

POLÍTICAS DE ENFERMERÍA ENTRE CLAROSCUROS GLOBALES: A PROPÓSITO DE LA CLARIDAD EN LAS “DAMAS DE LA LÁMPARA”*

Mendizábal, Javier Alejandro**

Morrone, Beatriz***

Resumen

La identidad profesional y cultural de la enfermería se teje invisible a contrapelo del derecho a la salud y del objeto de estudio (el cuidado profesional) gestando una práctica cuestionable desde la ética y la política. Perpetuando la crisis identitaria de quienes históricamente padecen el legado de la religión y el sello fundacional de Florence Nightingale que feminizaron la profesión, le adjudicaron a ésta la especificidad innata del cuidado (dimensión reproductora) pero la subordinaron a la producción al servicio de la expansión mercantilista de la medicina. Se intentará reflexionar sobre los procesos de internacionalización y globalización que han construido y promovido líderes y referentes en distintas etapas y agrupaciones.

Palabras clave: Enfermería - Género - Globalización - Políticas del Cuidado.

Abstract

Nursing cultural and professional identity invisibly knits against the grain of health rights and study objective (professional care) gestating a questionable practice from a politic and ethic perspective. Perpetuating the identity crisis of whom historically suffer the legacy of religion and Nightingale's foundational seal that feminize the profession, gave innate specificity to care (reproductive dimension) but subordinate production serving the mercantile expansion of medicine. We will try to reflect about the internationalization and glottalization processes that have build and promoted leaders and advocates throughout several stages and organizations.

* Enviado 06/10/18. Aceptado 27/03/18.

** Licenciado en Enfermería. Docente Investigador. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Grupo de Investigación “Promoción de la Salud”. Universidad Nacional de Mar del Plata. Correo electrónico: javiermendizabalroces@hotmail.com

*** Doctora en Comunicación. Magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Licenciada en Enfermería. Profesora Titular-Investigadora. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Directora Grupo de Investigación “Promoción de la Salud”. Universidad Nacional de Mar del Plata. Correo electrónico: bmorrone@infovia.com.ar

Keywords: Nursing - Gener - Globalization - Care Policies

Resumo

A identidade profissional e cultural da enfermagem malha-se invisível contra-correntedo direito à saúde e o objeto de estudo (o cuidado profissional) gestando uma prática questionável desde a ética e a política. Perpetuando a crise de identidade de quem historicamente padecem o legado da religião e o selo fundacional de Nightingale que feminizaram a profissão, lhe adjudicaram a especificidade innata do cuidado (dimensão reproductora) mas a subordinaron à produção ao serviço da expansão mercantilista da medicina. Se tentará reflexionar sobre os processos de internacionalización e globalização que têm construído e promovido líderes e referentes em diferentes etapas e agrupamentos.

Palavras-chave: Enfermagem - Gênero - Globalização - Políticas do cuidado.

Introducción

Florence Nightingale es reconocida mundialmente a partir de 1860 como la fundadora de la enfermería moderna, educadora y líder de la profesión. A partir de sus rondas nocturnas en la guerra de Crimea fue bautizada por un soldado como *la dama del candil* (Attewell, 1998), o *la dama de la lámpara*. La mitificación de Nightingale, cristalizó su legado sin permear las críticas sociohistóricas y políticas relacionadas al contexto de la situación de la mujer desde la época victoriana, a fines del siglo XIX, hasta la actualidad. Esta invisibilización en clave de género nos ha permitido cuestionar las decisiones políticas y epistemológicas actuales (Cobo, 2005), y motivado a intentar descifrar en el presente trabajo aquello que nos recuerda Bonder en la frase de Giroux: “¿quién habla en esa teoría; bajo qué condiciones sociales, económicas y políticas formula ese discurso; para quién y cómo ese conocimiento circula y es usado en el marco de relaciones asimétricas de poder?” (1998, p. 2).

