

ENFERMERÍA HOY: ENTRE CREACIÓN Y ALIENACIÓN

Laura Fascioli ¹

Resumen

Los cambios económicos, políticos, sociales y culturales que se están produciendo en Uruguay, producto de la profundización del modelo capitalista neoliberal, ¿implican modificaciones en el quehacer profesional de Enfermería? Si las hay, ¿repercuten en el proceso salud-enfermedad? Además de generar y aplicar conocimientos profesionales, Enfermería ¿piensa sobre sí misma? ¿Piensa sobre lo que realiza y por qué lo realiza?. El objetivo de este trabajo es aportar información que contribuya a comprender los cambios que ha sufrido Enfermería en las últimas décadas del siglo XX y primeras del XXI y acerca de cómo pueden estar afectando dichos cambios en su ubicación social, en su autocomprensión y en la atención a la salud de la población. Para ello se realiza una revisión y análisis de material bibliográfico de algunos autores que han escrito entre los años 1970 y 2000 sobre el contexto económico-social-cultural-ambiental de ese período y los cambios que se fueron produciendo, el impacto de dichos cambios en la subjetividad, la historia de Enfermería y el lugar social de la mujer. Con este trabajo no se pretende dar respuestas acabadas sino promover la reflexión en el colectivo de Enfermería, sobre aspectos que desde la urgencia de la cotidianeidad se dejan de lado. Es un intento de búsqueda de cambios posibles que alejen de la repetición alienante y mantengan abiertas las puertas de la creatividad en un vínculo profesional que es, ante todo, profundamente humano.

Palabras clave: Enfermería, historia de la Enfermería, lugar social de la mujer, neoliberalismo, alienación, subjetividad.

¹ Licenciada en Enfermería. Licenciada en Psicología. Magíster en Salud Mental. Directora de Departamento de la División Enfermería del Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Profesora Adjunta de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Uruguay. Directora de la Revista Uruguaya de Enfermería (RUE). laurafascioli@hotmail.com

**NURSING TODAY: BETWEEN
CREATION AND ALIENATION**

Abstract

The economic, politic, social and cultural changes that are taking place in Uruguay because of the neoliberal model deepening, do they involve modifications on daily professional nursing work?. If they do, do they affect the health-illness process? Besides generating and implementing professional knowledge, does Nursing think of itself? Does it think about what it does and why it does it? The objective of this work is to provide information that will help to understand the changes that Nursing has suffered in the last decades of the XX century and first of the XXI century and about how they can be affecting these changes in the social location of Nursing, in its self understanding and in the attention to the health of the population. The author presents a review of bibliographic material of some authors who have written between the years 1970 and 2000 about the context economic-social-cultural-environmental impacts of that period and the changes that were occurring, the impact of these changes in the subjectivity, the history of Nursing and the social place of women. With this work the author does not pretend to give final answers but promote reflection in Nursing profession about aspects that are left aside. It is an attempt to search for possible change that prevent from alienating repetition but also that keep open creativity doors in a profoundly human professional tie.

Key words: diagnosis of situation, School of Nursing, Uruguay.

**ENFERMAGEM HOJE: ENTRE
CRIAÇÃO E ALIENAÇÃO**

Resumo

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais que estão acontecendo no Uruguai, produto do aprofundamento do modelo capitalista neoliberal, supõem modificações no serviço profissional de Enfermagem? Se existirem, incidem no processo saúde-enfermidade? Além de gerar e aplicar conhecimentos profissionais, a Enfermagem, se pensa a si mesma? Reflete sobre o que realiza e por quê o realiza? O objetivo deste trabalho é fornecer informações que irão ajudar a compreender as mudanças que a Enfermagem tem sofrido nas últimas décadas do século xx e a primeira do século XXI, sobre a forma como podem estar afetando estas mudanças em o lugar social da Enfermagem, na sua auto-regulação e na atenção à saúde da população. A autora realiza uma revisão do material bibliográfico de autores que têm escrito entre os anos de 1970 e 2000 sobre os impactos econômico-sociais-culturais-ambientais do contexto desse período e as mudanças que estavam ocorrendo, o impacto dessas mudanças na subjetividade, história da Enfermagem e o lugar social das mulheres. Com este trabalho o autora não pretende dar respostas acabadas senão promover, na categoria da Enfermagem, a reflexão sobre aspectos que a urgência do cotidiano deixa de lado. É uma tentativa de procurar mudanças possíveis, que distancie da repetição alienante e mantenha abertas as portas da criatividade, em um vínculo profissional que é, acima de tudo, profundamente humano.

Palavras chave: Enfermagem, história da Enfermagem, papel social das mulheres, o neoliberalismo, alienação, subjetividade.

Introducción

Enfermería no es ajena a las distintas formas que ha adoptado la humanidad para organizarse en sociedad y a las prácticas y posturas ideológicas acerca del ser humano, la división del trabajo, las clases sociales, la vida y la muerte, el proceso salud-enfermedad, las diferencias de género, el lugar de la mujer, el cuidado de la vida y el medio ambiente, etc. Por eso nos detendremos brevemente para realizar un rápido análisis de las mismas que nos permita comprender algunas de las características de la relación humana que se produce en el proceso de Enfermería.

