977-1979), la movilización estudiantil y docente, la confrontación de tesis ideológicas... También ciertos recursos*

*personales y otros académicos, como el desempeño responsable, la presencia segura, la construcción de un trabajo alternativo y de cambio al interior de la facultad. Fue una situación de discriminación de género, de clase y profesión. (M.R. Gladys, Cuenca)*

*Pienso que juega un papel fundamental también el conocimiento político que permite conocer la realidad. Yo tuve ese conocimiento en Cuenca (...) Comencé con extensión universitaria, lo que ahí aprendí reproduje en salud comunitaria, para mí era un verdadero deleite... A donde he ido, he logrado el apoyo de las autoridades, de los médicos rurales..., porque el conocimiento político que tenía me permitía ver las dificultades, quiénes eran nuestros amigos y enemigos de los procesos sociales, cómo enfrentar las dificultades... (M.R. Martha, Quito)*

*Se obliga a las enfermeras a funcionalizarse al sistema, antes de ser mal vistas (...) Hoy, la política se impone en todas las instituciones, y las enfermeras temen por represalias. (G.F., Esther, Loja)*

*... fui nombrada Supervisora, cargo delicado y difícil por la complejidad de la estructura institucional y de la gestión interna y externa, por la heterogeneidad del personal y de la problemática. (...) Fue un periodo de mucho trabajo, de aporte esforzado de numerosas personas y de varias dificultades y obstáculos que debían ser superados para poder realizar los cambios necesarios. Trabajamos intensamente en la organización de los servicios, en la actualización del personal, en la reglamentación y protocolos de atención, etc. Invertimos esfuerzo y dedicación permanente hasta cumplir las metas previstas. Dejamos una amplia producción escrita, resultado de la discusión, la participación y el acuerdo de las personas involucradas en el proceso de cambio... (M.R. Paula, Quito)*

El sentido de la seducción como *fascinación, sugestión, embelesamiento o encanto*, (ARQUETIPO GRUPO EDITORIAL,

2008) relacionado con la atracción física o sexual, se extiende también a la posibilidad de poder cautivar, persuadir o sugestionar a través de la demostración o uso de cualidades intelectuales, de la solicitud en el trabajo, efectividad y presteza, etc., dirigida a impresionar o sorprender positivamente a otros.

*Hay muchos medios materiales y simbólicos que se utilizan. Hay algunas conductas, por ejemplo la seducción. En estos últimos tiempos, he visto que se repite con fuerza, hacer todo lo que les dicen los médicos para mantener un status, aunque esté contra todo principio y valor. (G.F., Ibarra, Gloria)*

Vivimos en décadas pasadas la experiencia de cómo el cuidado de enfermería fundía la obediencia, la abnegación, la postergación del descanso, la donación del tiempo propio para conservar la imagen ideal de la enfermera como “ser para otros”, de manera semejante a la construcción de la imagen de la mujer-madre en el espacio doméstico. Este proceso se reproduce también en estos tiempos. “...Lograr la centralidad de cada mujer en su propia vida y la prioridad de sus necesidades en sus afames, son pautas éticas de mismidad del feminismo (...) O se avanza en la mismidad, o cada inacción abre espacios del yo a ser habitados por otros. (...) Se trata de aprender a devenir en un presente ampliado y habitado por cada una y vislumbrar siempre un horizonte posible” (Lagarde, 2010: 113-114). La construcción del sujeto político enfermera demanda reflexión en torno a las categorías “ser para sí” y “ser para otros” propuestas por el feminismo en torno a la autonomía de las mujeres.

*En nuestra época<sup>92</sup> nosotras dimos todo, todo, a nosotras no nos importaba tiempo, dejábamos nuestra casa y nuestros hijos por el cumplimiento comprometido de nuestras funciones. Nos quedábamos en el trabajo hasta que todo esté en orden. (G.F. Zulema, Quito)*

---

<sup>92</sup> Se refiere a la década de los años sesenta y subsiguientes del siglo pasado.



***El cuidado invisibilizado en los espacios público y privado***

Imagen 11. Estudiante de tercer año de la Escuela Nacional de Enfermería, atendiendo con solicitud a un niño de pediatría, bajo condiciones de déficits de materiales y equipos de todo tipo.

Fuente: Rincón Histórico Iralda Benítez de Núñez. Escuela Nacional de Enfermería. Quito-Ecuador.

Lo aparente era una entrega para el bienestar del paciente. Lo invisible era la entrega generosa del trabajo al Estado patriarcal.

*Cuando estudiantes en los años sesenta y setenta, nuestras prácticas de enfermería en hospitales y otros centros para atención de la salud del Estado reemplazaban al trabajo de enfermería de profesionales que nunca proveyó el Estado. Por ejemplo, pacientes de los seis pabellones del Hospital Eugenio Espejo de Quito (alrededor de 360 adultos y niños), contaban con atención de 12 horas en jornadas matutina y vespertina de las estudiantes de enfermería, con supervisión docente y de las Hermanas de la Caridad como jefas de sala. Siendo mujeres, jóvenes, solteras y aprendices no teníamos ninguna remuneración o estipendio del Estado. (M.R. Gladys, Cuenca)*

#### **4.10. Perspectivas académicas y laborales de resistencia**

Desde una posición crítica y autocrítica las enfermeras protagonistas del estudio señalan como terreno fácil para el ejercicio del poder médico e institucional los déficits de preparación académica, baja producción teórica, pérdida del sentido profesional del cuidado, entre otros problemas. De modo que en las expectativas de cambio se mencionan importantes retos: reformulación del perfil profesional desde la universidad, revisión de las funciones y delimitación del campo de actuación de los profesionales de la salud, preparación permanente de las docentes y enfermeras en ejercicio para elevar el nivel de formación de los estudiantes y la calidad de atención a la población.

*Quizás los laboratorios de formación de las estudiantes no están actualizados con la tecnología de punta. (...) Probablemente las profesionales están saliendo con déficit de formación tanto tecnológica como humana. (G.F., Cuenca, Ana Lucía)*

*... creo que las profesoras debemos interesarnos cada vez más por nuestra preparación, para estar al día y para imbuir en los estudiantes el mismo interés y nivel. (G.F., Sandra, Loja)*

*Yo creo que el conocimiento de las enfermeras es un escudo contra el ejercicio de poder. Yo digo que aquí ha surgido la enfermería. (G.F., Ruth, Machala)*

*La enfermera debe demostrar que conoce, que está preparada. Su éxito como profesional con capacidad resolutive y autonomía en lo que le compete, depende de su formación, de la educación continua. (G.F. Carolina, Machala)*

*Nos parece que la reflexión teórica nos orienta a direccionar el cambio de la enfermería. Necesitamos nuevas miradas y ellas tienen que ser construidas... (G.F., Adriana, Ibarra)*

*Es necesario revisar el sustento epistemológico de la enfermería, no confundirlo con base metodológica. (G.F., Marcela, Ibarra)*

*Pienso que la enfermería ha avanzado muchísimo en algunas áreas. En lo académico, la gente ya opta por irse formando más. En lo económico, prácticamente muy poco. En lo social, sigue siendo todavía sometida la profesión; en general... no hay lideresas. (M.R. Sandra, Loja)*

Entre los múltiples quehaceres que demandan atención de las enfermeras en la actualidad se encuentra la actividad de investigar. Entre sus objetivos principales están: producir conocimiento para sustentar científicamente la práctica profesional; mejorar los cuidados de las personas y sistematizar los nuevos resultados; impulsar el desarrollo de la profesión. (Vázquez, 2011).

*Yo creo que si las enfermeras jóvenes no se dedican a la investigación y producen conocimiento propio, la enfermería no va a resolver sus problemas, sin la investigación la enfermería no tiene remedio. (...) El futuro de la enfermería es muy incierto si no se fortalece la preparación en investigación. El sentido social de la enfermería es fundamental, es necesario crear una base social. No puede esperarse nada de quienes detentan el poder; en el actual régimen ya se*

*declaró el concepto peyorativo que se tiene de enfermería, uno de los últimos ministros de salud fue claro al respecto. (M.R. Martha, Quito)*

Resulta más difícil que las mujeres tengan posibilidades de decidir con autonomía sobre su formación continua, especialmente si están casadas o con hijos pequeños, sin apoyo familiar e institucional, con trabajos inciertos y sueldos bajos; esta formación se posterga a menudo. Sin embargo, Violeta, joven enfermera, especializada en instrumentación quirúrgica, pugna permanentemente por su preparación: pertenece a una fundación norteamericana-ecuatoriana para cirugía reparadora de malformaciones; es soltera, jefa de hogar, tiene un hijo de nueve años, trabajo estable y apoyo de su madre para el cuidado del niño; ella decide permanentemente sobre su preparación. Nos cuenta su experiencia:

*... un compañero me dice: “¿Qué saca estudiando tanto...?” ... estoy por la Fundación terminando el inglés. Yo estoy ahora también... en un congreso internacional... Hace dos años, estuve en Cuba dos meses, haciendo un Congreso de clínico quirúrgico; estuve como participante en un hospital clínico quirúrgico, también muy bueno. El año pasado tenía que ir a un congreso internacional, pero, por lo de la Fundación tuve que sacrificar mis vacaciones y dejarlo porque me voy ahora a Los Ángeles. (Ella cumplirá con un ciclo de cirugías como instrumentista voluntaria y seguirá aprendiendo). (M.R. Violeta, Loja)*

Uno de los grupos focales, conformado por docentes de la carrera de enfermería, resalta la experiencia de su desarrollo en el contexto de la universidad local, sustentado en el ejercicio de la autonomía y la capacidad de decisión, a partir de la singular situación de creación y funcionamiento independiente de la carrera, sin adscripción a una facultad o escuela de medicina. Ellas afirman que tuvieron la oportunidad para autodirigirse.

*...he visto que nuestra condición de haber nacido solas, no derivadas de la carrera de medicina, nos da otras posibilidades de desarrollo. Nosotras hemos tenido la oportunidad de autodirigirnos, de participar directamente, no como enviadas o*

*encomendadas –como sucede en otras partes– en diversos espacios de debate y decisión. Entonces eso nos ha permitido mirar las cosas que en otras condiciones no hubiéramos podido mirar. (G.F. Susana, Ibarra)*

La experiencia de inserción de las escuelas de enfermería en las facultades de ciencias médicas ha significado dependencia de la gestión académica y administrativa, control sobre las decisiones y jerarquización de las carreras, de modo que los procesos de desarrollo se dificultan y se tornan lentos.

#### **4.10.1. Desideologizar el diagnóstico médico**

No es el diagnóstico médico lo único que cuenta para actuar en salud. El enfermo, la familia o la comunidad son el centro de interés. En una sala hospitalaria o cualquier espacio sanitario está la historia de los pacientes, los derechos, decisiones, vacíos, limitaciones, urgencias..., que comprometen la mirada y la intervención de varios profesionales, en sentido unitario, interdependiente y trascendente. En consecuencia, el papel que corresponde a cada profesional aporta en el proceso global del diagnóstico, la curación, la rehabilitación, la prevención y el fomento de la salud: así, las acciones de cuidado son disciplinares, multi e interdisciplinares, unas decisiones son autónomas y otras interdependientes. No obstante, las enfermeras y otros profesionales sanitarios colocan al médico en el centro de la relación interdisciplinaria, de modo que la mirada de aprobación del trabajo que se ejerce colectivamente se dirige a él.

*En general, médicos tratantes y residentes (...) reconocían el trabajo de enfermería y su trato fue siempre respetuoso. Me sentía que había ganado autoridad profesional. (M.R. Paula, Quito)*

*Del respeto y reconocimiento de nuestras decisiones que experimentamos en décadas anteriores..., hemos pasado a una situación de irrespeto de nuestra autoridad ganada. Eso se nota en la actuación de los profesionales que se están formando actualmente. Internos y residentes de hoy, por ejemplo, desconocen nuestro trabajo, que no está*



*solamente alrededor del diagnóstico médico, sino en torno a las necesidades integrales de los pacientes.*  
(G.F., Claudia, Azogues)

## **5. Una preocupación existencial: la recreación del proceso de construcción de las “identificaciones” del colectivo de enfermeras**

*Creo que aún queda por construir nuestra identidad profesional. No está tocado nuestro mundo subjetivo como mujeres y enfermeras. Nuestra vida y nuestra subjetividad tremendamente heterogéneas han sido introducidas en un solo perfil, homogeneizado, representado a través de un solo modelo que liga lo tradicional rechazado de la mujer con lo tradicional cuestionado de la enfermera.* (G.F., Marcela, Ibarra)

La profesionalización de la enfermería no ha finalizado en cuanto proceso de transformación de la prestación del cuidado de la salud para el bienestar y la conservación de la vida de las personas y las sociedades. Hemos avanzado en la construcción y posicionamiento de la mayor parte de condiciones socialmente establecidas para el reconocimiento de la enfermería como profesión. Sin embargo, al igual que la identidad de los sujetos, hay que entenderla como un proceso permanente de construcción, de cambios, retrocesos y reconstrucción abierto al mundo y en movimiento con él.

En ese proceso, las enfermeras de la actual y nueva generación tenemos el reto de seguir construyendo el “presente histórico de la profesión”, dejando de batallar contra los malestares de su origen, los prejuicios y estereotipos existentes en torno a ella y las dolencias de una subalternidad histórica. De lo que se trata es de subvertir el orden establecido en la práctica del cuidado, de modo que las resistencias acumuladas contra el ejercicio del poder, no se conviertan en el espacio de acumulación y sedimentación de quejas y culpas. El camino es activar las resistencias, cambiarlas del estado de pasividad a otro de agencia política. La historia de la enfermería en perspectiva corresponde a la historia de la construcción del “sujeto político” enfermera. Trabajar en dirección a ese estado tiene varias vías de acceso, caminos en los que hemos por mucho tiempo sin habernos dado tiempo para descubrirlos entre las sombras proyectadas por la normativización, las compulsiones de los rituales y las rutinas de la “limpieza” de una práctica profesional

cuyas fronteras se van difuminando, antes de poderlas abrir por decisión propia.

Muchos de los contenidos de los relatos y testimonios de las actoras de este trabajo expresan explícita o implícitamente inconformidad con los estereotipos sociales sobre el desempeño de la profesión, inadecuación entre lo pensado y lo aplicado del proceso de cuidar, insatisfacción en el desempeño laboral por la sobrecarga de responsabilidades y déficits del ambiente físico y emocional de las instituciones de trabajo, etc., situación que nos permite hipotetizar la existencia de una crisis de identificación profesional que lesiona de múltiples formas las subjetividades individuales. En ese proceso cuentan limitaciones internas y externas de orden histórico, social, económico, político, personal-profesional, etc.

En este marco emerge la necesidad de reflexionar en torno al complejo proceso de construcción de *identidades e identificaciones colectivas* y la posibilidad de investigaciones al respecto. Los planteamientos conceptuales expuestos por José María Valcuende acerca del proceso de “identificación colectiva” puede ser factible de adaptar a la realidad del grupo profesional enfermeras. El autor define *identificación colectiva* como “*el proceso a partir del cual distintos individuos, se reconocen como integrantes de un colectivo y se diferencian de otros colectivos*” (Valcuende, 1998: 74).

Si existen modelos de identificación del colectivo de enfermeras, deberíamos preguntarnos ¿estamos adscritas a alguno? Probablemente están vigentes algunos modelos, aunque las diferenciaciones no sean claras y no dispongamos de denominaciones comunes. Por ejemplo: el modelo de identificación de la “Enfermería Moderna” instituido por Florence Nightingale en el siglo XIX; el modelo aplicado por las Hermanas de la Caridad y otras congregaciones religiosas a su paso por países de América Latina, entre ellos Ecuador en el siglo XIX y parte del XX; el impulsado por las escuelas de enfermería y las enfermeras hasta los años setenta del siglo XX; y los siguientes modelos tecno-científicos aplicados hasta la actualidad.

Nos preguntamos ¿Cuál es el modelo dominante? Quizás el de la fundadora de la enfermería moderna del siglo XIX, al que en buena parte se adscribieron las enfermeras religiosas y, también, las escuelas de enfermería en la primera mitad del siglo XX.