Se propone analizar la influencia del capitalismo transnacional en las políticas impulsadas por líderes en enfermería y cuestionar los dispositivos de poder disciplinario, que bajo una aparente neutralidad y cientificismo, no engeneran el colectivo y en consecuencia colaboran en la opresión de una profesión representada por mujeres, a la producción taylorista y a los intereses del mercado. La identidad profesional y cultural se teje invisible a contrapelo del derecho a la salud y el objeto de estudio (el cuidado profesional) gestando una práctica cuestionable desde la ética y la política. Perpetuando la crisis identitaria de quienes históricamente padecen aún el legado de la religión y el sello fundacional de Nightingale que feminizaron la disciplina, le adjudicaron a ésta la especificidad innata al cuidado (dimensión reproductora),

mientras subordinaron la producción al servicio de la expansión mercantilista de la medicina.

Se utilizarán para este análisis dos documentos claves que permiten ejemplificar la lectura de estas relaciones: por un lado, a nivel internacional, uno producido por el Consejo Internacional de Enfermería¹, *Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos* (CIE, 2015), y por otro, a nivel nacional, el sistema de clasificación de pacientes (MSN, 1995) mediante la cual se implementan las *Unidades de Producción de Enfermería* (UPE), basadas en la determinación del ratio enfermero-clasificación del usuario/paciente. Esta unidad/medida se obtiene mediante un cálculo basado en el tiempo que insume realizar actividades de enfermería, basado en el cómputo derivado de cronometrar las prácticas de enfermería. Estas UPE forman parte del dispositivo neoliberal de los 90s en la organización de los cuidados de enfermería en la Argentina.

El análisis realizado permite aproximarnos a entender la situación laboral desfavorable del personal de enfermería, la crisis de identidad y las hegemonías globales de género y patriarcado médico, sostenidas y controladas por organizaciones disciplinares de dominio femenino. Se propondrán estrategias contrahegemónicas que pugnen por una identidad profesional más evolucionada, cimentada en la cultura de los cuidados.

Globalización y políticas en enfermería: miradas de género.

El género se presenta como las relaciones complementarias entre varones y mujeres donde se reconocen jerarquías, derechos, obligaciones, espacios y tareas en flujos de poder particulares a los contextos sociohistóricos y políticos (Maquieira, 2006). La globalización puede entenderse como un “proceso complejo transnacional donde lo económico, social, cultural y político fluye de forma dinámica más allá del Estado-nación en un intercambio de capitales” (Maquieira, 2006, p.43). Ambos conceptos son polisémicos y requieren ser presentados para guiar el análisis.

La época victoriana y la fundación de la enfermería moderna.

Para comprender los vínculos actuales entre globalización, políticas en enfermería y género es necesario revisar el legado del inicio de la enfermería moderna. Finalizando el siglo XIX, este período es denominado por Keller-Herzog como de

¹El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras (ANE). Representan a más de 20 millones de enfermeras del mundo. Se fundó en julio de 1899 en Londres y actualmente su sede central funciona en Ginebra, Suiza. La Enfermería Argentina lo integra desde 1967 a través de la Federación Argentina de Enfermería (FAE) creada en 1965 en Buenos Aires. El CIE es la primera y más amplia organización internacional de profesionales de salud de todo el mundo. Conforman el grupo de organizaciones profesionales asesoras de la Organización Mundial de la Salud, OMS.

Internacionalización, en el que “se inicia el desarrollo del capitalismo financiero internacional, que llevará al desarrollo del proceso de globalización” y a una división sexual del trabajo, bajo una visión mecanicista del mundo, válida para lograr el avance de la revolución industrial y del capitalismo (Kerogat y Hirata, 1997). Estas divisiones no sólo corresponden a la economía sino a la idea binaria que, mediante justificaciones biologicistas, imponen una diferencia de género a partir de la idea masculina de cultura científicista (Bonder, 1998). La afirmación “ninguna mujer es por sí misma una buena enfermera” (Nightingale, 1995, p. 7) refleja este paradigma. Se apeló al instinto materno de cuidado y a la esencia reproductiva, como políticas, aunque paradójicamente había que formar en la utilidad productiva de cuidado reproductivo. Fue clave invalidar el poder del saber legitimado en su naturaleza que le fue otorgado en un principio (Borderías, Carrasco y Torns, 2011), que consolidó, junto a normas morales y religiosas, su identidad en torno a la sumisión, el espíritu servicial y abnegado.