Parto de la *concepción de Enfermería* como disciplina científica - con su cuerpo de conocimientos, metodología y práctica - cuyo objetivo profesional es brindar cuidados que contribuyan a la continuidad de la vida y cuyo quehacer central es la relación asistencial enfermero-usuario. “El cuidado de las personas es una práctica de la humanidad tan antigua como ella misma. La inmadurez, incompletud e indefensión del ser humano al nacer lo hacen depender en forma casi absoluta de otro que lo cuide, le de amparo, le permita llegar a ser. Habitualmente es la madre biológica quien brinda los cuidados; pero no siempre es así, en su ausencia – motivada por variadas causas – la función maternizante la debe cumplir otra persona, pues de lo contrario irremediablemente el bebe humano muere. Algo similar ocurre a cualquier individuo en momentos de vulnerabilidad, de fragilidad, de desamparo, en donde la presencia de alguien que se haga cargo, que cuide, es lo único que puede satisfacer las necesidades básicas de la vida y aliviar la angustia de la soledad. La importancia del cuidado como práctica social no necesita ser fundamentada, simplemente es indispensable. Sin embargo a lo largo de la historia se le ha dado más o menos importancia hasta el momento actual en que se la ha desvalorizado tanto que desaparece de la percepción conciente de la mayoría de las personas como trabajo: se ha vuelto invisible. Esta situación responde a varias causas, una de las cuales tiene que ver con el lugar social ocupado por la mujer, pues en la mayoría de

las sociedades y a lo largo de la historia se consideran las actividades de cuidado como tareas inherentes al sexo femenino. Los trabajos de la mujer relacionados con sus “aptitudes femeninas” se consideran naturales y no se valoran en términos económicos aún cuando quienes los realizan perciban un salario. Cuanto más se parece el trabajo de la mujer a los quehaceres domésticos menos se valoriza y remunera. Tal es el caso de las tareas de limpieza y las de cuidado de personas sanas y enfermas. No se hace un reconocimiento explícito del esfuerzo y el tiempo que esas tareas implican. Por otra parte, en el momento actual, los cambios económico-sociales producto de la aplicación del proyecto neoliberal en gran parte de los países del mundo, han conducido a la fragmentación de la sociedad, el desvínculo, el individualismo, la competencia, la violencia, la alienación, la pérdida del amor y preocupación por el prójimo. Todo es considerado pasible de ser mercancía; el cuidado de la naturaleza y de las personas se realiza desde una concepción utilitaria pues sólo se le da importancia si genera ganancia. (...) En Uruguay la desestructuración del estado benefactor, que antes asumía una parte de las tareas de cuidado de las personas y grupos, ha depositado en la familia (especialmente en la mujer) la responsabilidad del cuidado y la procreación sin proveer de los recursos necesarios para que esta actividad se pueda cumplir en las mejores condiciones posibles. Al mismo tiempo los cambios económico-sociales han conducido a una labilización de la estructura familiar que significa, entre otras cosas, una pérdida de la capacidad de continencia hacia sus miembros más frágiles o más necesitados de cuidado como los ancianos, los niños, las mujeres embarazadas, los enfermos”².

Al decir *vínculo* hago referencia a una *configuración vincular* ya que se trata de un concepto complejo dadas sus dimensiones

² Fascioli L. El cuidado del vínculo Madre-Hijo que realizan Licenciados Enfermeros de centros de salud públicos de Montevideo. Revista Uruguaya de Enfermería, 2006, 1 (1): 14-27. http://164.73.124.24/rue/sitio/num1/1_art02_madre_hijo.pdf

espacial y temporal: en la concretización en el aquí y ahora del vínculo participan aspectos que provienen de lo intrasubjetivo (lo que es propio de la organización interna de la persona), de lo intersubjetivo (aspectos relacionales que se ponen en juego en el interactuar de dos o más personas) y de lo transubjetivo (todo aquello que proviene del macrocontexto histórico y actual). Se concibe como proceso en tanto tiene un inicio, se desarrolla y culmina en una dimensión espacial y temporal distinta, pero que contiene, conserva y supera los aspectos que le dieron origen y que no se termina en el sentido de finitud absoluta sino que se abre y continúa en nuevos procesos vinculares. Por otra parte al considerar *dos personas interactuando* hago referencia tanto a individuos como a grupos. El usuario puede ser tanto un individuo como una pareja, una familia o un grupo que en determinado momento solicitan ayuda. Enfermería puede ser un profesional o un equipo enfermero.

La *relación enfermero-usuario* es un tipo de vínculo con dos (o más) personas interactuando desde posiciones a la vez simétricas y asimétricas. Simétricas en tanto son personas que comparten un mismo momento histórico-económico-social-cultural-ambiental y en la interacción se modifican ambas en el sentido de un aprendizaje con significados diferentes para cada una. Asimétricas en cuanto Enfermería va a la relación con un bagaje de conocimientos y experiencias que le permiten accionar desde un lugar de saber (o de supuesto saber). Por su parte el usuario no es un receptor pasivo que solicita ayuda, sino un ser que actúa demandando atención desde un lugar de conocimientos, creencias y experiencias previas que lo llevan a participar desde sus propias posibilidades generales y coyunturales. Como todo vínculo, la relación enfermero-usuario se concibe como emergente de un entramado relacional histórico-social por lo que es necesario enfocarlo como objeto de estudio desde por lo menos dos perspectivas de análisis: una longitudinal histórica, que posibilite conocer los orígenes y desarrollos de Enfermería y las variaciones que ha tenido la relación

asistencial a lo largo del tiempo y otra transversal que permita estudiar el aquí y ahora del vínculo asistencial dentro de una matriz relacional presente y común para ambos (enfermero y usuario).

La *salud* no es un estado del individuo opuesto a otro estado que es la enfermedad (lo que está sano no está enfermo y viceversa) sino que se trata de un proceso salud-enfermedad, par dialéctico que se expresa en una gradación variable de acuerdo a los momentos por los que pasa la persona (individuo o grupo). No se puede hablar de salud absoluta o enfermedad absoluta sino más bien de una situación susceptible de incluir un cierto porcentaje de malestar. Implica una forma de adaptación activa que puede ser individual o colectiva ante los cambios del medio ambiente natural y social. Comportamientos humanos que pueden ser considerados enfermizos para determinados grupos sociales pueden no serlo para otros. Un ejemplo: la obesidad considerada hoy en muchos casos una patología a tratar fue, hasta no hace mucho tiempo un estado deseable sobre todo para los niños pequeños y las mujeres.