¿Hay un modelo oficial del Estado que traslapa al modelo dominante? ¿O es aquel el que asume la posición dominante?

Si tomamos el modelo Nightingeleano y los factores básicos para la identificación del colectivo, explicados por Valcuende (1998: 75-76), por ejemplo, *territorio y cultura*, hablamos de Europa y

Norteamérica, en donde se originó el modelo para luego trasladarse a América Latina y Ecuador. De la misma manera en cuanto al *tiempo*: iniciado el modelo a mediados del siglo XIX, en sociedades menos complejas de la época que las actuales, podemos conjeturar que los componentes del modelo en cuestión, probablemente se han tornado anacrónicos luego de más de un siglo de vigencia y de cambio de las sociedades de Ecuador y América Latina. Aprendemos del autor que existen modelos “idealizados” que se contradicen o no empatan con “el mundo de los hechos” (Valcuende, 1998: 77-78).

Para el caso de los modelos culturales y los procesos de adscripción del colectivo de enfermeras con uno u otro modelos de identificación, es necesario tomar en cuenta una triple posición del autor: una realidad material que delimita la configuración de modelos culturales que sustentan la generación de los procesos de identificación colectiva; los modelos en tanto son reales, no hay modelos verdaderos o falsos y, *“Cuando un modelo de identificación colectiva es asumido por una colectividad determinada, el modelo pasa a ser parte consustancial de la realidad del grupo.”* El autor se refiere a la importancia que tiene *“explicar el por qué se produce determinado proceso de identificación en un momento dado y las consecuencias de la adscripción (proceso de identificación) a determinados modelos culturales por parte de los miembros”* (Valcuende, 1998: 78).

En el caso del colectivo enfermeras nos preguntamos ¿el o los modelos que han identificado por décadas al colectivo enfermeras ecuatorianas, han sido adoptados conscientemente?<sup>93</sup>

La pertenencia a un colectivo, en este caso el de enfermeras ecuatorianas, debería recrearse en un proceso de interacciones del grupo en la base de los componentes de identificación, en cuyo seno las relaciones de poder y políticas conducirían a la definición o redefinición de uno entre varios modelos de identificación, a través del cual el colectivo se reconocería de una forma más o menos unitaria. (Valcuende, 1998). *“La heterogeneidad del colectivo tiende a mostrarse homogénea en función de los modelos de identificación hegemónicos, a partir de los que se definen las funciones de cada integrante del colectivo, lo que no implica de forma necesaria la existencia de un solo modelo de identificación en el propio colectivo”* (Valcuende, 1998: 79).

Hay la posibilidad de que junto al modelo dominante estén presentes, ahora mismo, otros modelos nacientes de identificaciones del grupo enfermeras, de corte alternativo, que pugnan por espacios de interacción y confrontación necesarios, orientados a superar el modelo

---

<sup>93</sup> Adaptación de una de las preguntas del autor (Valcuende 1998).

anterior a tono con los modelos culturales, los tiempos, cambios sociales y científicos, transformación de los procesos salud-enfermedad y otros, lo mismo que con los espacios o territorios de actuación específicos en el mundo actual –nos referimos a Ecuador y América Latina–.

El liderazgo de enfermería (inclusive como forma de “resistencia activa”) es impostergable a la hora de revisar hasta qué punto el modelo dominante de la “Enfermería Moderna” de Nightingale es un modelo que puede tener vigencia en la época actual. Si otro u otros modelos están en camino de reemplazarlo, es momento de abandonar la posición del colectivo como “sujeto construido” a fin de interactuar en la construcción o reconstrucción del “modelo dominante” de identificación de la enfermería y del grupo enfermeras.

Finalizamos este capítulo diciendo que, a lo largo de este viaje, en compañía de ciento veinte y siete interlocutoras, hemos descubierto algo de nuestras subjetividades a través de esas “*voces de mujeres*”: subjetividades diversas y en movimiento; una parte de nuestra identificación profesional individual y colectiva y mucho por decir, reflexionar y hacer para cambiar. El trabajo profesional del cuidado, que converge con el del cuidado de la familia, ha sido el núcleo de los microrrelatos y testimonios que ilustran una realidad convertida en “presente histórico”.

En este recorrido hemos aprendido que estamos haciendo algo importante: el cuidado de la salud que es parte del cuidado de la existencia humana, en medio de limitaciones múltiples, sobre todo de aquellas que minan la motivación y el derecho a la alegría de trabajar para los derechos de otros que, finalmente, son los propios de las cuidadoras: derechos a una existencia digna.

Hemos construido juntas una memoria histórica de ejercicio del poder en el trabajo del cuidado. No está dicho ni escrito todo. Apenas sí hemos mencionado el sentido de la violencia que en cada día y poco a poco se impregna en los estados de subalternidad que viven las enfermeras en la práctica del cuidado. Hemos compartido relatos y testimonios, importantes todos, conocidos unos por la experiencia compartida y otros para saberlos como nuestros, pues a este colectivo de actoras de procesos diversos de vida une la resistencia a la diferenciación como instrumento que discrimina, excluye y mina *el derecho a ser diferentes*.

No es que el trabajo en salud deba ser homogéneo, pues, siendo así, la rutina y el aislamiento de unos y otros trabajadores no cumplirían objetivos convergentes hacia la salud. Nuestra resistencia es a las limitaciones que el ejercicio del poder y el estado de subalternidad

imponen sobre la capacidad de autonomía para ser y para hacer las cosas propias que nos diferencian en el trabajo de cuidado como enfermeras.

El equipaje final de nuestro viaje es hablar para conocernos y comprender la violencia de la obediencia como hábito y el valor de la resistencia, para abrir otros caminos en el proceso de construcción del sentido político del cuidado y de las cuidadoras, y para ser vistas.

*Si no nos ven, si no es advertida nuestra presencia, es que no hay luz, o no estamos, o estamos solos, o han dejado de reconocernos... Porque vivir significa estar presente, mostrarse a los demás, saberse existente y actuar. Otros han de vernos para saber que existimos. Y esa visión ha de ser diferente a la nuestra*

*Gladys Eskola*

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES**

Los seres humanos buscamos permanente-mente respuestas a múltiples interrogantes y, con frecuencia, solo encontramos, por ventaja, nuevas preguntas que nos impulsan al encuentro de verdades múltiples y cambiantes. En esa búsqueda se ha situado este trabajo orientado a develar las “razones” del ejercicio del poder y la subalternidad que envuelven la vida de mujeres dedicadas al cuidado de la salud. Comprender esa realidad nos llevó a un especial proceso de encontrar en la palabra de varios autores y en las “voces de mujeres” enfermeras los significados y sentidos de cogniciones, sentimientos, emociones, actos y resistencias relacionados con el ejercicio del poder y la subalternidad individual y colectiva.

La investigación exploró en sus discursos las vivencias de los mecanismos del ejercicio del poder que inciden en la construcción de identidades subalternas, alejadas del contenido y sentido político del cuidado. Y esa identificación del sujeto enfermera privilegió los ámbitos de su formación y ejercicio profesional del cuidado, en un contexto de relaciones interpersonales en tres dimensiones sociales: la familia, la escuela (en sentido genérico, incluida la universidad) y el hospital.

Sus “voces de mujeres” se escuchan homogéneas en cuanto pertenecen a una misma profesión, la enfermería, pero distintas en relación con las experiencias de formación, laborales, familiares, de pertenencia religiosa, de clase y otras. En sus discursos visibilizamos la presencia de componentes identitarios que significan a la mujer y al cuidado desde los conceptos universales: mujer y madre, dicotomía público/privado, subalternidad y heteronomía. Desde esa convergencia de sentidos se cuestiona el ejercicio del poder y se pugna por subvertir la experiencia de sujeto subalterno desde un orden social impuesto.

Las relaciones de poder/subalternidad que caracterizan la práctica del cuidado del grupo varían, dependiendo del carácter de las instituciones, de la formación y experiencia profesional de las enfermeras, de las contingencias cotidianas que afrontan, del tipo de resistencia adoptada y de la forma de ser de cada actora.

En esta parte del trabajo integramos algunas reflexiones finales sobre la enfermera como “sujeto construido”, sobre las relaciones del cuidado con el ámbito privado, la mujer y a la maternidad; el papel de la familia en la construcción de un cuerpo apto para el cuidado y su influencia en la opción de la enfermería como carrera para sus hijas; la

“acción pedagógica en la formación cognoscitiva, psicomotriz y actitudinal para el cuidado; el ejercicio del poder, la subalternidad y la resistencia en las interrelaciones del cuidado en la institución hospitalaria; las autorrepresentaciones como cuidadora de la salud y, finalmente, sobre la construcción del “sujeto político” enfermera.

### **“El sujeto construido”: mujeres, madres y cuidado. Del espacio privado al público**

La teoría feminista ha denunciado que los atributos asignados a la mujer –en abstracto– han sido contruidos alrededor de la domesticidad y el maternalismo, por medio de representaciones arbitrarias que adscriben a las mujeres al ámbito privado o doméstico, en contraposición con lo que representa el espacio público-político concedido al varón, negando o limitando de esta manera la posibilidad de que las mujeres se constituyan y sean reconocidas como sujetos políticos en pie de igualdad.

A pesar de las transformaciones conceptuales y la creciente ampliación de la ciudadanía de las mujeres, la relación del poder y la subalternidad continúa vigente en la práctica del cuidado con diversos grados de dominación. Así lo confirman las representaciones del poder y la subalternidad presentes en los discursos de mujeres-enfermeras que viven procesos del cuidar en los ámbitos privado-doméstico y público-institucional.

Ser mujeres y madres liga a la mayoría de protagonistas del estudio a la vivencia no solo de la doble jornada no resuelta desde la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, sino al cumplimiento de una misma actividad, la del cuidado, en dos esferas opuestas, la privada y la pública. Los turnos, horarios y el carácter agobiante de la actividad profesional privan a las enfermeras de tiempo y oportunidades para el autocuidado y de relaciones familiares beneficiosas por sujeción al trabajo institucional.

Se habla, por ejemplo, del éxito y satisfacción en el trabajo cuando está el amor como componente fundamental del cuidado, el gusto por lo que se hace y cuando se realiza bien cada acción. No obstante, se destaca la percepción de una responsabilidad difícil por lo sacrificada y limitante de la vida de las cuidadoras y de sus familias, en cuanto entrega de tiempo y esfuerzo del mismo tipo (cuidado) en dos espacios sociales opuestos (privado y público), como extensión de la actividad intensiva del hogar al hospital y viceversa.

El cuidado es percibido como intersección del ámbito privado-doméstico y del público, componente de la duplicidad de la carga

laboral asignada a las mujeres. Y un “sentimiento de culpa” habitual en ellas (develado desde las teorías feministas) se forma por limitaciones del cumplimiento de la misión maternal tradicional como mujeres en su vida privada.

Es evidente que la incorporación de las mujeres al trabajo asalariado y la asunción de responsabilidades culturales, sociales y políticas no son homogéneas, de manera que su doble presencia en el espacio público y privado no es igual por estar cruzada por diferencias de clase, edad, intereses, composición familiar y otras categorías sociales. Sin embargo, es posible afirmar que las representaciones sociales respecto de la vinculación mujer – espacio privado – cuidado, se reproducen en la esfera pública. Si bien las actividades de cuidado en esta última son remuneradas, lo son de manera inequitativa. A más de los bajos salarios, el trabajo profesional de servicios de cuidado que caracteriza a la enfermería está afectado por un reconocimiento social disminuido.

En efecto, el cuidado y otras actividades históricamente instaladas en el espacio privado o doméstico adjudicadas a la mujer, por ser cotidianas, rutinarias y no ser vistas públicamente, han obtenido menor valoración social. De ahí la estrecha relación establecida por la religión, la educación e incluso el derecho entre “espacio privado – mujeres – maternidad – cuidado”. Desde su rol de esposas y madres, subordinadas a la autoridad y poder del varón, las mujeres han sido responsabilizadas de la provisión de cuidados a los suyos, en un contexto que valora de forma desigual los papeles que cumplen o que deberían cumplir –según el discurso tradicional– los sexos en la sociedad.

La construcción de la subjetividad e identificación de las enfermeras participantes en este estudio incluye en el cuidado componentes maternalistas expresados con frecuencia en sus testimonios y relatos. En consecuencia, el cuidado, en cuanto objeto de estudio de la enfermería, al ser validado por la tradición maternalista y exteriorizado en el discurso público, tiene el riesgo de reforzar los estereotipos de la enfermería anclados a la obediencia, al sacrificio y al servicio sin límites; a la donación del tiempo propio y a la postergación de sus necesidades y derechos como mujeres y profesionales.

El caso del colectivo mujeres-enfermeras, en cuanto personas dedicadas al cuidado de los demás y en cuanto origen privado del cuidado, ofrece un ejemplo de cómo las representaciones culturales referentes a los roles y relaciones profesionales vinculados a la práctica del cuidado se sustentan y refuerzan con los modelos de mujer-madre o



ser para otros, implantados por el pensamiento binario occidental y legitimados por el pensamiento biosocial de la modernidad.

El discurso maternalista ha favorecido la construcción de una identidad profesional sustentada en la maternidad y en el rol reproductivo, extendiendo los papeles tradicionales asignados a las mujeres en el espacio doméstico a las trabajadoras que se desempeñan en la esfera pública. De esta forma, la identidad femenina –sustentada en el amor maternal, la entrega a los otros, y la sumisión a la autoridad masculina– ha limitado el papel político y social de las mujeres.

El cuidado que caracteriza al ejercicio de la enfermería reproduce de manera automática y espontánea la imagen mujer-madre, por lo cual es frecuente atribuir al cuidado de enfermería la condición de quehacer abnegado y sacrificado, fundado en el amor al otro, sustentado en el perfil maternal de las mujeres, de manera que esos y otros estereotipos se incorporan al proceso de construcción de la subjetividad de las enfermeras.

En esta dirección, el cuidado que se brinda en el ámbito público está asociado al concepto de disponibilidad permanente, parámetro, entre otros, que ha servido para normativizar la profesión de enfermería en los ámbitos de las responsabilidades, actividades, decisiones, jerarquías, y del acceso a espacios físicos y simbólicos, salarios y otros.

### **El cuerpo apto para el cuidado: la familia, la clase y la posibilidad de los estudios de enfermería**

Lo “privado” resulta ser justificación de la salida de las jóvenes a un mundo profesional ligado a una esencia femenina, que se ve realizada o se sublimiza en la “ayuda a los demás”.

La familia interviene en la construcción social del cuerpo, en su modelación y transformación, al igual que la escuela y otras instituciones sociales. El disciplinamiento es un dispositivo de poder que se asocia con la normatividad para convertir al cuerpo en una entidad dócil y útil.

Las integrantes del grupo de estudio viven en su cotidianidad familiar experiencias de acomodación del cuerpo para el cuidado. Una especie de “incardinamiento”, es decir de “dar forma” (Braidotti, 2004: 187) al cuerpo para el cuidado. La familia enseña los roles y relaciones diferenciadores de los sexos que la escuela y otras instituciones sociales los refuerzan.

“Las mujeres para la casa y los varones para la calle” es el saber que se instala en la experiencia de vida en la familia de las protagonistas, de modo que su discurso habla del aprendizaje temprano del cuidado, de las labores domésticas y del encierro. El estatus inicial

de subalternidad es conferido desde la autoridad. Lo femenino se construye en el espacio privado forjado desde el poder patriarcal de la familia, y desde lo público del Estado y del mercado, para controlar el cuerpo y vigilar la sexualidad de las mujeres.

La construcción social del cuerpo “apto” para el cuidado se proclama en la capacidad de entrega a los demás, el desvelo, el sacrificio y la docilidad como atributos femeninos. De manera que la inclinación por la enfermería como profesión es frecuentemente interpretada como adecuada a la condición de ser mujer.