Nightingale no sólo marcó el comienzo de la feminización de la disciplina sino que le propició el sentido de utilidad pragmática en la división sexual del trabajo, bajo la aparente naturaleza de las mujeres para el cuidado.

(...) lo que podríamos llamar el trabajo de enfermera de hospital, es decir, la labor práctica de la enfermera, cree sinceramente que es algo imposible de aprender en los libros y que sólo se puede aprender a fondo en las salas de un hospital; también cree que para aprender a administrar cuidados médicos en cirugía, la mejor escuela de Europa es observar a una “monja” de cualquier hospital de Londres (Nightingale 1995, p. 70).

Por otra parte, en Argentina, identificamos el paradigma que denominamos contrahegemónico, impulsado por Cecilia Grierson, quien fundó la Escuela de Enfermeros y Enfermeras en 1886. Fue la primera institución educativa para la disciplina en Latinoamérica y se propuso con esta empresa educar a aquellas personas que se encontraban ya trabajando en los hospitales de Buenos Aires careciendo de toda instrucción y también a quienes pudieran interesarse en una profesión con porvenir. En este sentido puede destacarse que Grierson planteó la profesión laica y para ambos sexos, y se centró en identificar y mejorar las condiciones ocupacionales de quienes trabajaban en enfermería (Morrone, 2012).

Sin embargo, *hacer la Argentina por argentinos* no permitió dar cuenta de qué manera se intervino en la feminización y condiciones de empleo para la enfermería ni de la propuesta contrahegemónica de Grierson. La influencia del modelo Nightingale y las representaciones culturales en la sociedad Argentina que miraba y admiraba el progreso en clave europea, consolidó la legitimación exclusiva de un trabajo para las mujeres. Esta colonialidad eurocéntrica es previa a la globalización y marca un flujo escalar de lo internacional en la escala nacional (Sassen, 2007) mitigada por una fuerte obnubilación edificante de la organización del Estado Nación con los ojos en Europa. Según Wainerman y Binstock (1992) la enfermería, en nuestro país, *no nació sino que se constituyó femenina*, hecho que ocurrió entre 1912 y 1916 por un decreto reglamentario,

a partir de la expulsión de los enfermeros varones de las instituciones dependientes de la Asistencia Pública de Buenos Aires. Mientras tanto, el poder e influencia de la Iglesia Católica utilizó como bastión la Escuela de la Sociedad de Conservación de la Fe, propiciando localmente un escenario indiscutible para la validación de la relación mujer-cuidado reproductivo, bajo cierta moralidad. Se selló la subalternidad de la enfermería a la medicina. (Morrone, 2012).

En el recorrido de las décadas siguientes la profesión atravesó tensiones, avances y profundos retrocesos. Por un lado, fueron incesantes los esfuerzos para conservar la sumisión disciplinar por parte de los grupos hegemónicos (instituciones médicas, políticos nacionales y extranjeros) como la Oficina Sanitaria Panamericana -luego Organización Panamericana de la Salud-, la Iglesia Católica y los financiadores de la salud pública para sostener el *statu quo*. Estas avanzadas renovaron y reforzaron las marcas del patriarcado en la disciplina y en el escenario de ejercicio profesional.

Por otro lado, se rescatan, entre la oscuridad del olvido, las innovaciones en la formación que se diseñaron en la Escuela de Enfermería de la Fundación Eva Perón. En ésta se propició el empoderamiento femenino y la función social de la profesión en sintonía con la creación del Ministerio de Salud en el proceso de transformación de un Estado centrado en la caridad y beneficencia, hacia un Estado de Bienestar (Morrone, 2012). Estas conquistas *desaparecieron* ante la interrupción del Estado de Derecho. La dictadura irrumpió en septiembre de 1955 y abrió un escenario de supresión de derechos en todos los planos y de profundo retroceso en el caso de la enfermería.