Consideraré al *ser humano* desde la postura científico-epistemológica que lo concibe como un ser natural (racional e irracional), histórico y relacional, emergente de un complejo entramado vincular en el cual se va construyendo de acuerdo a los sucesivos cruces de su particular historia individual y la particular historia de sus grupos de pertenencia contextualizados en determinado momento histórico de la humanidad. El bebe humano nace en un medio económico, social y cultural que lo pre existe y cuyas pautas de funcionamiento se le imponen desde una violencia primaria que lo inaugura como ser social. La familia y la madre son las primeras encargadas de esta función. La *familia* es una organización vincular compleja, con sus dimensiones conscientes e inconscientes, con una particular historia y circunstancia, producto de un determinado momento histórico social que la condiciona a cumplir con una tarea socialmente asignada que es la de ser formadora del sujeto ideológico es decir del ser humano configurado de acuerdo

a las necesidades de la formación social de ese momento. Al mismo tiempo la familia trata de cuidar, contener y proteger a sus integrantes tratando de favorecer su desarrollo personal. Las relaciones internas de la familia suelen reproducir las relaciones sociales generales e intentan perpetuarse como modelo. Por supuesto este planteo es muy esquemático pues en realidad los procesos no son tan sencillos. El individuo no recibe pasivamente lo que la familia le da sino que hace una transcripción particular de sus prescripciones y prohibiciones. Por otra parte las condiciones de la vida cambian más velozmente de lo que la persona en su individualidad y finitud puede ir asimilando y modificando. En la psiquis humana actúan al mismo tiempo y en forma contradictoria representaciones de las vivencias y mandatos de generaciones anteriores y representaciones ideológicas actuales, a veces drásticamente enfrentadas. Esto hace que la persona tenga que resolver dentro de sí, contradicciones históricas de la humanidad, vividas muchas veces como contradicciones propias, contraponiendo la disponibilidad de los tiempos de vida individual con los tiempos históricos. La certeza de la muerte y el tiempo de vida individual - siempre escaso - para resolver las contradicciones genera angustia que se expresa de distintas formas en la relación con los otros. También en el vínculo enfermero-usuario se expresan las contradicciones humanas, tal vez con más fuerza, pues en él están siempre presentes la muerte, la enfermedad, la dependencia, la incompletud, la pequeñez y la relatividad del ser humano.

La unidad entre lo biológico y lo social, a pesar de ser proclamada en el discurso, no siempre es entendida ni aplicada en la práctica. El peso de la concepción dualista del ser humano (espíritu por un lado y cuerpo por otro) es muy intenso a pesar de los intentos de algunos sectores del conocimiento por encaminarse hacia una concepción integradora. En el campo de la salud se sigue actuando como si lo biológico fuera el determinante principal; se deja de lado el complejo proceso de humanización que integra aspectos biológicos, psicológicos,

económicos, ambientales, culturales, sociales, ideológicos, políticos que confluyen interactuando y se expresan en una conducta determinada. Para poder analizar una situación de salud- individual o grupal- es imprescindible conocer el contexto en el cual se produce, su historia particular y la historia del contexto económico-social en la que se desarrolla. Las enfermedades, sus variaciones, sus causas de muerte y sus posibilidades de atención son distintas para cada clase social. No se puede hacer un análisis claro de las enfermedades si no se hace desde una perspectiva que considera las clases sociales. Desde la práctica, es común que los equipos de salud planteen con vehemencia que hay patologías que atraviesan las clases sociales y se producen en todas ellas. Es necesario reflexionar en torno a estas afirmaciones que se acercan más a ser mitos que realidades. Un ejemplo son las adicciones a sustancias ilegales. Se afirma que los individuos de todas las clases consumen sustancias ilegales. Lo que no se dice es, que el tipo de droga, el patrón de consumo, el apoyo familiar y las posibilidades de tratamiento y rehabilitación son muy distintas según la clase social a la que pertenece el consumidor. La pasta base de cocaína (PBC) (cuya introducción en Uruguay coincide con la crisis económica del año 2002) es mayoritariamente consumida por jóvenes (hombres y mujeres) que pertenecen a las clases medio-baja y baja. Para el año 2007³, la prevalencia de consumo de PBC en Montevideo era del 1%. Sin embargo en las zonas más vulnerables desde el punto de vista económico-social (periferia de Montevideo y especialmente zona noroeste) la prevalencia ascendía al 8%. Las posibilidades de tratamiento, el apoyo familiar, la reinserción social del adicto a la PBC están condicionadas también por su pertenencia a determinada clase social.

La *alienación* se puede considerar desde el

³ Datos extraídos de Cuarta Encuesta Nacional de Hogares, Junta Nacional de Drogas (JND), Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD). Uruguay, 2007:46-47.
http://infodrogas.gub.uy/html/encuestas/documentos/2007_4ta_encuesta_hogares.pdf (Consulta: 12 de marzo de 2012).

punto de vista filosófico, psicológico, jurídico o social. El Diccionario de la Real Academia Española⁴ la define como un proceso mediante el cual el individuo o una colectividad transforman su conciencia hasta hacerla contradictoria con lo que debía esperarse de su condición; y desde el punto de vista psicológico como un estado mental caracterizado por una pérdida del sentimiento de la propia identidad. Por otra parte define alienar (del latín *alienāre*) como sinónimo de enajenar, como proceso de transformación de la conciencia. Enajenar proviene del latín *in*, en, y *alienāre* -del latín *alienus*: propio de otro, extraño a uno, ajeno- y se entiende como el pasar o transmitir a alguien el dominio de algo (concepción jurídica); sacar a alguien fuera de sí, entorpecerle o turbarle el uso de la razón o de los sentidos; desposeerse, privarse de algo. Desde el punto de vista psiquiátrico la enajenación es equivalente a la locura y se considera como un estado mental de quien no es responsable de sus actos. Para el psicoanálisis en el estado de alienación el individuo sustituye la realidad vivida por el discurso de otro. Los diferentes conceptos de alienación hacen referencia a algo ajeno a sí mismo, algo que el hombre ya no controla, algo que se vende o un yo que se vuelve extraño a sí mismo. Ya Hegel en 1807, había considerado la enajenación, para el espíritu, como el no reconocimiento de lo creado como obra propia y al producto propio como una realidad extraña, ajena a uno mismo⁵. K. Marx (1844) desarrolla el concepto de enajenación considerando que el producto del trabajo es el trabajo que se ha fijado en un objeto, que se ha hecho cosa; el producto es la objetivación del trabajo. De esta forma el objeto producto del trabajo se vuelve extraño al trabajador, como si fuera independiente de él. La realización del trabajo es su objetivación al mismo tiempo que es la desrealización del trabajador. Pero, agrega Marx, el extrañamiento no se muestra sólo en el resultado, sino en el *acto de la producción*,