Sin embargo, parece estar presente en el grupo, en cuanto acto, aunque más como expectativa o como intención, la resignificación del cuidado con su valor y complejidad para sostener la vida familiar y social. El discurso de las participantes en la investigación se refiere a la gestión del cuidado y lo doméstico con la corresponsabilidad de varones y mujeres, con sentido distinto de atribuciones de los miembros de su familia nuclear frente al vivido en su familia paterna.

El sacrificio es una actitud y una práctica que se aprende; en su proceso intervienen la obediencia asumida como obligación de aceptar normas, comportamientos y acciones. El amor, el altruismo o la ofrenda pueden estar implicados en ese proceso. La familia y, particularmente, la madre, enseña el sentido del sacrificio a través del papel de entrega a los suyos. Pero esa no es una constante, varios discursos muestran la insumisión, la fortaleza y proactividad de madres de las protagonistas que asumen “de hecho” la autoridad en el hogar para impulsar el desarrollo de sus hijos, para integrarlos a “salir de la pobreza”, para estudiar en la universidad... Experiencia que se reproduce también en varias de las actoras; en uno y otro caso, en razón de ser madres solteras, jefas de hogar por viudez, separación de sus cónyuges, abandono, etc.

La condición de clase de la familia es una variable social que influye en gran medida en la elección de la carrera. La mayor parte de discursos se refiere a la situación de escasez de medios económicos de las familias de las protagonistas y al elevado número de miembros. En este marco, la enfermería resulta ser una carrera vista, en muchas ocasiones, como adecuada para la inserción de las integrantes del grupo a la universidad y al trabajo temprano debido a la demanda de profesionales del cuidado en el país.

Con frecuencia la familia promueve o decide sobre la carrera de enfermería que han de cursar las hijas en la universidad, pero también se opone. En algunos casos la decisión es autónoma, justificada por el interés genuino por la profesión; en otros, porque sintieron el “llamado vocacional” o porque Dios les puso en el camino de “ayudar al prójimo” (semejante a un “sacerdocio femenino”). Es evidente que existe

incorporada una fuerte influencia cristiana en el ser y el hacer de la enfermería. Estudiar enfermería por “vocación” es una razón frecuente, especialmente en los grupos de enfermeras con varias décadas de experiencia o jubiladas. En muchos casos son otras las carreras de elección frustrada, por diversas razones: mayor tiempo de duración de los estudios, mayor inversión económica, inexistencia de la carrera en la localidad, entre otros factores.

### **La “acción pedagógica” en la formación cognoscitiva, psicomotriz y actitudinal para el cuidado**

Es a través de la “acción pedagógica”, ejercida en condiciones de legitimidad, que la institución escolar impone el sistema de arbitrariedades culturales de la formación social en la que se inserta. Ello significa reproducir las relaciones de fuerza por las que tal sistema se coloca en posición dominante. En este marco se desarrolla la obediencia asociada a la aplicación de reglas que permiten, prohíben y castigan.

El currículo de enfermería se organiza con *acciones y autoridad pedagógicas* para formar el cuerpo y la mente, para desarrollar hábitos, actitudes y saberes para el cuidado profesional de la salud-enfermedad, de manera que los mitos, normativa y rituales en la interacción con el cuerpo enfermo se institucionalizan, legitiman y normalizan. La formación es de un *cuerpo apto* para el cuidado, con habilidades psicomotoras y actitudinales específicas: *docilidad*, capacidad de vigilia, entrega y servicio a otros, aceptación del *encierro*...

Ese es el caso de la formación de enfermería reflejada en los discursos del grupo, tanto de quienes fueron formadas con el régimen de internado en las escuelas de la primera mitad del siglo pasado y de parte de la segunda, como de quienes no lo fueron. El objetivo de individualizar, localizar y vigilar los cuerpos se logra con éxito en los espacios de encierro o clausura de la institución educativa para los estudios de enfermería, lo mismo que en los del hospital.

Parecería que la enfermería estuviera pensada para la educación de las mujeres influida por los estereotipos de debilidad, imposibilidad para tomar decisiones y necesidad de tutela, una suerte de cuerpos “infantilizados” que deben ser guiados y vigilados. Así expresan los discursos de quienes se han revelado contra el control y la vigilancia, aunque en su momento de formación optaron por la resistencia del silencio.

En esa misma dirección opera el paradigma conductista aplicado en la educación de enfermería en el Ecuador y en América Latina, al menos durante tres décadas (1960 a 1990) que, de acuerdo con Casassus

(2004), niega los procesos mentales en el aprendizaje, fragmenta el conocimiento hasta llegar a lo indivisible para aprender, y tiene como meta “la observación objetiva de la conducta” determinada por la aplicación reiterada de un estímulo “x” para llegar a una respuesta “y” predeterminada.

Entonces se puede comprender que la educación de enfermería basada en el paradigma conductista encauzó aprendizajes mecánicos y homogéneos; limitó la reflexión, entre otros procesos mentales, o al menos los separó y jerarquizó, automatizó la actividad psicomotora, esquematizó y pretendió la observación y medición de la esfera actitudinal, eminentemente subjetiva, de construcción cultural y cambiante.

### **El cuidado en el hospital: entre el poder y la resistencia**

Los relatos y testimonios que hablan de la condición de subalternidad en el espacio hospitalario dejan sentir su carga afectiva negativa, pues es el sometimiento de la libertad la que está en juego, como señala Foucault:

*No puede entonces separarse el relacionamiento entre el poder y el rechazo de la libertad a someterse. El problema crucial del poder no es aquel de la servidumbre voluntaria. (¿Cómo podríamos desear ser esclavos?). En el corazón mismo de las relaciones de poder y constantemente provocándolas, están la resistencia de la voluntad y la intransigencia de la libertad. (Foucault 1983: 16).*

Del análisis de varias razones que sustentan el poder, según Foucault (1983: 18), aplicadas en nuestro trabajo, concluimos que:

Las **diferenciaciones** –en cuanto identificación de las cualidades o accidentes que hacen a algo o a alguien distinto del resto, como el género, la cultura, la edad, la religión, la diversidad sexual, el color de la piel, el tipo de trabajo, el grado y clase de conocimiento, etc.–no tienen connotación negativa sino en el momento en que el objetivo es restar valor y asumir la diferencia como signo de inferioridad. En este sentido, el ejercicio del poder sobre la base de las diferenciaciones genera jerarquías y desigualdades y normalización de relaciones de superioridad/inferioridad. Las “*diferencias en el saber hacer*” –señaladas por Foucault– tienen especial importancia en los centros hospitalarios; están relacionadas con la función o desempeño del cargo, según una escala de valor asignada a las profesiones, tradición del título, acceso y manejo del conocimiento y la técnica, etc.

El prototipo de relaciones de poder-subalternidad basadas en la *diferenciación* se encuentra en el trabajo cotidiano de médicos y enfermeras sobre el que se implanta la gradación de las personas, los valores y los roles. Así, el cuidado de enfermería, pensado comúnmente como *complementario, de índole afectivo, doméstico, práctico, femenino...*, ha sido objeto de menor valoración y reconocimiento social que el cuidado médico, inscrito en las condiciones de *autoridad, reflexividad, fortaleza, prioridad...* que entraña lo masculino, con aceptación y reconocimiento social.

Observar y examinar los cuerpos, obtener hallazgos, interpretarlos y decidir sobre ellos confiere autoridad y superioridad al saber médico y a quien lo posee. Las acciones de cuidado que ejerce la enfermera –aunque provienen de saberes, conocimientos y experiencias arraigadas–, dado su origen femenino y maternal, están despojadas del valor científico y social del que gozan otras profesiones. Desde esta visión, el cuidado de enfermería, asociado tradicionalmente a la habilidad práctica o manual, ejecución supuestamente *fácil*, acompañada de emociones y afectos abstraídos de la razón y la reflexión, es un constructo social que reproduce anacrónicamente las categorías: *naturalidad, simplicidad y complementariedad*.

Los relatos y testimonios de las actoras de este estudio expresan las vivencias de subalternidad derivadas de esa visión hegemónica que marca estados de desmotivación y sujeción, a la vez que insumisión y rechazo.

En cuanto al tipo de *objetivos* que persigue el ejercicio del poder en las instituciones sanitarias, prevalecen los relacionados con la práctica de la autoridad formal. Alrededor del objetivo superior referido a la recuperación y protección de la salud individual y colectiva, pueden establecerse redes de poder que pugnan por decisiones que, en nombre de la institución, están dirigidas al mantenimiento de privilegios y beneficios de personas y grupos. Los objetivos de perfeccionamiento y actualización del conocimiento y de la técnica se tornan prioritarios y permanentes más en unas profesiones que en otras, y las oportunidades son asignadas más a los varones que a las mujeres.

En la percepción de las actoras del estudio, el objetivo del ejercicio del poder puede ser múltiple: lograr cambios institucionales, mantener beneficios personales o de grupo, mantener el statu quo, autogratificación del ego, reproducir la imagen excelsa de quien domina el conocimiento y la técnica.

Cruzados por el poder, los objetivos institucionales se convierten en estrategias para reproducir las jerarquías y las relaciones

de dominación e institucionalizar como normales las inequidades de género, profesionales, de salario, de edad, etc.

El ejercicio del poder se produce a través de *medios* que efectivizan la dominación, es decir, de procedimientos o medidas materiales o simbólicas que comunican la intencionalidad desde quien ejerce el poder hacia el subalterno, orientados a producir el efecto deseado. Son muy variados los medios empleados en los hospitales, en cuanto instituciones disciplinarias y de control, dirigidos a *sujetar* a las personas, a *normar* y a hacer naturales sus conductas, acciones y tareas.

La norma y la normativización son recursos disciplinarios empleados en el ejercicio del poder; ligadas a la *penalización* y a la *penalidad*, están orientadas a tipificar errores, fallas o desórdenes; imponer castigos, en el primer caso, y a generar incomodidad, sufrimiento o aflicción en el trabajo, en el segundo. En general, Foucault (1983) destaca como efectivos el discurso y los efectos de la palabra verbal o escrita, la amenaza y los sistemas de vigilancia y control, entre los que podemos incluir, además de las normas y reglamentos, la distribución y acceso a los espacios y al tiempo, el silenciamiento, el uso de distintivos o formas de diferenciación o clasificación de los grupos (uniformes e identificaciones), etc.

El grupo de estudio se refiere al ejercicio del poder a través del manejo excluyente de la información, la limitación de oportunidades para el desarrollo profesional de las enfermeras; impedimento de su acceso a ciertos derechos generales, prescindencia de ellas en la toma de decisiones que les compete.

Son frecuentes la desinformación, la desautorización y la deslegitimación de su rol, formas que facilitan la inequidad y la discriminación. En el manejo incorrecto de la información sobre oportunidades de preparación participan también enfermeras, probablemente movidas por la competitividad. Se insinúa que la institución controla más a las enfermeras, por ser mujeres.

El lenguaje, a través de expresiones hostiles y excluyentes, es un mecanismo simbólico de dominación; desvalorización y temor, son otros ejemplos. La jerarquización de las profesiones por el tiempo de formación y el tipo de conocimientos es igualmente utilizada, no solo en las instituciones hospitalarias, sino también en la universidad.

El examen es el medio prototípico de vigilancia y control en el hospital, y la observación directa o a través de instrumentos, el procedimiento fundamental para la "*objetivación coactiva*". (Giraldo, 2006:109). A través del examen se descubre y se muestra, como en una radiografía, las características de cada persona; los enfermos son permanentemente examinados u observados y descritos, lo mismo que

los trabajadores y empleados son disciplinados y controlados en sus lugares específicos de ubicación.

El diagnóstico es una herramienta del poder del conocimiento, lo mismo que la historia clínica como estación de información. Se ejerce poder a través del lenguaje especializado, de los códigos y siglas con significados que excluyen la comprensión de los propios pacientes, de la familia y otros.

De esta forma, un triple proceso de examinación aplica el hospital: el que somete a los enfermos desde su ingreso hasta su alta; el que se aplica al personal sanitario para identificarlo, clasificarlo, vigilar su desempeño, corregirlo, sancionarlo o promoverlo; y, finalmente, aquel que articula el poder y el saber, dado que el hospital produce un acumulado de conocimiento a partir del examen del enfermo y los rituales diagnósticos, terapéuticos y de cuidado de los que es objeto el paciente. En esta triple visión se inserta el trabajo de las enfermeras.

El hospital es una institución que *registra* permanentemente. Lo hace a través de diferentes medios: del examen, como queda dicho, y a través del lenguaje oral o escrito con el que se puede sacar a luz lo que está oculto (aunque a veces puede servir también para invisibilizar lo inconveniente).

También las condiciones de los espacios son medios que hacen posible el ejercicio del poder; el hospital, al igual que otras instituciones, es un espacio cerrado, lábil a la observación y al control; los sujetos son ubicados en sitios específicos, según su naturaleza y necesidad de registro. Por ejemplo, la “*estación de enfermería*” es el *espacio propio* de las enfermeras en los hospitales, una especie de *estación de poder* en doble vía, donde se impone un orden propio y se prescribe, lugar a donde llega el control jerárquico y también desde donde este es ejercido.

Las enfermeras deben mostrarse y reportarse permanentemente; para ello están indefectiblemente uniformadas y dispuestas las 24 horas del cuidado ante cualquier requerimiento. Al igual que los sacerdotes, los militares o las monjas, las enfermeras han sido uniformadas para identificarse y diferenciarse de otras personas. El uniforme, al igual que otros medios de disciplinamiento y control, tiene el efecto de *comparar, diferenciar, jerarquizar, homogeneizar y excluir, en suma, normalizar*. (Giraldo, 2006:109).

Las amenazas también son medios para incidir, influir o imponerse sobre el otro, y son más efectivas cuando se ha institucionalizado el miedo, la inseguridad y la incertidumbre; con frecuencia los discursos del grupo dan cuenta de vivencias de miedo, y la inestabilidad del trabajo, por la extensión de contratos transitorios,

está ejemplificando varios estados de preocupación permanente frente a la vida laboral y familiar.

Las **formas de institucionalización** de las relaciones de poder son también diversas; las normas y el control orientados a pautar el comportamiento de las personas son sus herramientas básicas. Para que el proceso sea efectivo debe haber repetición de la actuación, es decir, habituación; además, cada acto que se repite ha de ser explicado y justificado para que cobre legitimidad. En este proceso juega un papel fundamental el lenguaje, responsable de sembrar en la conciencia del individuo los significados institucionales, produciendo en él comprensión y aceptación de que las cosas son como son.

De acuerdo con Foucault (1978), la institucionalización de las relaciones de poder se inscribe en la *economización* del ejercicio del poder, este ha de mantenerse oculto para ser más efectivo; no ha de ser visto pero sí ha de penetrar en los cuerpos. Así, los sujetos llegarán a aceptar como naturales y plausibles las ideas, los comportamientos y, en general, las acciones instaladas. Por ejemplo, es normal (aún hoy en algunas instituciones de salud) que el médico y no el paciente sea el centro de la actividad del hospital, de manera que los horarios, los espacios, las acciones del personal, las agendas oficiales, etc., giren en torno a aquel, a pesar de los nuevos modelos de administración y del reconocimiento de derechos de los pacientes.

La aceptación de las decisiones médicas sin cuestionamiento, el respeto de los *tiempos médicos*, la prioridad para atender o resolver sus pedidos en el proceso de trabajo, la autoridad conferida a su presencia física, a su palabra y escritos, etc., se han convertido en estereotipos legitimados por el sistema de vigilancia y control respaldados por las estructuras legales de las instituciones, la tradición y la costumbre. Los discursos de las participantes incluyen numerosas experiencias que tipifican la hegemonía médica en el ámbito hospitalario. También los usuarios desde un *no poder* pueden utilizar estrategias de exigencia e intimidación hacia quienes consideran que no tienen poder o lo ejercen en poca medida.