En los años posteriores, las pujas ideológicas macrosociales que se disputaron en nuestra sociedad marcaron, con cruentas experiencias en los gobiernos de facto, la intervención de un no cuidado cómplice ante la tortura y la desaparición, en la identidad profesional (Bozzi, 2007), tanto como, en menor medida, en las etapas democráticas, la defensa de la salud pública, los derechos de los pacientes y la actividad comunitaria (Morrone, 2012). En paralelo, la mercantilización de la salud requirió de la formación masiva de auxiliares de la enfermería, quienes, para los intereses hegemónicos propios y ajenos a la profesión, fueron manipulados para ocupar las incumbencias propias de la enfermería profesional.

Fue necesario esperar hasta 1991 para lograr la sanción de la primera ley de ejercicio profesional -Ley 24.004-, lo que constituye un indicador del intento del avance contrahegemónico, al reconocer a la enfermería como profesión autónoma. Además, este encuadre legal incrementó la legitimidad de los saberes disciplinares y su potencial desarrollo. Sin embargo, esta conquista nacional se vio empañada por la fascinación de la política neoliberal en la región bajo un sistema global. Este sistema prometía estabilidad económica y financiera con garantías de derecho individuales además de asumir las tensiones civiles y políticas del anterior período democrático. El *globalismo* sin resistencias, entendido como “la sustitución del quehacer político por el mercado mundial” (Beck, 1998, p. 26) explica el impacto de esta ley que, al tiempo que garantizó la autonomía, silenció la disputa política que esto implica hacia adentro y fuera de la

profesión, entregándola a la voracidad del mercado de la salud. La autonomía profesional sin responsabilidad colectiva propiciaría la mercantilización del cuidado, logrando aislarla de los reclamos de los y las trabajadoras frente a la flexibilización laboral y su salud ocupacional, incluso promoviendo la añoranza de una colegiación profesional que se ocupara de la defensa de los derechos laborales, del consenso de presupuestar por prestación, del control de la matrícula y de financiar una pensión profesional por fuera de la seguridad social. En la actualidad lo antes mencionado se materializa en los proyectos de leyes provinciales para la creaciones de nuevos Colegios profesionales que impulsa la enfermería, constituyendo una contundente evidencia de la vigencia del modelo neoliberal.

Neoliberalismo en los 90 en Argentina

La hegemonía neoliberal en América Latina presentó un escenario de libertad de mercado que intervino a nivel multiescalar donde las prácticas y los procesos dinamizaron las relaciones de poder y economía con una notable desnacionalización. Se facilitó entonces la influencia global en el consumo de mercado privado, para ingresar después en el espacio público (Sassen, 2007) y de esta forma se permitió al empresariado flexibilizar la legislación laboral, con el apoyo de estructuras de poder académicas y mediáticas que fortalecieron la propuesta del gobierno nacional, con disímiles reacciones e insuficientes resistencias sindicales. Si antes la escala internacional *hizo sombra* sobre los conocimientos, ideales y propuestas pensadas por Grierson sobre la enfermería en Argentina, que cuestionaba sus condiciones de empleo, en los años noventa el sistema global fue recibido como *luz* para quienes lideraban la enfermería. De tal manera, se renovaron y vigorizaron pleitesías frente a los programas enlatados de los organismos internacionales, se introdujeron los conceptos de eficacia, eficiencia y competencias, se minimizó el poder creativo, el cuestionamiento subjetivo y redujo la autonomía de una política colectiva, obteniendo en consecuencia mayor subalternidad a la medicina y a las necesidades institucionales signadas por el libre mercado. Bajo el slogan: *escasez de enfermeras*, se conformaron modalidades de trabajo, categorización de pacientes, combinación de capacidades, sustitución de funciones, pretendiendo paliar el déficit, incrementando la explotación vía productividad, antes que analizar las causas que generaron la persistencia de esa escasez.