en la *actividad productiva* misma y esto sucede cuando tanto el proceso de trabajo como su producto no le pertenecen al trabajador sino a otro. En el sistema capitalista el trabajador trabaja para el capitalista, quien es dueño tanto del objeto producido como del proceso de producción y del trabajador mismo en tanto éste no es considerado como persona sino como fuerza de trabajo o como cosa comprable con dinero, como una mercancía más. El trabajador no trabaja para sí mismo sino para el capitalista que le paga un salario que sólo le alcanza para subsistir. En sus palabras: “*El trabajador es más pobre cuanto más riqueza produce, cuanto más crece su producción en potencia y en volumen. El trabajador se convierte en una mercancía tanto más barata cuantas más mercancías produce. La desvalorización del mundo humano crece en razón directa de la valorización del mundo de las cosas. El trabajo no sólo produce mercancías; se produce también a sí mismo y al obrero como mercancía. Ciertamente el trabajo produce maravillas para los ricos, pero produce privaciones para el trabajador. Produce palacios, pero para el trabajador chozas. Produce belleza, pero deformidades para el trabajador. Sustituye el trabajo por máquinas, pero arroja una parte de los trabajadores a un trabajo bárbaro, y convierte en máquinas a la otra parte. En último término, para el trabajador se muestra la exterioridad del trabajo en que éste no es suyo, sino de otro, que no le pertenece; en que cuando está en él no se pertenece a sí mismo, sino a otro*”⁶. Marx señala que el capital es trabajo enajenado, es el hombre completamente enajenado de sí mismo y el dinero es el poder enajenado a la humanidad: el dinero se eleva sobre los hombres como una potencia extraña e inhumana. Esta enajenación se hace posible desde la instauración de un sistema mercantil dominado por la compra y venta⁷. Por otra

⁴ Diccionario de la Real Academia Española: <http://lema.rae.es/drae/>

⁵ Garaudy R. La enajenación. Cap. IX de Lecciones de filosofía marxista. México: editorial Grijalbo; 1966:197-219

⁶ Marx K. Manuscritos económico-filosóficos de 1844. Primer manuscrito. El trabajo enajenado. Disponible en: <http://www.marxists.org/espanol/m-e/1840s/manuscritos/man1.htm>

⁷ Garaudy R. La enajenación. Cap. IX de Lecciones de filosofía marxista. México: editorial Grijalbo; 1966:197-219

parte el trabajador se aliena respecto a sus compañeros de trabajo, pues el sistema de trabajo capitalista destruye la cooperación natural, generando soledad del individuo, fragmentación de las relaciones interpersonales y vínculos violentos. Una forma de alienación es la reificación: la persona es objetalizada por otro, cosificada por otro. Al mismo tiempo la persona catectiza el discurso de un otro que piensa por él y decide por él, que le impone su ideología; en muchos casos idealiza al otro que la enajena y no es conciente de estar alienada. Para G. Lukacs la reificación es una relación entre personas que adquiere carácter de cosidad⁸ y lo consideró un fenómeno que impregna todas las relaciones en el sistema capitalista.

Metodología

Se realiza una revisión y análisis de material bibliográfico de algunos autores que han escrito entre los años 1970 y 2000 sobre:

- el contexto económico-social-cultural-ambiental de ese período y los cambios que se fueron produciendo
- el impacto de dichos cambios en la subjetividad
- la historia de Enfermería
- el lugar social de la mujer

Se toman como referencia autores clásicos y se actualizan algunos conceptos con datos surgidos de trabajos de autores posteriores referidos a la profundización de los cambios de ese periodo.

El **objetivo** es aportar información que contribuya a comprender los cambios que ha sufrido Enfermería en las últimas décadas del siglo XX y primeras del XXI y acerca de cómo pueden estar afectando dichos cambios en su ubicación social, en su autocomprensión y en la atención a la salud de la población.

Acerca de Enfermería y su historia

Cuidar es mantener la vida aceptando la muerte: construir en torno *a* y en función *de* todo lo que significa vida al mismo tiempo que acompañar en el proceso de morir;

favorecer el crecimiento y el desarrollo en la certeza de la muerte individual y de la posible (y deseada) permanencia de la especie. Por ello ha estado siempre fuertemente vinculada a funciones sociales desarrolladas en torno a la capacidad de fecundación de las mujeres y a la función materna. En realidad tanto hombres como mujeres son capaces de cuidar, proteger y amparar a quienes lo necesitan y por supuesto también ambos son capaces de ser indiferentes, de responder con agresión y violencia o de desamparar. Pero, desde la biología, el cuerpo de la mujer – sus huecos, honduras, humedades y sus senos dadores de alimento – la sitúan como la que naturalmente puede amparar, cubrir, nutrir. Por lo demás la mayoría de las sociedades esperan que sea la mujer quien asuma las tareas de cuidado de niños, ancianos y adultos enfermos o desvalidos. Consciente e inconscientemente se castiga más a la mujer que no es capaz de cuidar o de amparar (especialmente a sus hijos) que al hombre. La madre – como función y en su ser real concreto – es colocada en los extremos de la valoración y expresada a través de un discurso ambivalente: se la idealiza y se la menosprecia; se la idealiza en el discurso y en la práctica se la abandona a sus propias fuerzas. Esta postura es concordante con la valoración social de la mujer y con el lugar disociado en que se la ubica desde hace siglos: la santa y la puta. Desde la realidad y haciendo abstracción de todos los simbolismos, mitos y creencias, el cuidado materno (como función) es imprescindible: el bebe humano en su indefensión muere irremediamente sin él. Hasta la aparición de los cuidados de enfermería tal cual se conocen hoy en el mundo occidental, ellos fueron concebidos de distintas formas según los distintos momentos históricos. Según lo que se sabe a través de ensayos, estudios históricos, antropológicos y arqueológicos (como los realizados ya en el siglo XIX: JJ. Bachofen (1861)⁹, F. Engels (1884)¹⁰) los pueblos primitivos, de acuerdo a

⁸ Honneth A. La reificación. Buenos Aires: Katz; 2007:23

⁹ Bachofen JJ. El matriarcado. Una investigación sobre la ginecocracia en el mundo antiguo según su naturaleza religiosa y jurídica. Stuttgart; 1861. Ediciones Akal. Madrid; 2008.