Los **grados de racionalización** de las relaciones de poder en las instituciones sanitarias tienen relación con los mecanismos e instrumentos utilizados en el ejercicio del poder y el éxito o efectividad de su aplicación. Se trata de garantizar que las conductas, las tareas y las actividades de los otros se ajusten a las reglas que sirvan o posibiliten las relaciones de poder, de manera que estas se reduzcan a normas o conceptos racionales, se acepten y se establezcan en la normalidad. Por ejemplo, en el seno del equipo de profesionales de la salud está establecido que quien posee el conocimiento, vale decir “*la verdad*”, es



el profesional de la medicina, más si es varón, especialista, con experiencia y con otros atributos relacionados con edad, posición social, etc.

Alrededor de este concepto se distribuyen los roles, los espacios, las formas de comunicación, los tiempos, las oportunidades y otros aspectos del trabajo para los restantes miembros de los equipos de salud.

Se entiende como *racional* que el cuidado de enfermería sea “dependiente”, con lo cual se niega o, al menos, se duda de la capacidad decisoria y autónoma de las profesionales para planificar, ejecutar y evaluar los cuidados, a partir de sus conocimientos y competencias para detectar y dimensionar las necesidades integrales de los pacientes. Las *razones* que sustentan estos prejuicios están en el tradicional significado de la carencia de autoridad de la mujer (cognoscitiva, práctica, o de otra índole), a diferencia de lo que se piensa sobre el varón. Puesto que la *racionalización* busca e implanta razones o argumentos que sustenten *el derecho* para actuar de una cierta manera y no de otra, estos han de formar parte del discurso para convertirse en norma que legitime el orden institucional.

*“Afectar es ejercer el poder, afectarse es la capacidad de resistencia, la cual aparece en todos los actos de ejercicio del poder. Así, pues, ejercicio del poder y resistencia son indisolubles.” (Reinaldo Giraldo: 118)*

El objetivo de administrar las acciones de cuidado de las enfermeras a través del ejercicio del poder institucional genera como contrapartida **la resistencia**: una determinada forma de oponerse o rechazar el estado de subalternidad provocado.

La resistencia tiene tantas formas de expresión como formas producidas de subalternidad, así como personas afectadas y efectos subjetivos derivados. De modo que en los discursos de las protagonistas de este estudio se exteriorizan un sinnúmero de acciones de resistencia: el uso de la información como instrumento de defensa o protesta, la explicación de las razones de los hechos, la reclamación, la queja o protesta verbal o escrita, el uso de instrumentos legales, la documentación de situaciones de conflicto, el conocimiento y la pericia en el desempeño de sus roles, la actualización y especialización en el campo de su ejercicio, entre otras.

Los discursos no son homogéneos: unos muestran fortaleza, seguridad y liderazgo, derivados de la convicción de las protagonistas sobre su competencia profesional, de la autoridad ganada por su experiencia y formación, en contraste con otros más condescendientes y justificadores de la situación de heteronomía en el medio laboral.

Son notorios también los discursos autocríticos, rebeldes y radicales con respecto a cualquier posibilidad de dependencia y ejercicio del poder. La formación postgraduada de numerosas profesionales, que llega, en ocasiones a la “sobretitulación”, constituye un importante mecanismo de resistencia contra las relaciones de poder-subalternidad.

Hay la reiteración de una posición autovalorativa orientada a identificar los errores o fallas generadores de relaciones de dependencia en el ejercicio profesional diario, vinculada a la falta de preparación y compromiso con el cuidado de algunas profesionales. Desde esa condición emerge la necesidad de promover nuevas reflexiones y construcciones teórico-metodológicas que posibiliten superar la naturaleza heterónoma de la profesión, cuestionada y rechazada. Se escucha también la voz de desacuerdo con los esquemas profesionales instituidos desde la tradición cristiana, la domesticidad y el maternalismo aún vigentes.

### **Autorrepresentaciones: Del “sujeto construido” al “sujeto constructor”**

Describirse como cuidadora de la salud-enfermedad supone un esfuerzo mental y afectivo para romper la unidad del yo y mostrar una parte de la identidad total. Autorrepresentarse como cuidadora es posible en la interacción con otros en diversas realidades y con la influencia de los determinantes socioculturales, políticos, económicos e ideológicos del cuidado y de los cuidadores. En este proceso inciden también las abstracciones sobre la salud, la enfermedad y las instituciones sanitarias.

En cada discurso hay una lógica y una agencia compartida, producto de la intersección de las historias vividas por las protagonistas. En cada representación expresada se muestran vivencias, pero también expectativas: una mezcla de ser y deber ser del cuidado y de las cuidadoras.

Las representaciones son diversas; sin embargo, los discursos contienen las siguientes características comunes:

- La enfermería y la enfermera en la asunción del cuidado profesional cumplen una responsabilidad trascendente en el proceso salud-

enfermedad, desde la prevención, curación, promoción y rehabilitación, como funciones integrales de la salud pública.

- Una posición de entrega y servicio es fuente de gratificaciones vividas en la práctica cotidiana del cuidado y causa del sentimiento de orgullo de ser enfermera.
- La complejidad de la práctica del cuidado está vinculada sustancial y necesariamente a la esfera afectiva de las personas, en doble vía: enfermera-paciente y paciente-enfermera en la relación del cuidado de proximidad.
- Esta esfera afectiva del cuidado constituye el objetivo político que compone el ser, la existencia y la realidad de la enfermería, dimensión negada por la visión “objetiva” del conocimiento y ausente en las relaciones formales neutrales del cuidado impersonal.
- La connotación terapéutica de la afectividad que envuelve la práctica del cuidado tiene sentido no solo para el paciente sino también para la enfermera, que se autorrealiza y se identifica con las vivencias placenteras de los actos afectivos. Esta se rompe en la vivencia de subalternidad y en el ejercicio del poder del que también participan las enfermeras con sus colegas en sentido vertical u horizontal, con los pacientes, desde su posición de saber y vigilancia y con el personal de “menor rango” con el que interactúan.
- En el contexto del lenguaje emocional del cuidado las enfermeras encuentran razones para experimentar estados de placer y displacer que contribuyen a la construcción de una subjetividad e identidad particular. La inteligencia social, constituida por la dimensión afectiva, implica el conocimiento y control de la relación unipersonal (interna) y de la interpersonal, e incluye la empatía y el interés por los demás.
- La imagen incorporada individualmente y en el grupo, que asocia el devenir de la práctica del cuidado en medio de relaciones de poder/subalternidad, limitan la autonomía en las decisiones correspondientes a su campo profesional y desdibujan las posibilidades de promoción individual y colectiva.
- La visión idealizada de la enfermería (el deber ser) es contrastada con otra de encierro y frustraciones, limitantes del desarrollo y de los derechos ciudadanos de las enfermeras y de la atención a sus necesidades personales, especialmente cuando su ejercicio se circunscribe al hospital como destino.
- La práctica del cuidado está relacionada con la mujer y la madre, con la sensibilidad, el sufrimiento y la capacidad para comprender el dolor.

Los discursos de la mayor parte de protagonistas vinculan expresamente el rol de enfermeras con la mujer y la madre, traduciendo que su formación y ejercicio de la práctica del cuidado están imbuidas por un pensamiento maternalista, plenamente aceptado.

En el discurso hegemónico la maternidad ha sido el eje sobre el cual se construye la identidad de las mujeres, ocultando las diferencias relacionadas con la clase social, pertenencia étnica, edad, religión, identidad sexual, etc. La imposición de la maternidad –como destino primordial e ineludible de las mujeres y como eje central en torno al cual estas deben organizar sus vidas y distribuir su tiempo– aparece como núcleo duro de la opresión femenina. Las ideas y prácticas en torno a la maternidad configuran un universo simbólico específico, de manera que la predisposición para el cuidado a los demás, las habilidades para la administración de la casa, la entrega de afecto, la sumisión, aparecen como atributos innatos de la mujer.

El discurso maternalista ha sido utilizado por el poder de la institución hospitalaria para limitar o postergar las demandas de las enfermeras. La pérdida de la libertad para crear, descubrir, optar y decidir en el proceso de aplicación del cuidado es uno de los efectos de la asociación enfermería-maternidad.

### **Hacia la construcción de un “sujeto político” enfermera**

En el devenir de la enfermería se advierten transformaciones múltiples que atañen no solo a su quehacer, sino al conocimiento y a la constitución de las subjetividades femeninas, de modo que llegamos a un presente en el que se evidencian desencuentros entre lo que éramos, lo que somos y lo que queremos ser.

Desde la resistencia derivada del ejercicio del poder es posible la construcción del “sujeto constructor” o “sujeto político” enfermera. Ese proceso parte de comprender que vivimos en una sociedad que ya no es solamente patriarcal, sino llena de nuevas complejidades. De modo que la transgresión ha de adoptar formas creativas que funcionen para superar los viejos estereotipos de mujer que han minado nuestras vidas por siglos.

En esa dirección está la crítica del sujeto unitario de la razón moderna, la recuperación del sentido de diferencia femenina y de la diferencia profesional en cuanto otro conocimiento, saber hacer distinto y erradicar por ello la heteronomía para implantar el diálogo y la cooperación en el trabajo de cuidado. No es un proceso para resultados inmediatos cuando la ideología, la tradición y la costumbre están

impuestas. Pero es mejor incluirnos en la marcha del tiempo con conocimiento de la posibilidad de ser nosotras mismas, en lugar de colocarnos al margen del camino de las libertades posibles.

Un primer momento está vivido por las protagonistas del estudio al sentirse distintas, y adquirir una condición de estado de subalternidad inaceptable y, por tanto, cuestionable y rechazable. El darse cuenta de esa experiencia significa situarse políticamente. Una vez visibilizada para sí mismas la dominación como mujeres y enfermeras y se reflexiona sobre ello, les coloca en situación de autonomía interna para generar resistencias y recrear las subjetividades. En una especie de camino hacia la comprensión de la dignidad y la libertad, estas se van constituyendo, progresivamente, en componentes de la subjetividad política.

Adquirir visibilidad es un componente necesario de la construcción del sujeto político enfermera. No basta darse cuenta de la vivencia de subalternidad, que significa salir de la normalidad de la sumisión o sujeción, del estado de pasividad, encierro y silencio. Hace falta construir lugares de enunciación desde donde tomar la palabra, dotarle de voz al silencio, al dolor y a la exclusión.

Parecería que la subalternidad de las mujeres permite a los dominadores el preconceito de que ellas no tienen voz, que no pueden representarse a sí mismas, o que su voz no necesita ser escuchada. Lo subalterno entendido como “lo femenino” resulta inaudible e ilegible, afirma Spivak (2002:211), lo que significa que en el “itinerario del silencio” las mujeres vayan encontrando lugares de enunciación para ser escuchadas.

Contra la negación de la voz a los subalternos, las enfermeras están investidas para tomar la palabra, para hablar con derecho sobre la estigmatización mujer-madre-cuidado, para nombrar las cosas del mundo desde su experiencia de ser y estar en él.

Convertirse en sujeto político, independiente y diferente de otros profesionales reclama una capacidad de enunciación desde la experiencia de saberse capaces de pensar, sentir, actuar y decidir en su propio campo de conocimiento.

Resignificar el cuidado en su dimensión política tanto en la esfera privada como en la pública es un viejo postulado feminista que tiene vigencia actual. Esa resignificación comporta otros procesos de asignación de nuevos sentidos a otras categorías de significación política:

El cuerpo que se cuida y el cuerpo con el que se cuida adquieren una dimensión política si entendemos que es el cuerpo el que construye su historia con otros situado en el mundo para *ser y estar* en

él. Entonces la subjetividad política del cuerpo propio se produce y recrea en medio de las vivencias políticas que se incardinan en los cuerpos.

Es necesario dotar de sentido político a la categoría cuerpo que siente la enfermedad y demanda cuidado. Las derivaciones sufrimiento, temor e incertidumbre del proceso vida-muerte son demandas globales del cuerpo. La profesión de enfermería se ocupa de las demandas globales del cuerpo, en consecuencia, las acciones del cuidar no están dirigidas a recuperar el daño de una parte específica de un órgano; la condición de sentir cobra sentido político en las actuaciones de acompañar, escuchar-hablar, esperar, tolerar...

Dotar de sentido político a la esfera afectiva deviene en respeto a la condición unitaria e histórica de la corporalidad.

Los grupos focales y las entrevistas fueron espacios de independencia en los que las enfermeras, separadas momentáneamente de la escena y del contexto cotidiano de la relación de poder, hicieron públicos sus pensamientos y sentimientos sobre la subalternidad. Sus discursos al respecto, normalmente no expresados abiertamente, criticaron el ejercicio del poder médico. Advertimos varias expresiones de rechazo, ira, impotencia, rebeldía, ironía, culpabilización, justificación y “asimilación” de la dominación. Los grupos focales y las entrevistas se convirtieron en un espacio para “discursos ocultos”, “fuera de escena”, en términos de James Scott (2000).

Hemos construido juntas una memoria histórica de ejercicio del poder en el trabajo del cuidado. No está dicho ni escrito todo. Apenas sí hemos mencionado el sentido de la violencia que en cada día y poco a poco se impregna en los estados de subalternidad que viven las enfermeras en la práctica del cuidado.

Hemos compartido relatos y testimonios, importantes todos, conocidos unos por la experiencia compartida y otros para saberlos como nuestros, pues a este colectivo de actoras de procesos diversos de vida une la resistencia a la diferenciación como instrumento que discrimina, excluye y mina el derecho a ser diferentes. Y une la posibilidad de construir nuevos pilares de identificación colectiva que incluyan los sentimientos para la significación política del cuidado, el reemplazo de la heteronomía por la autonomía, los nuevos sentidos de ser mujer y el valor de lo doméstico compartido, como derechos humanos.

La “subjetividad política” es “una oportunidad conceptual para re-encontrar al sujeto en sus capacidades de agencia, de reflexividad, de “ilusionar” otro mundo posible, cuestionando la evidencia del mundo dado...” (Bonvillani, 2012:200). Y esta agencia es posible

colectivamente, es en el grupo con el que nos identificamos y nos representamos diferentes de otros, que podemos construir los escenarios de aparición política, de aprendizaje mutuo de la potencia creadora, de solidaridad con los avances y retrocesos en el empeño de construirnos “sujetos políticos”

*Aprendimos en este proceso que no ha finalizado el valor de la palabra, el sentido que otorga el lenguaje al discurso, la razón de la resistencia frente a la subalternidad por el ejercicio del poder. Visibilizar nuestras subjetividades en nuevos lugares de enunciación puede liberarnos del encierro y la obediencia para sabernos sujetos*

## BIBLIOGRAFÍA

- ACUÑA, Ivonne 2005. “Repercusiones actuales de la exclusión política de las mujeres en la teoría del contrato social de los siglos XVII y XVIII”. En: *Revista Intersticios. Filosofía/Arte/Religión*, Año 10, N° 21. Universidad Intercontinental.
- ACUÑA, Ivonne 2009. “Aristóteles y la exclusión política de las mujeres”. En: *Investigación y Análisis sobre Mujeres y Masculinidades*“. México.  
En: <http://mujeresyexclusionpolitica.blogspot.com/> (Consulta, 30 de abril de 2010).
- ÁLVAREZ, Silvina 2001. “Diferencia y teoría feminista” En: Elena Beltrán y Virginia Maquieira (Edit.). *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*. Alianza Editorial, Madrid.
- AGUIRRE, Rosario; BATTHYÁNY, Karina (2005). *El cuidado infantil en Montevideo. Análisis de resultados de la encuesta sobre uso del tiempo: desigualdades sociales y de género*, Universidad de la República, UNICEF, Montevideo, Uruguay.
- AMORÓS, Celia 1994. “Espacio público, espacio privado y definiciones ideológicas de ‘lo masculino’ y ‘lo femenino’”. En: Celia Amorós, *Feminismo, igualdad y diferencia*, UNAM, PUEG, México. Disponible en:  
[http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm\\_enlinea/espacio%20publico,%20espacio%20privado0173.pdf](http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_enlinea/espacio%20publico,%20espacio%20privado0173.pdf)  
(Consulta: diciembre 2 de 2008).
- ARENDT, Hanna 2005. *La condición humana*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A., Barcelona.
- ARIAS, Viviana; GONZÁLEZ, Luis y HERNÁNDEZ, Nohema 2009. “Constitución de sujeto político: historias de vida política de mujeres líderes afrocolombianas.” En: *Universitas Psychologica*, V8, N°3, Septiembre-Diciembre, Bogotá.
- ARÓSTEGUI, Julio 1998. “Tiempo contemporáneo y tiempo presente. Una reconsideración necesaria”. En: Mario Díaz Barrado (Coord.). *Historia del Tiempo Presente. Teoría y Metodología*. Universidad de Extremadura.