Un ejemplo de esta política para el caso de la enfermería son las Unidades de Producción de Enfermería (UPE) aún vigentes. Tal como se mencionó anteriormente, consisten en un Sistema de Clasificación de Pacientes con el fin de obtener una distribución del personal de enfermería para la atención durante la internación. Esto deja fuera todas las particularidades y singularidades de las personas en situación, así como los procesos de la institución (MSN, 1995). Esta metodología se generó a través del informe producido por los profesores de la Cátedra de Salud Pública II de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, quienes confeccionaron indicadores

que cuantifican, de alguna forma, el peso en la carga de trabajo de enfermería al realizar procedimientos sobre los usuarios. Se considera la complejidad y dependencia de los pacientes siendo de amplio uso en unidades de cuidados intensivos, pero excluyendo las singularidades y necesidades particulares. En el caso de las UPE, las unidades partieron de los resultados obtenidos al cronometrar durante 10 años a estudiantes avanzados de la carrera de enfermería cuando realizaban diferentes procedimientos. Estos promedios terminaron por inferir que 3 minutos de trabajo de enfermería corresponden a una UPE.

Valcarcel (2002) nos recuerda los efectos de la globalización bajo el acostumbramiento a unir utilidad y eficacia con conocimientos tecnificados. Es decir, no hay registro sobre la humanización que requiere el cuidado de la salud sino que se ha decidido buscar en el ahorro de costos.

La UPE, como indicador, *dice mucho más de lo que aparenta medir*. En primer lugar, las 82 actividades medidas para determinar las unidades fueron procedimientos relacionados a las indicaciones médicas y a las normas que abonan a los procedimientos institucionales, como la entrevista al paciente. Siguiendo este ejemplo, la entrevista está estipulada en 15 minutos, con lo cual se ajusta a los requerimientos administrativos de inicio de Historia Clínica o de abreviar el trabajo micropolítico vivo, como postula Emerson Merhy: el trabajo muerto del médico (Merhy, 2006). No puede entenderse que la entrevista se funda en relación a la planificación de cuidados, o mejor dicho, el encuentro que permite comenzar a desplegar la producción de cuidado: si esto fuese así, deberían medirse cuidados relacionados a los diagnósticos enfermeros o a las necesidades y derechos del usuario. Lo que en realidad mensura es lo que la medicina mercantilizada necesita para producir al servicio del consumo.

Los saberes son incuantificables y en definitiva no pueden ajustarse a lo que el servicio reclama, sino a lo que requieren los usuarios (persona-paciente y familia). La producción holística del cuidado y basada en derechos, es antagónica a la política ideológica de las UPE. Las condiciones de trabajo, atravesadas por el rol feminizado del cuidado (enfermería), son mensuradas (vigiladas y castigadas) bajo lógicas taylorianas de eficiencia, que desprestigian los saberes (tecnologías blandas) de trabajo reproductivo y ponderan el trabajo productivo (procedimientos de tecnología blanda), subordinado a la hegemonía institucionalizada transferida a la gestión de la atención en la enfermedad (Merhy, 2006).

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y su postura ideológica

Cada año el CIE elabora un documento de trabajo que se publica internacionalmente con un lema en particular y se presenta como instrumento de difusión e innovación en el día internacional de la enfermería. Para el año 2015 la publicación se centró en promover en la enfermería mundial su responsabilidad en lograr la eficacia de los cuidados y la eficiencia en los costos. La oportunidad de discutir acerca de las

desigualdades que padecen las mujeres enfermeras se ve opacada desde el inicio en ese documento ambiguo.

Sassen (2007) analiza la relación multiescalar en los sistemas globales, donde aparecen las problemáticas subnacionales y locales separadas de otras escalas, principalmente las globales. En el documento, por ejemplo, los determinantes sociales y la salud local no se relacionan con una realidad económica y ambiental de países pobres y desiguales y no se diferencian ni vinculan con los gastos en enfermedades crónicas en los países desarrollados. De esta forma se continúa separando las políticas públicas en salud, como el caso de los sistemas públicos únicos, analizando los riesgos y beneficios pero sin tomar posición en relación al protagonismo del Estado-Nación ni a la dimensión del efecto global inserto en los espacios subnacionales. Pero, por sobre todo, omiten los efectos del consumo capitalista que influyen en el cuidado y en los costos en salud. Las condiciones de trabajo y medio ambiente, y la inmigración, que anuncian como factores desfavorables a la profesión, no dan cuenta de una situación que genera desigualdades entre mujeres y varones dentro de los profesionales de la salud, que se naturalizan en las circunstancias del mercado. El documento se presentó con una imagen en la que una balanza equilibra en un platillo un grupo de personas y en el otro, monedas doradas. Simbólicamente nos remite a la modernización, donde el juego de los actores sociales y los intereses para capitalizar aparecen atenuados y bajo la apariencia de la normalidad (Beck, 1998).