¹⁰ Engels F. El origen de la familia, la propiedad

la división sexual del trabajo, esperaban que los hombres realizaran todas aquellas actividades de fuerza y desplazamiento que significaban la caza y la defensa del grupo de ataques externos, en tanto de las mujeres se esperaba que realizaran todas las actividades internas del grupo vinculadas con la reproducción y la producción doméstica: parir y cuidar de los hijos, cuidar de ancianos y enfermos, producir y preparar alimentos, elaborar vasijas y telas, sembrar y cultivar, etc. Pero además, según P. Donahue (1985) las mujeres de las tribus eran las que aplicaban tratamientos y aprendían a tratar los heridos y bajar la fiebre. Por esta función las mujeres eran veneradas y respetadas, particularmente las ancianas que eran consideradas mujeres sabias. Con el surgimiento de la propiedad privada, de las sociedades divididas en clases, del pasaje de los sistemas matriarcales al patriarcal¹¹ y de la imposición del monoteísmo religioso, la posición social de la mujer fue variando, se comenzó a modificar el valor asignado a las funciones consideradas “propias” y se la colocó en un lugar inferior en relación al hombre. La ideología de las clases dominantes a partir del surgimiento de la propiedad privada, privilegió el lugar del hombre productor y propietario tanto de los medios de producción como de las mujeres y los hijos y por supuesto de sus esclavos. Ser dueño absoluto de “su” mujer y exigir su fidelidad sexual, permitía al hombre estar seguro de su paternidad y de la continuidad de su “sangre”, así como de la transmisión de sus riquezas a sus legítimos herederos.

Los quehaceres de orden femenino, como los cuidados de personas sanas y enfermas se comenzaron a considerar inferiores y subordinados y eran cumplidos por mujeres de cualquier condición o por hombres

desvalorizados o de clases sociales inferiores. En Grecia, por ejemplo, como las mujeres no podían ser iniciadas en los “misterios” de ningún arte, las tareas de cuidado eran cumplidas por hombres esclavos. Las mujeres circunscribían sus tareas de cuidado a la de niños y embarazadas: eran amas de cría, ayas y parteras.

Durante un largo período, los cuidados – vinculados con el cuerpo y la alimentación a través del ejercicio de prácticas rituales apoyadas en los ciclos de la Naturaleza – eran prodigados por mujeres y se transmitían oralmente de generación en generación. El valor social de los conocimientos que poseían esas mujeres les permitía tener un cierto lugar de consideración y poder dentro del grupo (Collière, 1982). Pero a partir de la Antigüedad y luego en la Edad Media en Europa, con el afianzamiento de las religiones monoteístas – como la judeo cristiana – dentro de un contexto de una sociedad patriarcal, piramidal y dividida en clases, la situación comenzó a cambiar. El desarrollo del comercio promovió el crecimiento de las ciudades y el fortalecimiento de una clase integrada por mercaderes, tenderos, artesanos y banqueros. Los barrios de las ciudades – al crecer en forma rápida y desordenada – se convirtieron en focos de enfermedades, delincuencia, violencia y muerte. El hacinamiento y la propagación de enfermedades infecciosas hacían imprescindible que algunas personas se dedicaran al cuidado de enfermos, tarea asumida por particulares y por órdenes laicas, religiosas y militares. Estas últimas se desarrollaron especialmente durante el periodo de las Cruzadas a la Tierra Santa: sus miembros cuando no se encontraban luchando se dedicaban a cuidar a los enfermos y atender a los peregrinos. La mayoría de las órdenes estaban integradas por hombres: caballeros, sacerdotes y sirvientes, pero algunas tenían ramas femeninas. Es el caso de la Orden de los Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalem (1095): tenía una rama de mujeres las cuales realizaban votos de pobreza, castidad y obediencia y cuyo objetivo era el cuidado de enfermos manteniendo principios de devoción, entrega,

privada y el Estado. Zürich; 1884. Archivo Marx-Engels de la Sección en Español del *Marxists Internet Archive*, www.marxists.org, 2000, 2012 (consultado: 15 de abril 2012)

¹¹ Al respecto, la “Orestíada”, tragedia griega escrita como trilogía (Aganmenon, Las Coéforas, Las Euménides) por Esquilo (Eleusis, 525 aC–Gela, 456 aC) se refiere al mito que da cuenta del pasaje del sistema matriarcal hacia el patriarcado y de la pérdida del valor social de la mujer.

misericordia, obediencia y gratuidad. La Iglesia desaprobaba y condenaba las prácticas sociales, especialmente las religiosas, que no aceptaban un único Dios; se consideraron prácticas demoníacas y sus seguidores, paganos. Los cuidados instaurados en torno a la fecundación, la fertilidad y los alimentos realizados por mujeres, hicieron aparecer a éstas ante los ojos de la Iglesia como vehículo de creencias y ritos paganos por lo que fueron consideradas culpables de idolatría y despreciadas por ocuparse del cuidado de lo corporal. El cristianismo contraponía el alma al cuerpo, considerando a este último como impuro, como el obstáculo que impedía el avance del alma hacia lo divino. La única realidad verdadera del hombre era su alma y lo despreciable era el cuerpo, especialmente lo vinculado a lo sexual. De ahí que se exaltó la virginidad y la castidad, condenando a la mujer como símbolo de impureza y de fornicación hasta ser un pecado por sí misma. Todo lo referente a la naturaleza y a la maternidad llegó a convertirse en objeto de aversión, considerándose incluso el amamantamiento como un acto de voluptuosidad capaz de debilitar a los niños. La Iglesia, al negar la unidad cuerpo-espíritu y considerar aquel fuente de impurezas, de fornicación y maleficio dio origen a una nueva concepción de los cuidados en la que el cuerpo debía redimirse a través del dolor y el sufrimiento. Una de las consecuencias de esta postura fue el debilitamiento de los hábitos de higiene que contribuyó al recrudecimiento de las enfermedades infecciosas y epidemias características de ese período histórico. La medicina estaba supeditada a los mandatos de la Iglesia y su práctica era realizada por monjes médicos, luego por sacerdotes y clérigos, quienes finalmente dieron paso en el siglo XVI a los primeros estudiantes de medicina y las primeras facultades. De todas formas el ejercicio profesional médico siguió sometido a las prescripciones de la Iglesia. En ese contexto se negó todo el saber adquirido por las mujeres y se proclamó que “toda mujer que osara dispensar cuidados sin haber hecho estudios médicos¹² era bruja y debía