- ARQUER, M. Isabel; ONCINS, Margarita 1999. *Mejora del contenido del trabajo: rotación, ampliación y enriquecimiento de tareas*. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España. Disponible en: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp\\_444.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_444.pdf) (Consulta: 3 de octubre de 2015).
- ARQUETIPO GRUPO EDITORIAL 2008. *Diccionario Polifuncional Sinónimos – Antónimos – Parónimos. Usos de la Lengua Española*. Lima. Disponible en: [www.poderjudicial.gob.ni/carrerajudicial/dicc\\_lenguagespa.pdf](http://www.poderjudicial.gob.ni/carrerajudicial/dicc_lenguagespa.pdf)
- ASTELARRA, Judith 2004. "Políticas de género en la Unión Europea y algunos apuntes sobre América Latina." En: CEPAL, *Serie Mujer y Desarrollo* N° 57. Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- ASTELARRA, Judith (Coord.) 2007. *Género y Cohesión Social*. EFCA, S.A. Fundación Carolina CeALCI. Documento de Trabajo n° 16. Primera Edición, Madrid.
- ATTEWELL, Alex 2000. "Florence Nightingale (1820 - 1910)". UNESCO: Oficina Internacional de Educación. Disponible en: <http://www.ibe.unesco.org/publications/ThinkersPdf/nightins.PDF> (Consulta: 13 de agosto de 2015).
- AUGE, Marc 2000. *Los "no lugares". Espacios del anonimato. Una antropología de la Sobremodernidad*. Editorial Gedisa, S.A. Barcelona
- BALDERAS, Gutiérrez, KARIME Elizabeth 2013. "Elementos que constituyen la identidad profesional de la enfermera". En Atlante, *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, julio. Disponible en <http://atlante.eumed.net/identidad/> (Consulta: 1 de diciembre de 2014).
- BARBERO, Jesús Martín 2001. "Reconfiguraciones comunicativas de lo público". ITESO. Departamento de Estudios Socioculturales. En: *Análisis* 26, Guadalajara.
- BEVERLEY, John 2004. "El subalterno y los límites del saber académico". En: *Revista Actual Marx* N°2, agosto, Universidad Arcis, Santiago de Chile.

- BELTRÁN, Martha 2000. “De la relación con la madre”. En: Montserrat Cabré; Carmen Caballero; Marta Beltrán; Ana Vargas; Ma. Milagros Rivera Garretas, *De dos en dos*, Horas y Horas, La Editorial, España.
- BENAVIDES, María de Jesús 2003. “Sólo para quien se interesa por la filosofía del cuidado. El cuerpo integral visto por los griegos”. En: *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. Vol. 11. Núm. 2, Mayo-Agosto.
- BENERÍA, Lourdes 2007. “Trabajo productivo/reproductivo, pobreza, y políticas de conciliación en América Latina: consideraciones teóricas y prácticas”. En: Judith Astelarra, (Coord.). *Género y Cohesión Social*. EFCA, S.A. Fundación Carolina CeALCI. Documento de Trabajo nº 16. Primera Edición, Madrid.
- BENHABIB, Seyla 1992. Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral. Carlos Thiebaut (trad.). ISEGORIA/6. Disponible en:  
<http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/viewFile/323/324>
- BENHABIB, Seyla 1995. “Feminismo y postmodernidad una difícil alianza”. En: *Feminaria*, No. 14, Buenos Aires.
- BIZZINI (coord.), *Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): una visión integradora*. Entinema, 14, Madrid.
- BLANCO, Juan 2012. “Hombres. La masculinidad como factor de riesgo. Una etnografía de la invisibilidad.” Tesis: Doctorado en Desigualdades e Intervención Social. Directores: Dr. José María Valcuende del Río y Dra. Guadalupe Cordero Martin. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. Disponible en:  
[https://rio.upo.es/xmlui/bitstream/handle/10433/564/juan\\_blanco\\_tesis.pdf?sequence=1](https://rio.upo.es/xmlui/bitstream/handle/10433/564/juan_blanco_tesis.pdf?sequence=1) (Consulta: 27 de agosto de 2015).
- BLOOM, Benjamín y colaboradores 1974. *Taxonomía de los objetivos de la educación. La clasificación de las metas educacionales*. Cuarta edición. Librería “EL ATENEO” Editorial, Buenos Aires.

- BOLUFER, Mónica 2010. “Debates sobre la maternidad desde una perspectiva histórica (Siglos XVI-XX)”. En: Gloria Franco Rubio (Edit.), *Historia y Feminismo*. Primera edición, Icaria – editorial. Barcelona.
- BOURDIEU, Pierre 2000. *La dominación masculina*. Editorial Anagrama, Barcelona.
- BOURDIEU, P. Y PASSERON, J.C. 2001. *La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Editorial Popular, España.
- BORDERÍAS, Cristina 1997. “Subjetividad y cambio social en las historias de vida de mujeres: notas sobre el método biográfico”. En: *Historia de las mujeres y fuentes orales*. Universidad de Granada, Revista ARENAL. Vol. 4, nº 2.
- BORJA, Rodrigo 2012. *Enciclopedia de la Política*. Disponible en: <http://www.enciclopediadelapolitica.org/Default.aspx?i=&por=h&idind=774&termino=> (Consulta: 18 de agosto de 2015).
- BOMVILLANI, Andrea 2012. “Hacia la construcción de la categoría subjetividad política: una posible caja de herramientas y algunas líneas de significación emergentes.” En: Piedrahita, Claudia; Díaz, Álvaro; Vommaro, Pablo (Compiladores). *Subjetividades políticas: desafíos y debates latinoamericanos*. Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Bogotá Humana, Primera Edición. CLACSO.
- BRAIDOTTI, Rosi 2004. *Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómade*. Editorial Gedisa S.A. Barcelona.
- BREILH, Jaime 1976. “La medicina comunitaria, ¿una nueva policía médica?”. En: *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 84 (22).
- BRICEÑO, José; ÁLVAREZ, Raquel 2006. “Modelos de Desarrollo y Estrategias de Integración en América Latina: Una revisión Crítica”. En: *Cuadernos Sobre Relaciones Internacionales, Regionalismo y Desarrollo* Vol. 1, no. 1.

- CABANA, J.; GARCÍA, E.; GARCÍA, G.; MELIS, A.; DÁVILA, R. 2009. “El síndrome de Burnout en el personal de una unidad quirúrgica”. En: *Rev. Med. Electrón.* v.31 n.3. Matanzas. Versión On-line ISSN 1684-1824.  
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/año%202009/vol3%202009/tema04.htm> (Consulta: 16 de agosto de 2015).
- CANALES C., Manuel 2006. *Metodología de investigación social*. Primera edición. Lom Ediciones, Santiago.
- CAPORALE (Coord.) *Discursos teóricos en torno a la(s) maternidades. Una visión integradora*. Ed. Entinema, Madrid.
- CAPORALE, Silvia 2005. “La teoría crítica feminista anglosajona contemporánea en torno a la maternidad: Una historia de luces y sombras”.
- CÁRDENAS, M. Cristina; CARRASCO, Manuel; ESPINOSA, Leonardo; MALO, Claudio 2001. *Historia de la Universidad de Cuenca 1867-1997*. Instituto de Investigaciones de la Universidad de Cuenca, Cuenca.
- CARRASCO, C., BORDERÍAS, C. y TURNS, T. 2011. (Eds). *El trabajo de cuidados. Historia, Teoría y Políticas*. Los Libros de la Catarata, Madrid.
- CARRIÓN, M. Fernando 2006. “El género de la violencia de género”. En: *Ciudad Segura. Programa de Estudios de la Ciudad*. FLACSO, Sede Ecuador, No. 9, Quito.
- CASSIANI, Silvisa 2015. OPS/OMS.  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10947%3Apahowho-highlights-need-train-more-nursing-personnel&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10947%3Apahowho-highlights-need-train-more-nursing-personnel&Itemid=1926&lang=es) (Consulta: 29 de julio de 2015).
- CASTELLS, Carme (Comp.) 1996. *Perspectivas feministas en teoría política*. Paidós, Barcelona.
- CASTRILLÓN, María Consuelo 1997. *La Dimensión Social de la Práctica de Enfermería*. Universidad de Antioquia, Medellín.

- CASTRO, Carmen 2014. *Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería del Hospital Pablo Arturo Suárez, período Agosto- Noviembre 2013*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Enfermería, Quito. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7226/8.14.001697.pdf?sequence=4&isAllowed=y> (Consulta: 10 de agosto de 2015).
- CIDOB D'AFERS INTERNACIONAL 73-74. *Lo intercultural en acción, identidades y emancipaciones*. Mayo-Junio. Barcelona.
- CIRVINI, Silvia 2012. “Las Órdenes Religiosas en el espacio urbano colonial- Mendoza- Argentina. El caso de la Compañía de Jesús”. En: *Hispania Sacra*, LXIV, 130, julio-diciembre.
- COLOMER, María 2001. “El cuerpo, lugar de expresión”. En: *Catálogo de la 12ª Mostra Internacional de Mim de Sueca*. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/28912660/El-cuerpo-lugar-de-expresion> (Consulta: 25 de mayo de 2010).
- CORNEJO, M.; MENDOZA, Francisca; ROJAS, Rodrigo 2008. “La investigación con relatos de vida: Pistas y opciones del diseño metodológico”. En: *PSYKHE*, Vol.17, Nº1. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- CRESPO-BURGOS, Antonio; RIGAIL A., Francisco 2002. “El Estado ecuatoriano y la Salud Pública hasta comienzos del siglo XX”. En: R. Fierro Benítez, C. Hermida Bustos, E. Granda, H. Jarrín Valdiviezo, R. López Paredes (Edit.), *El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí, la OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del siglo XX*. Representación OPS/OMS–Ecuador, Quito.
- CUERVO, Benedicto 2015. “Hospital San Martín. El primer hospital de Argentina”. En: *Otro mundo es posible. Revista Iberoamericana de sostenibilidad*. España.
- DE BEAUVOIR, Simone 2013. *La vejez*. Editorial Sudamericana S.A. Bogotá.
- DE CASTRO, Alberto, GARCÍA, Guillermo, RODRÍGUEZ, Ily 2006. “La dimensión corporal desde el enfoque fenomenológico

- existencial”. En: *Psicología desde el Caribe*, Revista del Programa de Psicología Universidad del Norte, N° 17, Barranquilla.
- DEL ÁLAMO, Oscar 2011. “Tierra, educación y lucha política: las mujeres y los procesos organizativos indígenas y campesinos de la sierra ecuatoriana durante la primera mitad del siglo XX”. En: *Anuario de Hojas de Warmi n° 16*. Disponible en: <http://www.ub.edu/SIMS/hojasWarmi/hojas16/articulos/oscarAlamo.pdf> (Consulta: 18 de agosto de 2015).
- DE LA TORRE, Patricia; VELASCO, Margarita 1986. “La Educación de Enfermería en el Ecuador”. En: *Revista de Educación e Investigación en Enfermería*. IV (1). Medellín.
- DE ROUX, Rodolfo 2012. “De la ‘Nación Católica’ a la ‘República Pluricultural’ en América Latina. Algunas consideraciones históricas”. En. *Memorias* N° 16. Universidad del Norte, Barranquilla.
- DEL VALLE, Teresa 1997. *Andamios para una nueva ciudad. Lecturas desde la antropología*. Ediciones Cátedra, S.A., Madrid.
- DÍAZ, Rodrigo 1997. “La vivencia en circulación. Una introducción a la antropología de la experiencia.” En: *ALTERIDADES*, 7 (13).
- DIETZ, G. Mary 1987. “El contexto es lo que cuenta: feminismo y teorías de la ciudadanía”. En *DAEDALUS*.
- DIETZ, Mary 1994. “Ciudadanía con cara feminista: El problema con el pensamiento maternal”. En: *Debate Feminista*. Traducción de Eduardo Mejía Tapias.
- DUERO, Dante y LIMÓN, Gilberto 2007. “Relato autobiográfico e identidad personal: un modelo de análisis narrativo”. En: *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*. Volumen 2. Número 2. Mayo-Agosto. Madrid.
- DURÁN, Freddy (2007). *Ingeniería de Métodos. Globalización: Técnicas para el Manejo Eficiente de Recursos en*

*Organizaciones Fabriles, de Servicios y Hospitalarios.*  
Guayaquil.

EGIDO, Ángeles (Coord.) 1996. *La historia contemporánea en la práctica. (Textos escritos y orales, mapas, imágenes y gráficos comentados)*. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A., Madrid.

EHRENREICH, Bárbara y ENGLISH, Deirdre 2006. *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. Metcalfe & Davenport. Olmué, Chile. Disponible en:  
<http://www.scribd.com/doc/19710188/Brujas-Parteras-y-Enfermeras> (Consulta: 28 de noviembre de 2010).

EHRHARD, Francois 1958. "Luis Pasteur. El hombre y su obra". En: *Revista Médica Hondureña*. Vol. 26, N° 4.

ESCUADERO, Jesús Adrián 2007. "El cuerpo y sus representaciones". En: *Enrahonar*, 38/39, Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en:  
<http://revistes.uab.cat/enrahonar> (Consulta: 15 de septiembre de 2013).

ESKOLA, Gladys 2014. "La pasión de Miguel Márquez por la salud colectiva como derecho..." En: David Acurio (Comp.), *Miguel Márquez en nuestra memoria..* Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Cuenca.

ESTEBAN, Mari Luz 2004. "Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales." En: Congreso Internacional SARE 2003, "*Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado.*" Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea. Fondo Social Europeo. Vitoria-Gasteiz.

ESTRADA, Diego Alejandro 2012. "Hacia una fenomenología de la enfermedad". En: *IATREIA*, vol. 25, núm. 3, Universidad de Antioquia Medellín, Colombia.

ESTRELLA, Eduardo y CRESPO-BURGOS, Antonio 2002a. "La Medicina en la Época Prehispánica" En: R. Fierro Benítez, C. Hermida Bustos, E. Granda, H. Jarrín Valdiviezo, R. López Paredes (Edit.), *El cóndor, la serpiente y el colibrí. La*

*OPS/OMS y la Salud Pública en el Ecuador del Siglo XX.*  
Representación OPS/OMS-Ecuador, Quito.

ESTRELLA, Eduardo y CRESPO-BURGOS, Antonio 2002b.  
"Medicina y Salud Pública durante la Colonia". En: R. Fierro Benítez, C. Hermida Bustos, E. Granda, H. Jarrín Valdiviezo, R. López Paredes (Edit.), *El cóndor, la serpiente y el colibrí. La OPS/OMS y la Salud Pública en el Ecuador del Siglo XX.* Representación OPS/OMS-Ecuador, Quito.

FEITOS, Lydia 2003. "La ética del cuidado y el debate con la ética de la justicia". En: *Bioética* 13, abril. Disponible en:  
<http://www.google.es/search?hl=es&q=ETICA+DEL+CUIDADO&start=30&sa=N> (Consulta: 5 de enero de 2009).

FERNÁNDEZ, Inés 2004. "Medicina y poder sobre los cuerpos". En: THÉMATA, Revista de Filosofía. *Antropología y ética ante los retos de la biotecnología*. Editorial Universidad de Sevilla.

FERNÁNDEZ, Oscar 2010. "La fenomenología existencial. Merleau-Ponty". En: *Revista Sapiens*. Universidad Tecnológica Experimental, Venezuela. Disponible en:  
<http://sapiens.ya.com/ofernandezg/8b.htm> (Consulta: 19 de mayo de 2012).