La situación clave para entender las ideologías de los voceros globales, que se presentan incuestionables a través del mensaje de intelectuales y líderes (Bauman, 1999), se evidencia en la sección donde se intenta promover la prescripción enfermera. Esto es incluir a la enfermería en la prescripción de fármacos. La invitación mundial del CIE a avanzar sobre la posibilidad de que enfermería prescriba medicamentos es la síntesis de los intereses de la industria farmacéutica en multiplicar el consumo de fármacos. En este sentido quienes representan al colectivo parecen haber omitido que esta situación no colabora en mejorar los determinantes sociales, como el acceso al agua potable o a la alimentación saludable. Juega en función de los intereses transnacionales en el incremento del consumo y por lo tanto en el aumento de los costos.

La prescripción se explica en la medida en que facilitaría la actividad médica, poder hegemónico que subordinado históricamente a la enfermería, asumiendo ésta una nueva actividad profesional ajena (prohibida en la mayoría de los países), a pesar de haberse alertado durante años y en la misma publicación, que existe una alarmante escasez de personal de enfermería a nivel mundial para dar abasto a los requerimientos de la población. El deseo de prescribir fármacos no se relaciona con la posibilidad de crecer de forma epistémica y en la producción de cuidados incluyendo la innovación farmacológica, sino que se *vende* en mejor medida, un elemento de poder, acorde a las necesidades de incremento de ventas de las empresas farmacéuticas

Crisis identitaria e invisibilización de las relaciones de género.

El diseño de las UPE y la invitación medicalizadora del CIE insisten en reducir los cuidados de enfermería a la producción de consumo orientada a la atención de la enfermedad. Estos mismos actores, como si les afectara cierta amnesia epistémica, se contradicen o confunden en lo que se considera el objeto de conocimiento y estudio, base del fundamento práctico de la profesión: *el acto de cuidar*. Los profesionales de enfermería producen cuidados individuales, familiares y comunitarios participando del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. En este proceso, el cuidado se transforma en acto vivo de intercambio entre personas y esta micropolítica pone de forma indiscutida al ejercicio profesional en función social (Repetto, 2013; Merhy, 2006). Desde las ciencias humanas y sociales debe reconocerse el ejercicio de la enfermería dentro de los cuidadores formales. Se quiere inferir que para desaliento de quienes se reconocen en la exclusividad del cuidado, otros sólo lo perciben como una parte (Bonderías et al, 2011). Los cuidados de salud “antropológicamente desde sus orígenes más remotos, se organizan para cubrir la necesidad de alimentación, lactancia y crianza, que determina el desarrollo cultural de los grupos humanos” (Gabaldón, Galao, Gallardo y García, Siles y Toledo, 1998, p.18).

Según Baumann (1999) quienes transitan libres por los beneficios de la globalización son los turistas privilegiados del mercado de consumo, mientras que los vagabundos permanecen en ámbitos locales inhóspitos. Según esta propuesta, la enfermería continúa mendigando por su identidad dentro del cuidado mientras el liderazgo parece no reconocer que la eficacia en estos cuidados y la eficiencia de los costos no se resuelven garantizando que el modelo dominante de globalización solidifique su estructura ampliando las inequidades históricas.

Se hace necesario reflexionar sobre las propuestas discursivas de género y las políticas que promuevan el derecho a la salud, para discutir sobre los intereses hegemónicos que pueden transformar los actos de cuidado. En el caso de la enfermería, las UPE son utilizadas y ahora vehiculizadas por la acumulación económica y detrimento social, en el campo de la salud por los líderes de las asociaciones de la disciplina. Ante la promesa de mercantilizar procedimientos interdisciplinarios de enfermería como salida a la opresión económica y social, bajo valores económicos acuñados, surge la embestida de la propagación de los colegios profesionales. La promoción de la prescripción farmacológica de enfermería es el último y contundente indicador de sumisión frente a la mercantilización bajo la perversión del biopoder (Foucault, 1980). Inmersos en propuestas globales de consumo se naturaliza la función de enfermería para medicar, aún siendo ilegal en nuestro país y en muchos de los que conforman el CIE. Se crea la ilusión de que, si dejara de serlo, sobrevendría un incremento del prestigio y la autonomía de la actividad, tema de constantes quejas entre los enfermeros, que verían así exorcizada su preocupación con un recetario.