morir” (Collière, 1982:37). Las mujeres principales poseedoras de los conocimientos de cuidados – y por lo tanto en el imaginario social poseedoras también de un poder sobre la vida y la muerte igual a Dios – se convirtieron en el blanco del ataque y la represión de la Iglesia, incluso hasta su condenación y muerte por brujería. La bruja, la mujer con conocimientos que le permitían cuidar a otros seres humanos en salud o enfermedad, se transformó en “cabeza de turco” del mal. Desde finales del siglo XIV hasta principios del XVIII, en Europa Occidental se efectuó en forma drástica la llamada “caza de brujas”. Hubo hombres también dentro del grupo perseguido (magos, hechiceros, adivinos, sospechosos de ser adversarios políticos), pero el 80% fueron mujeres, especialmente de más de 50 años y viudas. De todas maneras, a pesar de la represión intensa, los saberes y prácticas adquiridas por esas mujeres se siguieron transmitiendo en forma subterránea, sobre todo en el medio rural y especialmente en relación con la atención de los partos y el cuidado de los recién nacidos¹³. Algo similar ocurrió con las plantas medicinales cuya utilización por las mujeres fue prohibida y sin embargo ellas las siguieron usando en preparaciones caseras. Al mismo tiempo que degradaba a la mujer, la religión judeo-cristiana, la ensalzaba en su condición de madre pura y le reconocía ser capaz de vencer las necesidades del cuerpo, de renunciar al matrimonio, de elevarse espiritualmente y consagrarse a Dios. En ese momento, en que predominaba el derecho romano, el cual no reconocía derechos a la mujer, escapar al matrimonio se convirtió en una forma de emancipación femenina. Al no tener que hacerse cargo de un hogar, las vírgenes y también algunas viudas, dedicaron su tiempo y su vida a Dios y al cuidado de los pobres y

prohibida a las mujeres hasta finales del siglo XIX.

¹³ A pesar de los avances de la obstetricia, los cuidados de las parturientas y sus bebés eran evitados por los médicos. La estrategia usada para no tener que ocuparse personalmente de ese tipo de cuidados, fue la de instruir a algunas matronas convirtiéndolas en comadronas ayudantes con instrucción médica (Collière, 1982)

¹² La entrada a las Escuelas de Medicina estuvo

desamparados. La consagración implicaba la voluntad de renuncia de sí misma, la alienación de su persona sometiéndose a Dios y a sus representantes en la Tierra: obispo, sacerdote, abad, que por supuesto eran hombres (Collière, 1982). Se estimuló la actividad permanente y se consideraron el ocio y el reposo como pecados¹⁴. A finales del siglo XI aparecieron las monjas Beguinas y las Agustinas cuyas reglas influyeron notablemente en la concepción de las prácticas curativas y de cuidados. En el siglo XVII se forman las Salesas, Hermanas de la Caridad que eluden la clausura y se instalan en distintas zonas “entre el pueblo”, lo mismo que las Hijas de La Cruz, las Hermanas de Saint-Paul y las Hijas de la Sabiduría. La importancia de estos grupos radicó en el hecho de haberse instalado directamente en la comunidad, lo cual cambió el sentido de los cuidados, pues las hermanas de clausura sólo ejercían dentro de los hospitales, que además en ese momento pasaban por una situación deplorable. Las religiosas se ocuparon de administrar los hospitales y de cuidar a los enfermos hasta la Segunda Guerra Mundial (siglo XX). Con la desacralización progresiva del poder político, que dio origen a la separación de la Iglesia y el Estado – lo cual se produjo primero en Inglaterra y los países anglosajones – aparecen las primeras enfermeras laicas, que relevaron a las religiosas continuando la atención de pobres, enfermos y desamparados pero basándose en sus mismos valores. A mediados del siglo XX surgieron las mujeres enfermeras como auxiliares del médico. La ampliación del campo de la medicina, debido al desarrollo científico-tecnológico, obligó al médico a tener un ayudante a quien delegar las tareas rutinarias, que ya no deseaba hacer, como tomar temperatura, realizar exámenes de

¹⁴ Estas prescripciones que encarnaron con fuerza en las religiosas, hicieron que ellas constituyeran una fuerza de trabajo irremplazable, que los poderes políticos estuvieron interesados en restablecer después de la revolución francesa. De ahí la multiplicación enorme de las congregaciones religiosas en el siglo XIX: se calcula que había unas 10.000 religiosas durante la Revolución Francesa que llegaron a 140.000 en 1880 (Collière, 1982: 44).

orina, aplicar cataplasmas y lavativas. Estos ayudantes fueron las enfermeras¹⁵. Se puede decir que la enfermera se constituyó principalmente a partir de dos fuentes que actuaron (y aún actúan) en forma constante interaccionando recíprocamente, la filiación conventual y la filiación médica, a las que habría que agregar la influencia militar surgida de la participación en las ramas femeninas de las Órdenes que actuaron durante las Cruzadas y profundizada con la importante participación de las enfermeras en forma aislada o como parte de organizaciones durante las Guerras. Enfermería como profesión se constituyó entonces, en torno al servir y no al cuidar, servir a los enfermos, a los médicos y a las instituciones.