FIERRO BENÍTEZ, R.; HERMIDA BUSTOS, C.; GRANDA, E.; JARRÍN VALDIVIEZO, H.; LÓPEZ PAREDES, R. (Edit.), *El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí, la OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del siglo XX*. Representación OPS/OMS-Ecuador, Quito.

FOUCAULT, Michel 1976. *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI, México.

FOUCAULT, Michel 1978. "Incorporación del hospital en la tecnología moderna." En: *Educación médica y salud*. Vol. 2, No. 1.

FOUCAULT, Michel 1984. *La ética del cuidado de uno mismo como práctica de la libertad*. Entrevista realizada por Raúl Fomet-Betancourt. Helmuth Becker y Alfredo Gómez-Muller el 20 de enero de 1984. En: *Revista Concordia* No 6. Disponible en:



<http://www.catedras.fsoc.uba.ar/heler/foucaltetica.htm>  
(Consulta: 15 de marzo de 2010).

FOUCAULT, Michel 1991. *El sujeto y el poder*. Trad. de Ma. Cecilia Gómez y Juan C. Ochoa. CARPE DIEM Ediciones, Bogotá.

FOUCAULT, Michel 2000. "Defender la Sociedad". En: *Curso en el Collège de France*. Fondo de Cultura Económica, Segunda reimpresión, Argentina.

FREGOSO, Anayanci 2005. "En plural: La(s) maternidad(es). Una mirada de España hacia el escenario internacional". En: Revista de estudios de género. *La ventana*, número 022. Universidad de Guadalajara, Guadalajara.

GARCÍA, Juan César 1981. "La medicina estatal en América Latina. (1880-1930)". En: *Revista Latinoamericana de Salud* 1, 73-104, México. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/regionsanitaria6/files/2012/05/MedicinaSanitaria8.pdf> (Consulta: 15 de agosto de 2013).

GARCÍA, María del Mar; MATEO, Inmaculada; MAROTO, Gracia 2004. "El impacto del cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres". En: *Gaceta Sanitaria* N.18 (Supl.2). Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.

GARCÍA CANAL, María Inés 1998. "Espacio y diferenciación de género. (Hacia la configuración de heterotopías de placer)". En: *Debate Feminista. Ciudad, espacio y vida*. Año 9. Vol. 17. Abril.

GARCÍA MARTÍN CARO, C. y MARTÍNEZ MARTÍN, M. L. 2001, *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Ed. Arcourt S.A., Madrid.

GARCÍA M-C., Catalina y MARTÍNEZ, M., María Luisa 2007. *Historia de la Enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero*. MMI Elsevier, S.A. Madrid.

GARCÍA, Pedro 1991. "Hospitales Novohispanos Siglo XVI". En: *II Encuentro Hispanoamericano de Historia de las Ciencias*. Ediciones Informatizadas, S.A., Madrid. Disponible en:

<http://www.pedrogarciabarreno.es/4.%20Escritos%20varios/Sobre%20Hospitales/Hospitales%20Novohispánicos.pdf>  
(Consulta: 2 de julio de 2015).

GARCÍA SIMON, Ma. Noël 2010. “*Una aproximación al panoptismo en Hospital: Las relaciones de poder en el Centro de Tratamiento Intensivo.*” Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de la República. Uruguay. Disponible en:  
<http://www.fhuce.edu.uy/jornada/2010/PONENCIAS/GARCIA.PDF> (Consulta 24 de mayo de 2014).

GIRALDO, Reinaldo 2006. *Tabula Rasa*, No.4: Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Bogotá.

GOLEMAN, David 1996. *Inteligencia emocional*. Editorial Kairos, Barcelona.

GOLEMAN, Daniel 2006. *Inteligencia Social. La nueva ciencia de las relaciones sociales*. Editorial Kairos, Barcelona.

GONZÁLES, Eliazar, ARRAS, Ana María, MORIEL, Leticia 2008. “La profesionalización en enfermería: Hacia una estrategia de cambio”. En: *TECNOCENCIA Chihuahua*, Vol. VI. (6), N°1.

GONZÁLEZ, María Luisa 2004. “Educación en derechos humanos. La construcción del sujeto de derecho”. En: *Observatorio de políticas públicas de derechos humanos en el Mercosur. Un compromiso regional*. Montevideo. Disponible en:  
[http://www.observatoriomercosur.org.uy/libro/educacion\\_en\\_derechos\\_humanos\\_la\\_construccion\\_del\\_sujeto\\_de\\_derecho\\_15.php](http://www.observatoriomercosur.org.uy/libro/educacion_en_derechos_humanos_la_construccion_del_sujeto_de_derecho_15.php) (Consulta: 15 de noviembre de 2008).

GONZÁLEZ, Teresa 2008. “El aprendizaje de la maternidad: Discursos para la educación de las mujeres en España. (Siglo XX).” En: *Convergencia*, enero-abril, año/vol. 15, número 046. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca.

GRETTER, Lystra y Comisión especial del Colegio Farrand del Hospital Harper de Detroit 2003. *Juramento para enfermeras de Florence Nightingale 1893*. Traducción castellana: Raúl

- Dueñas. American Journal of Nursing 11 (10): 777. Disponible en:  
<http://www.unav.es/cdb/juramento3.html> (Consulta: 25 de septiembre de 2015).
- GUERRERO, Patricio 2002. *La Cultura. Estrategias conceptuales para comprender la identidad, la diversidad, la alteridad y la diferencia*. Ediciones Abya-Yala, Quito.
- HARNECKER, Marta 1979. *Clases Sociales y Lucha de Clases*. Akal Editor, España.
- HERMIDA P., César y LANDÍVAR H., Jacinto 1993. *Crónicas de la historia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca*. Cuenca.
- HERNÁNDEZ G., Lidia 2002. *Neoliberalismo y salud, qué pasó en América Latina, la experiencia cubana*. En: *Rev. Cubana Salud Pública*; 28(3): (revista en la Internet). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000300007&lng=es). (Consulta: 24 de julio de 2015).
- HERRERA, Lizardo 2014. “Estado y Neoliberalismo en el Ecuador: algunas contradicciones no resueltas”. PLAN V. Disponible en:  
<http://www.planv.com.ec/ideas/ideas/estado-y-neoliberalismo-el-ecuador-algunas-contradicciones-no-resueltas> (Consulta: 20 de agosto de 2015).
- HOMEDS, Nuria y UGALDE, Antonio 2005. “Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso”. En: *Revista Panamericana de Salud Pública* 17(3). Disponible en:  
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n3/a12v17n3.pdf>.  
 (Consulta: 24 de julio de 2015).
- HUAIQUIÁN-Silva, Julia; SILES-González, José; VELANDIA-Mora, Ana Luisa 2013. “La enfermería de la Orden de San Juan de Dios en el Chile colonial.” En: *Aquichán* vol.13 no.2, Universidad de La Sabana. Bogotá.
- IBÁÑEZ, Jesús 2000. “Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión”. En: García, Manuel; Ibáñez, Jesús;

Alvira, Francisco (Compilación). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Editorial, Madrid.

IGAREDA, Noelia y CASAS Gloria 2008. *De la protección de la maternidad a una legislación sobre el cuidado*. Informe de Investigación. Fomento de la Investigación de la Protección Social. FIPROS, Universidad Autónoma de Barcelona.

IGLESIAS, Pilar 2004. *Mujer y Salud. Las Escuelas de Medicina de Mujeres de Londres y Edimburgo*. Tesis Doctoral leída en la Universidad de Málaga- España, Disponible en: <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/16272791.pdf> (Consulta: 15 de marzo de 2010).

JABARDO, Mercedes 2008. “Desde el Feminismo Negro, una mirada al género y la inmigración”. En: Suárez, Lilianam Martín Enma y Hernández, Rosalba (Coord.). *Feminismos en la Antropología: Nuevas propuestas críticas*. Serie XI. Congreso de Antropología de la FAAEE, Donostia, Ankulegi Antropología Elkarte. Disponible en: [www.ankulegi.org](http://www.ankulegi.org). (Consulta: 6 de mayo de 2012).

KINGMAN, Eduardo 2003. *Discurso y relaciones de poder en la primera mitad del siglo XX*. Tesis presentada para optar el título de doctor en Antropología Social y Cultural. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/8422/TesisKingman.pdf?sequence=1> (Consulta: 13 de agosto de 2015).

KINGMAN, Eduardo 2006. *La ciudad y los otros. Quito 1860-1940. Higienismo, ornato y policía*. FLACSO, Sede Ecuador, Quito.

KINGMAN, Eduardo y GOETSCHER, Ana María 2014. “El presidente Gabriel García Moreno, el Concordato y la administración de poblaciones en la segunda mitad del siglo XIX”. En: *Historia Crítica* N° 52, Bogotá, enero- abril.

KLUGER, Viviana 2004. *El rol femenino en el litigio familiar. Ajustes y desajustes, conformismo y contradicción en los pleitos familiares en el Virreinato del Río de la Plata*. En:

<http://www.uoregon.edu/~caguirre/Kluger.pdf> (Consulta: 10 de diciembre de 2008).

KOHEN, Beatriz 2005. “Ciudadanía y ética del cuidado”. En: Elisa Carrió y Diana Maffía (comps.). *Búsquedas de sentido para una nueva política*. Editorial PAIDOS, Buenos Aires.

LABARGE, Margaret 2003. *La mujer en la Edad Media*. Traducción de Nazaret de Terán Bleiberg (1998). Editorial Nerea S.A., Madrid.

LAMATA, Fernando 1998. *Manual de Administración y Gestión Sanitaria*. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid.

LAURELL, Asa Cristina 2014. “Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina”. En: *Saúde Debate*, volumen 38, n°. 103, Río de Janeiro. [http://www.academia.edu/10370441/Sobre\\_a\\_Saúde\\_os\\_Determinantes\\_da\\_Saúde\\_e\\_a\\_Determinação\\_Social\\_da\\_Saúde](http://www.academia.edu/10370441/Sobre_a_Saúde_os_Determinantes_da_Saúde_e_a_Determinação_Social_da_Saúde) (Acceso en 24 de julio de 2015).

LÓPEZ, Ma. Carmen 2004. “El cuerpo vivido como nudo de identidad y diferencias. Una alternativa al cuerpo objetivado”. En: *Antropología y ética ante los retos de la biotecnología*. THÉMATA, Revista de Filosofía. Editorial Universidad de Sevilla.

LÓPEZ, M<sup>a</sup> Carmen 2010. “Hermenéutica del cuerpo doliente-dolido desde la fenomenología del sentir”. En: *Investigaciones Fenomenológicas*, vol. monográfico 2: *Cuerpo y alteridad*. UNED, Madrid.

LÓPEZ, Noemí 2012. “Influencia de la escuela en la formación de los factores psicosociales de la desigualdad y los procesos de transformación social.” En: *Educación* Vol. XXI, N° 41, septiembre.

LÓPEZ, Paola 2011. “VIH-Sida, sin discrimen ni estigma”. En: <http://www.ppelverdadero.com.ec/especial/item/vih-sida.html> (Consulta: 11 de octubre de 2015).

- LORENTE, Belén 2004. "Género, Ciencia y Trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social". En: *Scripta Ethnológica*, Vol. XXVI. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/148/14802602.pdf>. (Consulta: 16 de febrero de 2011).
- LUNA, Lola 1994. "Estado y participación política de mujeres en América Latina: Una relación desigual y una propuesta de análisis histórico." En: Magdalena León (Comp.) *Mujeres y participación política. Avances y desafíos en América Latina*. Tercer Mundo Editores. Colombia.
- LUNA, G. Lola 1996. "Para una historia política con actores reales". En: *Historia Crítica* N° 12, Universidad de los Andes, Enero-Junio.
- LUNA, G. Lola 2005. "La historia feminista del género y la cuestión del sujeto". En: CEME (Centro de Estudios Miguel Enríquez). Web Productions, Chile. Disponible en: [http://www.nodo50.org/mujeresred/f-lola\\_luna-sujeto.html](http://www.nodo50.org/mujeresred/f-lola_luna-sujeto.html) (Consulta: diciembre de 2008).
- LUNA, G. Lola 2009. Familia y maternalismo en América Latina. Siglo XX. En: *La Familia en la Historia*. Ediciones Universidad de Salamanca, España.
- MACEDO, M.; BLANCO, J. 2008. *Infecciones hospitalarias. Temas de Bacteriología y Virología Médica*. Disponible en: <http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/infeccioneshospitalarias.pdf> (Consulta: 1 de octubre de 2015).
- MACHADO, María Helena 1991. "Sociología de las profesiones: un nuevo enfoque". En: *Educación Médica y Salud*, Vol. 25, N° 1. Federación Panamericana de Asociaciones de Escuelas de Medicina y Organización Panamericana de la Salud.
- MACKINNON, Catherine 1995. *Hacia una teoría feminista del Estado*. Ediciones Cátedra, S.A., Madrid.

- MAGER, Robert F. 2002. *Cómo formular objetivos didácticos. El primer paso para el éxito de la formación*. Training Club-GESTIÓN 2000-EPISE, Barcelona.
- MAINETTI, José Alberto 2010. “Realidad, fenómeno y misterio del cuerpo humano”. En: *Revista Quirón*, Universidad Nacional de Colombia. En: <http://www.elabe.bioetica.org/4.htm> (Consulta: 12 de mayo de 2010).
- MALVÁREZ, Silvina; CASTRILLÓN, Ma. Consuelo 2005. “Panorama de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina”. En: *OPS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos*, n° 39. Washington, D.C.
- MANFREDI, Maricel 1993. “El desarrollo de enfermería en América Latina: una mirada estratégica.” En: *Revista Latinoamericana de Enfermería*. Vol. 1, N°1, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo.
- MANFREDI, Maricel y SOUZA, Alina 1985. “Estudio sobre Programas de Formación de Enfermeras Profesionales en América Latina – 1984.” En: *Serie Desarrollo de Recursos Humanos* N° 61. Programa de Personal de Salud. OPS/OMS. Washington, D.C.
- MARTÍNEZ, Ana 2004. “La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas”. En: *Papers 73*, Universidad de A Coruña. Departamento de Sociología y Ciencia Política y de la Administración.
- MARTÍNEZ, Carolina 2012. “El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias”. En: *Ciencia y Salud Colectiva*. Vol. 17, N° 3. Río de Janeiro.
- MARTÍNEZ, Julia 2014. “Maternidad y Maternalismo”. En: *Rebelión*. El Salvador.
- MARTÍNEZ, M. Miguel 2004. “Epistemología Feminista y Postmodernidad.” En: *Conciencia Activa 21*, número 4, abril. Caracas.

- MATA, María Cristina 1996. “Género, lenguaje, comunicación”. En: *Signo y Pensamiento*, No 28 (XV), Universidad Javeriana: Facultad de Comunicación y Lenguaje.
- MAYOBRE, Purificación (2007). "La formación de la identidad de género una mirada desde la filosofía." En: *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* [online], vol.12, n.28. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-7012007000100004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-7012007000100004&lng=es&nrm=iso) ISSN 1316-3701. (Consulta: 13 de septiembre de 2012).
- MEJÍA, Julio 2000. “Muestreo en la Investigación Cualitativa”. En: *Investigaciones Sociales, Revista del Instituto de Investigaciones Histórico Sociales*, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de San Marcos (UNMSM), Año IV, N° 5. Lima.
- MEJÍA, Julio 2004. “Sobre la Investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo”. En: *Investigaciones Sociales*, Año VIII N° 13, UNMSM, Lima.
- MENDES, Alberto y VENDRELL, Pilar 2012. “La subjetividad en resistencia. Mujeres, feminismo y resistencia”. En: *Revista América Latina en Movimiento*. Disponible en: <http://www.alainet.org/es/active/52264> (Consulta: 6 de mayo de 2015).
- MERINO O. Cristina 2008. “Datos Básicos sobre Formación y Distribución de Personal de Salud. Ecuador 1981 – 2006”. En: *El talento humano en los umbrales del nuevo milenio*. II Edición corregida y actualizada. Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud, del Ecuador. CONASA-CONARHUS-ORHUS-ECU N°4. Quito.
- MILK, Richard 1997. *Movimiento obrero ecuatoriano: el desafío de la integración*. Coedición Pontificia Universidad Católica del Ecuador e Instituto de Investigaciones Económicas, Quito.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR 2012. “Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural”. Ecuador. En:



[http://construyamossalud.grupofaro.org/sites/default/files/documentos/Manual\\_Modelo\\_Atencion\\_Integral\\_Salud\\_Ecuador\\_2012%20Logrado%20ver%20amarillo.pdf](http://construyamossalud.grupofaro.org/sites/default/files/documentos/Manual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2012%20Logrado%20ver%20amarillo.pdf) (Acceso: 10 de enero de 2014).