Estas aparentes conquistas de equiparación dentro de profesiones masculinizadas sepultan la potencialidad de sumar los saberes reproductivos y aquellos que en realidad espera, reclama y reconoce la humanidad.

Inconclusión: buscando políticas en enfermería

Nightingale inició, tal vez de forma ingenua, un doble mensaje en la profesión. El candil, la lámpara que utilizaba, ha proyectado claridad sobre la educación, la formación, la innovación y la escritura en enfermería, pero esa misma luz produjo oscuridad en la participación política del colectivo, en el crecimiento epistemológico y en la autonomía del cuidado con valor en el cuidado reproductivo.

La primera estrategia es desnaturalizar el mundo androcéntrico para permitir dar lugar a otro sujeto histórico, abandonando las categorías extragenéricas (Lagarde, 1999) que se continúan asumiendo, por luchas ajenas, para adquirir una identidad política profesional. Para esto resulta interesante la propuesta de Boaventura de Sousa (2010) como alternativa a las experiencias occidentales históricamente desfavorables para la enfermería. Se propone virar hacia el valor de los saberes populares y científicos de aquellos grupos que han padecido las inequidades a consecuencia del colonialismo y el capitalismo. Así las políticas en enfermería pueden pensarse primero desde la ecología de los saberes y su interacción entre el cuidado científico y el reconocimiento del cuidado alternativo. Y, en segundo lugar, desde la traducción intercultural, pudiendo pensar en estrategias de acción que contemplen las relaciones entre aquello que estructuramos, nos estructura, determina y nos determina.

El trayecto histórico de la etapa fundacional nos muestra la propuesta de la Escuela de Enfermeros y Enfermeras impulsada por Grierson, inscripta dentro de las luchas del feminismo inicial. La agenda de reivindicaciones incluyó: la defensa de las mejoras en las condiciones de vida y de trabajo de la enfermería, la delimitación del campo de actividades, funciones y prácticas de la enfermería, la creación de instituciones para ampliar la influencia de la profesión y la militancia asociativo-gremial de las/os enfermeras/os (Morrone, 2018). Asimismo, Grierson describió y denunció las condiciones inadecuadas en el ámbito educativo y laboral en general y en el hospitalario en particular. También propició la discusión sobre el control y la fiscalización de la calidad de atención sanitaria, y la organización e institucionalización de frentes, para resguardar y representar estos intereses (Morrone, 2016).

Décadas después, las innovaciones que diseñó la Escuela de Enfermería de la Fundación Eva Perón para la formación profesional, batalló contra el mandato de la subalternidad de las mujeres en general y de la enfermería en particular. Los aspectos relacionados con la formación política y el entrenamiento específico en la escuela desencadenaron procesos de subjetivación en estas enfermeras y marcaron a fuego la diferencia con el perfil pasivo y subalterno previamente instalado. La escuela las situó en un lugar

protagónico dentro del nuevo espacio de poder inaugurado para las mujeres en el primer peronismo (Morrone, 2013).

Las tensiones y los profundos retrocesos por los que transitó la profesión debido a los grupos hegemónicos (instituciones médicas, organizaciones supranacionales y políticas nacionales y extranjeras), sumado a la influencia de la Iglesia Católica y los financiadores del sector de la atención de la salud-enfermedad, forzaron la sumisión disciplinar.

Revalorizar la dimensión cuidadora como saber valioso y promotor de la pluralidad en un mundo global, permite superar los valores impuestos desde la hegemonía androcéntrica en la productividad, el consumo y la ética patriarcal de la utilidad.

Bibliografía

Attewell, Alex (1998) "Florence Nightingale: Perspectivas". *Revista trimestral de educación comparada*. París: UNESCO: Oficina Internacional de Educación, vol. XXVIII(1), págs. 173-189.