La impronta es tan fuerte que se mantiene hasta el día de hoy y consciente e inconscientemente los enfermeros – especialmente las enfermeras – mantienen valores como la entrega gratuita y altruista, la abnegación, el sacrificio y la renuncia. S. Malvarez (1992) lo expresa diciendo que la enfermería de hoy conserva predilección por la subordinación, el valor, el orden y la organización jerárquica y agrega que el valor asignado a las enfermeras surge del cargo (supervisora, jefe de departamento, jefe de sala) y no de la competencia científico-técnica. En la actualidad – y cada vez con más frecuencia – a las empresas (públicas o privadas) del sistema de atención a la salud, les interesa más el costo económico del cargo que la competencia científico-técnica del enfermero. Los niveles gerenciales tienden a reducir costos, por lo cual contratan más auxiliares o técnicos que licenciados¹⁶. Estos

¹⁵ “Las enfermeras son una verdadera bendición para estos doctores solicitados por todas partes; tienen a su disposición una mano de obra médica que no se interesa ni por la práctica en sí misma ni por las ideas de la Medicina y que parece no tener en la vida más que una única vocación, la de servir” (Collière, 1982: 61).

¹⁶ Si bien no ha sido aún estudiado en profundidad, los licenciados enfermeros uruguayos que trabajamos a niveles administrativos altos y que formamos parte de los tribunales de concurso de ingreso (cuando se realizan) observamos que la gran mayoría de los concursantes que se presentan para cargos de auxiliares de enfermería, son en realidad

valores aparecen también en la relación asistencial. Es habitual que el usuario acepte el destrato por parte del médico como un mal que no hay más remedio que tolerar a cambio de un saber que los puede “curar”, frente al cual se sienten inferiores y dependientes. En cambio Enfermería es evaluada por el usuario no por sus conocimientos sino más bien por su entrega, su afectividad y la dedicación que demuestra. Los agradecimientos y las críticas negativas hacia Enfermería surgen más de la calidad del compromiso afectivo que del conocimiento profesional. En ese sentido muchas veces, el malestar que le produce el destrato médico lo proyecta en la enfermera, siendo ésta el objeto personalizado de denuncias que en realidad surgen por el mal funcionamiento del sistema de atención y la tolerancia al destrato médico.

El contexto: globalización, capitalismo financiero, neoliberalismo

La aplicación del proyecto neoliberal impuesto por las más poderosas organizaciones financieras transnacionales a la mayoría de los países del mundo, significa, según Laurell (2000) no sólo un cambio en la política económica sino una reorganización amplia y profunda de toda la sociedad basada especialmente en los principios del mercado. A este proceso, se le llama “globalización”, del anglo-sajón *globalization*. Si bien esta palabra es un término introducido recientemente en el lenguaje cotidiano y popularizado especialmente a través de los medios masivos de comunicación generando la falsa idea de que “se sabe a que se refiere”, no se utiliza con clara conciencia de su significado. Galeano (1999) sostiene que es una nueva forma lingüística para designar al

licenciados que se ven obligados a presentarse a estos llamados pues hay pocos llamados a concurso para licenciados enfermeros. La reducción de la cantidad de licenciados en relación a la cantidad de auxiliares (sumada a la reducción de la cantidad global de licenciados en las instituciones) que se ha venido produciendo en forma acelerada en Uruguay a partir de la década de 1990, ha llevado a un presente de desprofesionalización del cuidado enfermero, con todas las consecuencias que ello trae en la atención a la salud.

imperialismo¹⁷. Olesker (2000) plantea que es una nueva fase del sistema capitalista que comenzó a desarrollarse a partir de la crisis de los años 60 del siglo XX y que ha permitido un aumento importante de la tasa de ganancia a nivel mundial, lo cual se ha logrado en base a una profunda conversión tecnológica en especial de los países centrales y un deterioro de las condiciones de trabajo en todos los países, particularmente en los dependientes. Agrega que lo más característico de esta fase es una profundización y mundialización de las relaciones de dominación en donde las empresas transnacionales se consolidan como articuladoras de la generación y apropiación de valor y que EE.UU ocupa el lugar de potencia imperialista hegemónica mundial, lugar que en las décadas de los años 70 y 80 compartía con Japón y Alemania¹⁸, absorbiendo más de la mitad del comercio global y controlando el 65 % del comercio de las Américas. En este contexto el 95 % de la actividad económica es de tipo financiero; existe en un mundo virtual de órdenes de compra y venta de valores o de monedas y apenas el 5% de la economía mundial se destina a la producción de cosas concretas (Ramonet, 1997). B. Stolowicz (2010) señala que el imperialismo actúa como dominio molecular del capital financiero sobre la reproducción económica de los países; utiliza el poder de los estados imperialistas para

¹⁷ Imperialismo proviene del latín *imperium* y significa poder, dominación. En relación al capitalismo“(…) es la fase de desarrollo en que ha tomado cuerpo la dominación de los monopolios y del capital financiero, ha adquirido señalada importancia la exportación de capitales, ha empezado el reparto del mundo por los trusts internacionales y ha terminado el reparto de toda la Tierra entre los países capitalistas más importantes” (Diccionario de Filosofía, 1980)

¹⁸ En un artículo de 1997 Ramonet decía que en ese momento existían tres polos dominantes en la economía mundial: América del Norte, Europa y la zona Asia-Pacífico y que en cada uno de ellos existía un grupo dominante con un entorno de países que configuraban su periferia. Uruguay pertenece a los países del entorno de los EE.UU. Véase al respecto el tema de la reorganización de las relaciones internacionales: Alain Gresh. El consenso de Pekin. Al Alba de un mundo post estadounidense. dmscheinfeld.wordpress.com/2012/02/27/el-diplo-el-consenso-de-pekín. (consultado: 14 de marzo 2012)

asegurar su penetración territorial y opera por múltiples canales como son la exportación de capitales, de mercancías, tecnologías y a través de la expropiación de riquezas naturales. Según Harnecker (2000) el capital hoy, se traslada a los lugares más alejados de la Tierra y es capaz de ser transferido en segundos a través de circuitos electrónicos – resultado de las nuevas tecnologías en información y comunicación - que unen el mundo de las finanzas. La enorme cantidad de capital movilizado en lapsos brevísimos permite a los especuladores financieros desarrollar poder económico y político suficiente como para intervenir en los planes de los distintos países de acuerdo a su propia conveniencia. Para asegurar ese dominio se presenta a la globalización como un proceso evolutivo, casi natural, sin reconocer que es consecuencia de las decisiones políticas de los grupos más poderosos (Laurell, 2000). Al momento actual se está observando una reorganización de las relaciones internacionales, lo cual influye sobre las características del imperialismo y sobre las formas de dominación: EU de Norteamérica parece ir perdiendo su papel económico dominante y aparecen emergiendo otros centros de poder en China, India, Brasil y Rusia¹⁹.