MODONESI, Massimo 2006. “Resistencia: subalternidad y antagonismo”. En: *Nueva Época*, Núm. 13, Abril, LIX Legislatura, GPPRD. Disponible en: [http://prdleg.diputados.gob.mx/debate\\_parlamentario/abril\\_2006/pdf/MODONESIDPABRILPDF.pdf](http://prdleg.diputados.gob.mx/debate_parlamentario/abril_2006/pdf/MODONESIDPABRILPDF.pdf) (Consulta: 15 de febrero de 2010).

MOHR, Jean 2006. Perfil mundial de los trabajadores sanitarios. Informe sobre la salud en el mundo 2006. OMS. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2006/06\\_chap1\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2006/06_chap1_es.pdf) (Consulta: 11 de octubre de 2015).

MOJZUK, Marta 2012. *Entre el maternalismo y la construcción socio-política de la maternidad*. En: [http://www.emede.net/textos/martamojzuk/maternalismo-maternidad\\_dea.pdf](http://www.emede.net/textos/martamojzuk/maternalismo-maternidad_dea.pdf) (Consulta: 20 de marzo de 2014).

MONTAÑO, Sonia 2010. "El cuidado en acción". En: Montaña, Sonia y Calderón, Coral (Coord.). *EL CUIDADO EN ACCIÓN. ENTRE EL DERECHO Y EL TRABAJO*. Cuadernos de la CEPAL 94. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile.

MONTES DE OCA, V. 2005. “Redes comunitarias, género y envejecimiento”. *Cuadernos de Investigación* N° 31, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México, D. F.

MONTÚFAR, César 2000. *La reconstrucción neoliberal. Febres Cordero o la estatización del neoliberalismo en el Ecuador. 1984-1988*. Coedición: Ediciones Abaya-Yala y Universidad Andina Simón Bolívar, Quito-Ecuador.

MORALES, Mario Roberto 2007. “A fuego lento. Subalterno”. En: *La Insignia. Guatemala*. Disponible en: <http://www.lainsignia.org/> (Consulta: 15 de octubre de 2009).

MORETÓN, Arancha 2014. “Los límites del derecho de acceso a la información pública.” En: *Revista Jurídica de Castilla y León*. N° 33, mayo. En:

[http://www.jcyl.es/web/jcyl/AdministracionPublica/es/Plantilla100Detalle/1215245063566/\\_/1284319275652/Redaccion](http://www.jcyl.es/web/jcyl/AdministracionPublica/es/Plantilla100Detalle/1215245063566/_/1284319275652/Redaccion)  
(Consulta: 5 de octubre de 2015).

MOUFFE, Chantal 1993. “*Feminismo, ciudadanía y política democrática radical*”. En: *Debate Feminista*, Año 4, v. 7, México.

MURILLO, Soledad 2004. “Cara y Cruz del Cuidado que donan las Mujeres”. En: *Congreso Internacional SARE 2003: Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado*. Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea. Fondo Social Europeo. Vitoria-Gasteiz.

NÁJERA, R.M. y CASTRILLÓN, M.C. 2007. *La Enfermería en América Latina. Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un Plan de Desarrollo*. Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería – ALADEFE. Disponible en:  
[http://www.aladefe.org/index\\_files/docs/articulos/la\\_enfermeria\\_en\\_america\\_latina.doc](http://www.aladefe.org/index_files/docs/articulos/la_enfermeria_en_america_latina.doc) (Consulta: 28 de diciembre de 2013).

NARGANES, José Claudio y NARGANES, Alejandra 2011. “La educación de la mujer en el siglo XIX.” En: *Revista clave XXI. Reflexiones y experiencias en educación*, N°5. Disponible en:  
[http://www.clave21.es/files/articulos/E21\\_MujerSigloXIX.pdf](http://www.clave21.es/files/articulos/E21_MujerSigloXIX.pdf)  
(Consulta: 7 de mayo de 2014).

NASH, Mary 2005. “Representaciones culturales y discurso de género, raza y clase en la construcción de la sociedad europea contemporánea”. Disponible en: (Consulta: diciembre 8 de 2008).

NASH, Mary 2006. Identidades de género, mecanismos de subalternidad y procesos de emancipación femenina.” En: *Revista Cidob D’afers Internacional* 73-74. *Lo intercultural en acción, identidades y emancipaciones*. Mayo-Junio. Barcelona.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) 2005. *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: Aprender de las experiencias anteriores. Secretaría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Disponible en:

[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/action\\_sp.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf)  
f (Consulta: 23 de julio de 2015).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) 2009. *Resumen analítico Las mujeres y la salud. Los datos de hoy la agenda de mañana*. Ediciones OMS, Suiza.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2008. *Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington D.C.: OPS.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2011. *Regulación de la Enfermería en América Latina. Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud. Unidad de Recursos Humanos para la Salud*. Serie Recursos Humanos para la Salud No. 56. Washington, D. C.

OROZCO G., Martha Lucía 2010. La influencia del darwinismo en Iberoamérica. TRIM, 1.

ORTÍ, Alfonso 2000. “La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo”. En: García, Manuel; Ibáñez, Jesús; Alvira, Francisco (Comp.). En: *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Editorial, Madrid.

OSSENBACH, Gabriela 1993. “Estado y Educación en América Latina a partir de su independencia (siglos XIX y XX)”. En: *Revista Iberoamericana de Educación. Estado y Educación*. Número 1.

PACHECO, V., LÓPEZ, R., ESTRELLA, E., RODRÍGUEZ, E. 2002. “Orígenes del Ministerio de Salud Pública”. En: Fierro Benítez R., Hermida Bustos C., Granda E., Jarrín Valdiviezo H., López Paredes R., (Eds.). *El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí, la OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del siglo XX*. Representación OPS/OMS- Ecuador. Quito.

PALADINES, Carlos 2007 “La odisea de la modernización en el Ecuador: dos momentos de su desarrollo”. En: *Estudios de Filosofía Práctica e Historia de las Ideas. Revista anual de la Unidad de Historiografía e Historia de las Ideas*, Mendoza Año 8 / N° 9.

- PAMO-Reina, Oscar 2006. "Medicina en la época colonial 1535- 1821". En: Alarcón, Graciela; Espinoza, Luis; Pamo-Reyna, Oscar. *Medicina y Reumatología Peruanas. Historia y aportes*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
- PATEMAN, Carole 1996. "Críticas Feministas a la Dicotomía Público/Privado". En: Carme Castells (Comp.), *Perspectivas Feministas en Teoría Política*, Paidós, Barcelona.
- PAZ Y MIÑO, Juan 2010. "Ecuador: Las décadas 'neoliberales'". En: *El Telégrafo*, sábado 17 de abril.
- PAZ Y MIÑO, Juan, 2013. *La Revolución Juliana en Ecuador (1925-1931)*, Editogram S.A., Quito.
- PECH, Cynthia y ROMEU, Vivian 2006. "Propuesta Teórica para Pensar al Cuerpo Femenino: Autopercepción y Autorrepresentación como Ámbitos de la Subjetividad". En: *Razón y Palabra*, vol. 11, núm. 53, octubre-noviembre. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199520728016> (Consulta: 15 de julio de 2014).
- PFEIFFER, María Luisa 1998. "El cuerpo ajeno". En: Rozaletti Lucrecia (Edit.). *Corporalidad. La problemática del cuerpo en el pensamiento actual*. Lugar Editorial S.A. Buenos Aires.
- PÉREZ, Amaia y SIRA del Río 2002. "La economía desde el feminismo: trabajos y cuidados". En: *Rescaldos. Revista de diálogo social*, número 7. Universidad de la Rioja.
- PÉREZ M., Isabel (s.f.p.). "Saberes y poderes". En: *Duoda*, Centro de Investigación de Mujeres. Universidad de Barcelona. Disponible en: <http://www.ub.edu/duoda/diferencia/html/es/imprimible7.html> (Consulta: 22 de noviembre de 2010).
- PIERANTONI, Celia Regina y MACHADO, María Helena 1994. "Profesiones de salud: Una formación cuestionada". En: *Educ Med, Salud*, Vol 28, N° 2.

- PORTILLO, José 1995. "Historia de la medicina estatal en Uruguay (1724 - 1930)" En: *Medicina e Historia, Revista Médica Uruguay*; Vol. 11, junio.
- POSTIGO, Marta 2005 "*Feminismo y Modernidad. Debate sobre las antropologías.*" En: *Thémata*, N° 35, Universidad de Málaga.
- PULEO, Alicia 1998. "Patriarcado". En: Celia Amorós (Dir.) *10 palabras clave sobre Mujer*. Editorial Verbo Divino, 2ª edición, Pamplona.
- QUINTERO, María Clara 2001a. "Enfermería en el mundo cristiano". En: *Revista Aquichán*. Universidad de La Sabana, Bogotá - Colombia, Año 1. N° 1, octubre 2001.
- QUINTERO, María Clara 2001b. "Mitos y cuidados de la salud. Una aproximación a la ciencia y al arte". En: *Revista de Enfermería*. <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4401-mitologia2.htm> (Consulta: 18 de marzo de 2010).
- RAMÍREZ, René 2012. *Política Pública de la SENESCYT para el Fomento del Talento Humano en Educación Superior. Acuerdo N° 2012 -029*. Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia Tecnología e Innovación. Quito.
- RAMÓN, Casilda 2004. "América Latina y el Consenso de Washington". En: *Boletín Económico de ICE (Información Comercial Española)*. Cuadernos Económicos N° 2803.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (RAE) 2014. Diccionario de la lengua española. Vigésimotercera edición. Edición del Tricentenario. Impresión: Varese, Italia; encuadernación: Egedsa, Barcelona.
- RHEAUME, Jacques 2000. "El relato de vida y el sujeto social completo". En: *Temas Sociales* N° 30, SUR, enero, Santiago de Chile.
- REYES G., Eva 2009. *Fundamentos de Enfermería. Ciencia, Metodología y Tecnología*. Editorial El Manual Moderno SA., México.

- RIGOL, Assumpta 2003. “Saberes de mujeres. La legitimación del conocimiento masculino”. En: *Cultura de los cuidados*. Segundo semestre 2003. Año VII- N° 14. Pp. 21-22. Disponible en:  
[http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1039/1/culturacuidados\\_14\\_04.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1039/1/culturacuidados_14_04.pdf) (Consulta: 20 de noviembre de 2010).
- RIVERA GARRETAS, María M. 1998. *Nombrar el mundo en femenino. Pensamiento de las mujeres y pensamiento feminista*. Segunda edición, Icaria. Barcelona.
- RODAS, Germán 2010. “Visión histórica de la antinomia salud-enfermedad. Enfermedades en Quito y Guayaquil. Siglos XIX y XX”. En:  
<http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/380/File/Vision%20historica%20de%20la%20antinomia%20salud-enfermedad.pdf>  
 (Consulta: 7 de noviembre de 2013).
- RODRÍGUEZ, Gregorio; GIL, Javier, GARCÍA, Eduardo 1996. *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Ed. Aljibe, Málaga.
- RODRIGUEZ, Tania 2001. “Saber amar. La dependencia en la relación con lo otro de sí”. En: *Duoda. Revista EstudiosFeministas*, núm. 21.  
 En:<http://www.raco.cat/index.php/DUODA/article/viewFile/62579/90755> (Consulta: 28 de abril de 2010).
- ROVALETTI, María Lucrecia. “Corporeidad disimulante, interioridad disimulada. En los fundamentos, una lógica disyuntiva”. En: *Revista Alteridades*, Encuentro XIV. Universidad Autónoma Metropolitana. Disponible en:  
<http://www.chasque.apc.org/frontpage/relacion//anteriores/9701/corporeidad.htm#lista>. (Consulta: 1º de junio 2010).
- ROVALETTI, M. Lucrecia 1998. “La objetivación del cuerpo o el cuerpo como simulacro biológico”. En: Rovaletti Lucrecia (Edit.). *Corporalidad. La problemática del cuerpo en el pensamiento actual*. Lugar Editorial S.A. Buenos Aires.

- RUANO, Leticia 2009. “De la construcción de los otros por nosotros a la construcción del nos-otros”. En:  
<http://educar.jalisco.gob.mx/12/12Letic.html> (Consulta: 28 de enero de 2009).
- RUEDA C, Laura 2006. “La mujer en las profesiones de la salud”. En: *Acta bioeth.*, vol. 12, no.2. Disponible en:  
<http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v12n2/art06.pdf> (Consulta: 10 de enero de 2009).
- SABATÉ, Ana, et., al., 1995. *Mujeres, espacio y sociedad. Hacia una geografía del género*. Editorial Síntesis. Madrid.
- SABUCO i CANTÓ, Assumpta 2012. “El origen del nuevo mundo”. En: Pilar Albarracín: *Textos (selección)*. Disponible en:  
<http://www.pilaralbarracin.com/textos/assumpta.html>  
 (Consulta: 2 de junio de 2015).
- SABATO, Ernesto 2000. *La resistencia*. Editorial Planeta/Seix Barral. Argentina
- SACOTO, Fernando. “La experiencia de contratación de equipos básicos de atención de salud en Ecuador”. En: *Taller Regional de Directores de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de América Latina*. Septiembre de 2009. 2 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Buenos Aires.
- SALDAÑA, Juan J. (Coord.) 1996. *Historia Social de las Ciencias en América Latina*. Grupo Editorial Porrúa. México.
- SALMERÓN, Angélica 2007. “María La Hebrea: la alquimia como ciencia experimental y el preludio de la química”. En: *La ciencia y el Hombre*, Revista de divulgación científica y tecnológica de la Universidad Veracruzana. Vol. 20 N° 1. Disponible en:  
<https://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol20num1/articulos/distintas/index.html> (Consulta: 7 de septiembre de 2015).
- SANDÍN E., M. Paz 2000. “Criterios de validez en la investigación cualitativa. De la objetividad a la solidaridad”. En: *Revista de Investigación Educativa*, 2000, Vol. 18, nº1, Universidad de Barcelona.

- SANTOS, Milton 1996, *De la Totalidad al lugar.*, Editorial OIKOS-tau, Barcelona.
- SCOTT, James 2000. *Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos.* Traducción: Jorge Aguilar, Ediciones Era. S.A. México.
- SCOTT, Joan W. 2000. “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. En *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual.* México. UNAM- PUEG.
- SENPLADES. 2009. “Recuperación del Estado Nacional para alcanzar el Buen Vivir”. En: *Memoria Biental 2007-2009.* Disponible en: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/Recuperaci%C3%B3n-del-Estado-Nacional-para-alcanzar-el-Buen-Vivir-MEMORIA-BIENTAL-2007-2009>. (Consulta: 10 de enero de 2014).
- SENSINI, Antonio 2003. “El color en el diseño gráfico y en el packaging”. En: *Reflexión Académica en Diseño y Comunicación N° IV.* XI Jornadas de Reflexión Académica. Año IV, Vol. 4, Febrero 2003, Buenos Aires.
- SISTO, V. 2008. "La investigación como una aventura de producción dialógica: La relación con el otro y los criterios de validación en la metodología cualitativa contemporánea." En: *Psicoperspectivas*, VII, Chile. Disponible en: <http://www.psicoperspectivas.cl> (Consulta: 15 de agosto de 2012).
- SONTAG, Susan 2011. *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas.* DEBOLSILLO Contemporánea, España.
- SOUZA, Alina 2003. “La formación en enfermería y el desarrollo socioeconómico en América Latina 1850-1950”. En: *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, Vol. I, N° 4.
- SPIVAK, Gayatri 2002. *¿Puede hablar la subalterna?* Traducción del Inglés por Rosario Martín. En: *Textos*, N° 13. <http://www.e-revistas.uji.es/index.php/asparkia/article/view/871/781>



(Acceso en 15 de septiembre de 2025).