Baumann, Zygmunt (1999) *La globalización: consecuencias humanas*. Buenos Aires: FCE.

Beck, Ulrich (1998) *¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización*. Barcelona: Paidós.

Boaventura de Sousa Santos (2010) *Refundación del Estado en América Latina. Perspectivas desde una epistemología del Sur*. Lima, Perú: Instituto Internacional de Derecho y Sociedad.

Bonder, Gloria (1998) "Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente". En: *Género y Epistemología: Mujeres y Disciplinas*. Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEG). Chile: Universidad de Chile.

Bonderías, Cristina; Carrasco, Cristina; Toms, Teresa (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Los libros de la Catarata.

Bozzi, Carlos (2007) *Luna Roja*. Argentina: Suarez.

Cobo, Rosa (2005) Globalización y nuevas servidumbres de las mujeres. *Mujeres en Red. El periódico feminista*. Recuperado de <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article385>

Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (2015) *Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos*. Ginebra, Suiza: Autor.

- Foucault, M. (1980) Nacimiento de la biopolítica. *Annuaire du Colege de France, París*. Archipiélago, núm. 30, págs. 119-124. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/28662022/Michel-Foucault-Nacimiento-de-la-Biopolitica>
- Gabaldón, M; Galao, R; Gallardo y García, E; Siles, J y Tolero, D. (1998) “El eslabón en la Historia de los Cuidados de Salud”. En: *Index de Enfermería*, N° 20-21, Año VII.
- Kerogat, Daniel y Hirata, Helena (1997) *La división sexual del trabajo. Permanencia y cambio*. Argentina: Asociación trabajo y sociedad.
- Lagarde, Marcela (1999) “Claves identitarias de las latinoamericanas en el umbral del nuevo milenio”. En: Portugal, Ana María y Torres, Carmen *El siglo de las mujeres*. Santiago de Chile: Isis Internacional/Ediciones de las Mujeres. N° 28.
- Maquieira, Virgina (2006) *Mujeres, globalización y derechos humanos*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Merhy, Emerson (2006) *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Argentina: Lugar Editorial.
- Morrone, Beatriz (2013) *Soltando amarras. Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina*. 3° ed. Argentina: Suárez.
- Morrone, Beatriz (2016) “Profesionales y militantes políticas: las graduadas de la Escuela de Enfermería de la Fundación Eva Perón (1948- 1955)”. En: Morrone, Beatriz (Comp.) *Al servicio de las ideas: la enfermería en los procesos populares de liberación en Iberoamérica*. 2a ed. Argentina: Suárez
- Morrone, Beatriz (2016) *CECILIA GRIERSON: La transdisciplinariedad como oportunidad. Estudio de la producción militante intelectual de Cecilia Grierson respecto del debate de la modernidad socio-sanitaria en la argentina contemporánea*. Tesis de Doctorado. Argentina. UNLP.
- Morrone, Beatriz (2018) *CECILIA GRIERSON: “soy una obrera del pensamiento”*. 1 ed. –Argentina. UNLP- Suárez
- Ministerio de Salud de la Nación (MSN). Dirección de Calidad de Servicios (1995) PNGC, *Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en Establecimientos de Atención Médica*. Resolución N° 194 del Ministerio de Salud y Acción Social de La Nación. Argentina: Autor
- Nightingale (1995) *Notas de Enfermería: Qué es y qué no es*. España: MASSON.
- Sassen, Saskia (2007) *Una sociología de la globalización*. Buenos Aires: Katz.
- Repetto, Roberto (2013) “Refundar la enfermería. por una enfermería en saludcolectiva: un viejo desafío en nuevos cenarios”. *Revista ColectivoSalud y Sociedad N° 14*. Recuperado de <http://sociedadysalud.com.ar/textos/enfermeria-Roberto-Repetto.pdf>
- Valcarcel, Amelia (2002) *Ética para un mundo global*. Madrid: Temas de Hoy.

Wainerman, C. y Binstock, G. (1992) “El nacimiento de una ocupación femenina: La enfermería en Buenos Aires”. *Revista Desarrollo Económico*, vol. 32 (126). pp. 271-284.