- STUVEN, Ana María 2008. “Mujer, Familia y República”. En: Enrique Ayala Mora (Dir.) *Historia general de América Latina. Vol. VII. Los proyectos nacionales latinoamericanos: sus instrumentos y articulación, 1870,1930*. Ediciones UNESCO, Editorial Trotta.
- TAYLOR, S.J. y BOGDAN, R. 1998. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Editorial PAIDÓS, Barcelona.
- TÉLLEZ, Anastasia y HERAS, Purificación 2005. *Representaciones de género y maternidad: una aproximación desde la Antropología Sociocultural*.
- TOLOZA, M. Susana 2009. “Eros y el poder en el cuerpo habitado: el reencantamiento vital en la psicoterapia Junguiana.” En: Martha Bachino e Irma Montt (Eds.). *Anales del V Congreso Latinoamericano de Psicología Junguiana. Eros y poder en la práctica clínica, la educación y la cultura*. Santiago de Chile.
- TOMIC, Patricia y TRUMPER, Rosa 1999. “Poder, desigualdad y género en la construcción del conocimiento: La Universidad Austral de Chile. En: Sonia Montecino y Alexandra Obach (Comp.). *Género y Epistemología. Mujeres y Disciplinas*. LOM Ediciones, Santiago de Chile.
- TORRES Alexandra, SANHUEZA Olivia 2006. “Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería”. En: *Investigación Educación Enfermería*. (24)2.
- TORRES G. Ricardo 2010. *Médicos y Tortura*, Unión Ecuatoriana de Escritores Médicos-UEEM. Disponible en: [http://www.bioetica.org.ec/foro\\_tortura\\_torres.pdf](http://www.bioetica.org.ec/foro_tortura_torres.pdf) (Consulta: 9 de agosto de 2015).
- TREJOS, Eugenio 2012. “Estrategias de desarrollo en América Latina: Una visión global.” En: *Tecnología en Marcha*. Vol. 25, Nº 6.
- TRELLEZ, Eloisa 2004. “La sustentabilidad y la androginia: la necesidad de nuevas rebeldías y de nuevas utopías”. En: *Polis*,

Revista de la Universidad Bolivariana, vol.3, número 009. Universidad Bolivariana. Santiago, Chile. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/305/30500911.pdf> (Consulta : 28 de noviembre de 2010).

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *Human Development Reports. Informe sobre Desarrollo Humano 1997. Desarrollo humano para erradicar la pobreza*. Disponible en: <http://hdr.undp.org/es/content/informe-sobre-desarrollo-humano-1997>. (Consulta: 24 de julio de 2015).

UNIVERSIDAD DE DEUSTO 1998. Diccionario de Hermenéutica. Edición Digital de Derrida en Castellano, Bilbao, 1998. Disponible en: [http://www.jacquesderrida.com.ar/comentarios/peretti\\_2.htm](http://www.jacquesderrida.com.ar/comentarios/peretti_2.htm) (Consulta: 7 de noviembre de 2008).

UNIVERSIDAD DE NAVARRA 2002. *Juramento para enfermeras de Florence Nigthingale, 1893*. Centro de Documentación de Bioética. Traducción castellana de Raúl Dueñas.

UQUILLAS, Carlos 2007. "Breve análisis histórico y contemporáneo del desarrollo económico del Ecuador". En: *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, Número 86. Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/index.htm> (Consulta: 19 de agosto de 2015).

VALCÁRCEL, Amelia. 1999. La política de las mujeres. Ediciones Cátedra, Madrid.

VALCUENDE DEL RIO, José María 1998. *Fronteras, Territorios e Identificaciones Colectivas*. Edita Fundación Blas Infante. Sevilla.

VALCUENDE DEL RIO, José María 2006. "De la heterosexualidad a la ciudadanía". En: *Revista de Antropología Iberoamericana*, Ed. Electrónica Volumen 1, Número 1. Antropólogos Iberoamericanos en Red. ISSN: 1578-9705 AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, Madrid. Disponible en: <http://www.aibr.org/antropologia/01v01/articulos/010107.pdf> (Consulta: 28 de septiembre de 2015).

- VAN DIJK, Teun 1980. “Algunas notas sobre la ideología y la teoría del discurso”. En: *Ideología y Discurso*. Centro de Estudios Lingüísticos y Literarios del Colegio de México. Disponible en: <http://www.discursos.org/oldarticles/Algunas%20notas%20sobre%20la%20ideolog%EDa%20y%20la%20teor%EDa%20del%20discurso.pdf> (Consulta: 1 de marzo de 2010).
- VAN DIJK, Teun 1993a. “Discurso, poder e acceso”. *A Trabe de Ouro*. Santiago de Compostela, Traducción: Manuel Outeiriño. Tomo IV. Disponible en: <http://www.discursos.org/oldarticles/Discurso,%20poder%20e%20acceso.pdf> (Consulta: 22 de diciembre de 2008).
- VAN DIJK, Teun 1993b. “El poder i els mitjans de comunicació”. En: *Periodística*, Barcelona, 6. Disponible en: <http://www.discursos.org/oldarticles/El%20poder%20i%20els%20mitjans%20de%20comunicaci%F3.pdf> (Consulta: 22 de diciembre de 2008).
- VÁSQUEZ, Teresita y HENAO, Ángela 2009. “Del sujeto trascendentalizado al sujeto de la acción”. En: *Miraton* N° 9, Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira. Disponible en: <http://www.utp.edu.co/educación/raton>. (Consulta: 22 de junio de 2010).
- VÁSQUEZ, Martha 2011. “Cuidar e investigar: desafíos metodológicos en enfermería.” En: *Texto Contexto Enfermería*, Florianópolis, Jan-Mar; 20(1).
- VELA P., Fortino 2001. “Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa.” En: María Luisa Tarrés (Coord.) *Observar, escuchar, comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación*. Primera edición, Miguel Ángel Porrúa Editor, México.
- VELANDIA M., Ana Luisa 2008. “Análisis de la periodización utilizada en historia de la enfermería”. En: *Revista Investigación Educación Enfermería*, n° 26 (1), Universidad de Antioquia, Medellín.

- VELASCO, Margarita 2011. “La salud de la población. Medio siglo de cambios.” En: *Estado del país. Informe 0. Ecuador 1950- 2010*. Primera edición, Activa, Quito.
- VELASCO, Margarita y ESCOBAR, Alexandra 2007. “Informe de la consultoría para apoyar el monitoreo de los planes de acción de recursos humanos en salud”. En:  
<http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/smonitoreo.pdf> (Consulta: 14 de septiembre de 2015).
- VELASCO, María de Lourdes 2002. “La Enfermería en el Ecuador”. En: Fierro Benítez R, Hermida Bustos C., Granda E., Jarrín Valdiviezo H., López Paredes R. (Eds.). *El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí, la OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del siglo XX*. Representación OPS/OMS– Ecuador, Quito.
- VERDERESE, Olga 1979. “Análisis de la Enfermería en la América Latina”. En: *Revista Educación Médica y Salud (Educ Méd Salud)*, Vol. 13. N°4. Federación Panamericana de Escuelas de Medicina; Oficina Panamericana de la Salud.
- VILLELA, Fabiola y LINARES, Jorge 2011. “Eugenesia: Un análisis histórico y una posible propuesta.” En: *Acta bioeth.* [online]. vol.17, n.2. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000200005>. (Consulta: 25 de mayo de 2015).
- VITALE, Luis 1987. “Capítulo XII La mitad oculta de la historia: las mujeres”. En: *La mitad invisible de la historia. El protagonismo social de la mujer latinoamericana*, Ed. Sudamericana-Planeta, Buenos Aires.
- VITALE, Luis 2010. “El movimiento de mujeres”. En: *Historia Social Comparada de Los Pueblos de América Latina*. EDisPAL.
- YOUNG, Iris Marion 2000. *La justicia y la política*, Ediciones Cátedra. Madrid.
- ZAFFARONI, Raúl 1992. *La mujer y el poder punitivo*. CLADEM. Comité Latinoamericano y del Caribe para la defensa de los derechos de la mujer.

<http://ricardokrug.com/wp-content/biblioteca/Eugenio%20Raul%20Zaffaroni%20-%20Mujer%20y%20poder%20punitivo.pdf> (Consulta: 28 de septiembre de 2015).

ZAPATA, Alex 2007. “Del triunfo de la Gloriosa a la derrota del proceso de la reforma agraria: 50 años de políticas agrarias en el Ecuador”. En: Michel Vaillant, Darío Cepeda, Pierre Gondard, Alex Zapatta, Alexis Meunier (Edit.). *Mosaico agrario: Diversidades y antagonismos socio-económicos en el campo ecuatoriano*.

Disponible en:

<http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/42005.pdf>  
(Consulta: 17 de agosto de 2015).

ZARCO, Abril 2011. “Maternalismo, identidad colectiva y participación política: las Madres de la Plaza de Mayo”. En: *Revista Punto Género* N°1.

ZERMEÑO, Ana 2006. “El miedo no anda en burro”, la modernidad lo digitalizó”. En: *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, Época II. Vol. XII. Núm. 23, junio, Colima.

## **CUADROS**

CUADRO 1: Algunas teorías y modelos de enfermería producidos de 1860 a 1986

CUADRO N° 2: Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Datos de años diversos entre 1998 y 2004, en 17 de 20 países estudiados.

CUADRO N° 3: Enfermeras y médicos por 1000 habitantes en 23 países de américa, 2003

CUADRO N° 4: Criterios de inclusión del colectivo de estudio

CUADRO 5: Selección, ubicación y características de los sujetos

CUADRO N° 6: Categorías de análisis sobre la práctica del cuidado.  
Dimensión de lo vivido: realidad, experiencia y expresión:  
microrrelatos y grupos focales

CUADRO 7: Distribución de las edades del grupo de participantes en el estudio

## **GRAFICOS**

GRÁFICO N° 1.

Categorías de análisis sobre la práctica del cuidado

# ANEXOS

## ANEXO N° 1: GUION PARA MICRORRELATOS DE VIDA

### OBJETIVO GENERAL DE LA ENTREVISTA:

Promover el relato de las experiencias, modos de ver y significar la realidad individual y colectiva de un grupo de mujeres-enfermeras que viven la práctica del cuidado en espacios públicos y privados en contextos caracterizados por relaciones de poder/subalternidad.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descubrir las motivaciones, intereses, conductas, acciones, luchas y expectativas de las mujeres-enfermeras en el proceso del cuidar en el ámbito laboral y doméstico.
- Describir las experiencias del cuidado, las representaciones y los saberes construidos en torno al ejercicio del poder/subalternidad en su recorrido profesional.
- Identificar las conductas de resistencia, sus límites y definiciones con las que, individual y colectivamente, el grupo de mujeres/enfermeras enfrenta las relaciones de poder/subalternidad en los escenarios donde se practica el cuidado.

### ÁREAS DE INTERÉS

1. Dimensión personal y familiar
2. Dimensión educativa
3. Dimensión laboral: el trabajo del cuidado
4. Poder/subalternidad: percepciones y representaciones
5. Identidades individuales y colectivas (sujeto enfermera)

### ESQUEMA DEL CONTENIDO

#### 1. Dimensión personal y familiar:

- 1.1. Identificación
- 1.2. Procedencia socioeconómica (ascendientes)
- 1.3. Actividad laboral progenitores
- 1.4. Roles en la familia (progenitores - descendientes)
- 1.5. Cambios en los roles
- 1.6. Expectativas en relación a hijos e hijas
- 1.7. Influencia de la familia en sus expectativas personales
- 1.8. Impacto de los estudios de enfermería sobre la vida personal y familiar



1.9. Interacciones sociales (iglesia, deporte, partido político, grupos de apoyo, grupos de amigos...)

## **2. Dimensión educativa:**

2.1. Influencia de la familia, amigos u otros en la decisión de estudiar enfermería

2.2. Vivencias relacionadas con los estudios de enfermería (maestros, compañeras, prácticas, ritmo e intensidad de los estudios, intereses, motivaciones, frustraciones, recuerdos gratos y no gratos...)

2.3. Otros estudios

## **3. Dimensión laboral**

3.1. Acceso y condiciones (contrato, nombramiento, estabilidad, horarios, funciones, salario, capacitación...)

3.2. Organización del trabajo (turnos, rotaciones, responsabilidades, comunicación, información...)

3.3. Reparto de funciones en relación al sexo

3.4. Relaciones interpersonales (colegas, médicos, auxiliares de enfermería, jefes y autoridades, pacientes, otros profesionales, familiares...)

3.5. Opiniones sobre la enfermera y su rol (pacientes, médicos, colegas, otros profesionales, sociedad...)

3.6. Vinculación entre el mundo del trabajo y fuera de él (trabajo remunerado y trabajo en casa...)

3.7. Actividades fuera del trabajo

3.8. Tiempo de ocio (uso y donación)

3.9. Amigos y amigas (dentro o fuera del trabajo)

3.10. Participación en otras actividades

## **4. Relaciones de poder/subalternidad**

4.1. Experiencias

4.2. Capacidad de decidir con autonomía

4.3. Uso de espacios, educación continua y otros derechos

4.4. Insumos para el cuidado de enfermería

4.5. Aplicación de normas, sanciones y otros mecanismos de control

## **5. El sujeto enfermera: percepciones y representaciones:**

5.1. Imágenes sociales (ser)

5.2. Perfil de una buena enfermera (deber ser)

5.3. Autoimagen

5.4. Sentimientos y actitudes sobre su trayectoria como enfermera (orgullo, frustración, negación, autorrealización...)

5.5. Influencia de ser enfermera sobre ser persona (ámbitos específicos: orden, aseo, autocuidado, rituales, compulsiones, normatividad...).

5.6. Expectativas y perspectivas como profesional y ciudadana (estudio, investigación, cambio de trabajo, luchas reivindicativas, consecución de derechos, formación de grupos de reflexión profesional...)

## **ANEXO 2: GUION PARA SESIONES DE GRUPOS FOCALES**

### **1. Objetivos:**

1.1. Compartir las vivencias personales y colectivas de las profesionales enfermeras que trabajan en instituciones sanitarias sobre la práctica del cuidado.

1.2. Identificar los medios usuales de ejercicio del poder (material y simbólico) en la práctica del cuidado.

1.3. Enunciar las figuras y mecanismos de resistencia de índole material o simbólica aplicados –individual o colectivamente– como respuesta al ejercicio del poder en la práctica cotidiana del cuidado en instituciones sanitarias.

### **2. Tema central:**

“La práctica del cuidado y las relaciones de poder/subalternidad”

### **3. Preguntas guía:**

3.1. ¿Qué piensan y sienten las enfermeras sobre su rol como cuidadoras de la salud y la vida?

3.2. ¿Qué percepciones y representaciones tienen sobre la imagen que otras personas se han formado de las enfermeras (usuarios, otros profesionales, administrativos, otros empleados y trabajadores de la institución)?

3.3. ¿Podrían relatar experiencias especialmente gratificantes vividas en la práctica cotidiana del cuidado?

3.4. ¿Qué es lo que más les molesta, les disgusta o les desmotiva en la práctica cotidiana del cuidado?

3.5. ¿Sienten como enfermeras que tienen control sobre su trabajo, vale decir, autonomía, plena capacidad para discernir, decidir y resolver problemas de su responsabilidad, y competencia en la práctica cotidiana del cuidado?

3.6. ¿Han experimentado relaciones de poder/subalternidad en la práctica cotidiana del cuidado? Ejemplos.

3.7. ¿Qué objetivos están presentes y qué medios –materiales o simbólicos– utilizan quienes ejercen el poder para dominar en el medio hospitalario? Ejemplos.

3.8. ¿Qué medios materiales y simbólicos utilizan las enfermeras para reaccionar, resistir, u oponerse a la subalternidad? Ejemplos.