La implementación del modelo capitalista neoliberal se sustenta en un proyecto económico, socio-cultural-ambiental, político e ideológico que busca – además del crecimiento del capital - la fragmentación de la sociedad (en tanto una sociedad dividida es la mejor fórmula para el control social y la reproducción del sistema) para lo cual, entre otras cosas, fomenta el aislamiento y enfrentamiento entre grupos sociales; la desarticulación de las conquistas logradas hasta el momento por los trabajadores; la desestabilización y absorción política de sus organizaciones de clase (sindicatos, gremios, etc.) y la modificación de las condiciones de trabajo a través del desempleo, aumento de

los empleos precarios, disminución de salarios, eliminación de beneficios sociales e inestabilidad laboral (Binder, 1992). Para lograr estos objetivos, los ideólogos del sistema, recurren a variadísimas formas de ejercer poder y dominio, entre las cuales: 1) generar confusión utilizando un discurso ideológicamente avanzado que plantea la existencia de perspectivas de cambio hacia la mejora de la calidad de vida de las personas, pero concretizado en prácticas en donde el centro no son justamente las personas sino el aumento del capital y la ganancia; 2) mantener paralizadas a las personas en sus respuestas sociales a través de un aumento importante del consumismo²⁰ 3) cambiar la subjetividad de las personas hacia un tipo de sujeto adaptado a las exigencias del mercado y del sistema. Acerca del consumismo, Rifkin (1996) hace notar que no es un fenómeno que se haya producido espontáneamente ni que haya surgido como consecuencia de una naturaleza humana insaciable, sino que fue la comunidad empresarial norteamericana la que se propuso cambiar radicalmente la psicología de las personas en cuanto al uso de los productos de mercado. Cada uno de los países en los cuales se ha impuesto el modelo capitalista financiero neoliberal ha ido instrumentando los cambios de acuerdo a sus particularidades nacionales, pero todos han seguido un conjunto de políticas dirigidas a redefinir las relaciones entre trabajo y capital modificando los vínculos laborales pero también los sociales, familiares, de salud, de educación y de seguridad social existentes así como las relaciones de los seres humanos con el medio ambiente natural. Esos cambios–y la velocidad con que se producen–han transformado profundamente las condiciones

¹⁹ A. Gresh. El consenso de Pekin. Al Alba de un mundo post estadounidense. [dmscheinfeld.wordpress.com/2012/02/27/el-diplo-el-consenso-de-pekín.\(consultado: 14 de marzo 2012\)](http://dmscheinfeld.wordpress.com/2012/02/27/el-diplo-el-consenso-de-pekín.(consultado: 14 de marzo 2012))

²⁰ Moulian (1997) define el consumismo como el consumo que sobrepasa las posibilidades salariales de la persona y la obliga a acudir al endeudamiento. Para ello se hizo necesario ir cambiando la cultura del consumidor y transformando lo que antes era un lujo en una necesidad aún para las personas de menores ingresos. Con la compra a plazos se creó un nuevo mecanismo de domesticación por el cual se somete al trabajador a sus deudas, pues, un trabajador sometido a la inestabilidad de su empleo y al cumplimiento religioso del pago de sus cuotas de crédito pierde su capacidad de participación y de movilización social.

de existencia de las personas, grupos y poblaciones y también su salud. Esta es sacada de su lugar de derecho humano para ser considerada una mercancía más al alcance de aquellos que pueden pagarla.

El modelo capitalista neoliberal se sustenta en 4 proyectos que afectan la subjetividad de las personas y los grupos, su cultura y el medio ambiente en donde habitan. En lo que atañe a lo social es importante subrayar el logro de la fragmentación de los diferentes grupos sociales sujetos a relaciones contradictorias, entre otras cosas para desorientar en la búsqueda de objetivos comunes e imposibilitar las luchas colectivas (Harnecker, 2000). Se intenta desorganizar la sociedad, limitando la construcción de un concepto de mayoría, preparando así el terreno para la formación de una democracia restringida (Binder, 1992). Las personas van perdiendo, además del acceso a los bienes materiales, la posibilidad de encontrar un lugar de trabajo, en el espacio público y las instituciones, en otras palabras, son privados de cualquier posibilidad de inserción social, van quedando excluidos. A partir de esa desvinculación del mundo de las relaciones sociales, “de la ausencia de inscripción del sujeto en una estructura que tenga un sentido, se entra en una trayectoria hecha de una serie de rupturas con relación a estados de equilibrios anteriores más o menos estables o inestables” (Mestriner, 2001: 31). Se instala así un fenómeno en el que aparece la rotura de vínculos sociales, comunitarios y familiares que concluye en una ruptura con las raíces, con la cultura, con los valores propios de una sociedad; se produce un extrañamiento social, alienación social.

El aumento de la marginación se produce en varios países de América del Sur sobre una base social que ya había sido desmembrada, por los procesos dictatoriales que se produjeron entre los años 1970-1985 aprox., los cuales no fueron ajenos a la necesidad de los grupos dominantes de aplicar el proyecto neoliberal. Los efectos de la tortura, las desapariciones, la cárcel y el exilio no se limitan a aquellos que las sufrieron directamente sino a su familia, a la comunidad y a las generaciones siguientes,

rompiendo con el tejido social y los significados de este. Para Stolkiner (1994: 27) el modelo neoliberal se pudo aplicar en América Latina sólo después de la desarticulación social de los años 70, en donde “al terror de Estado se sumó el terror económico bajo la forma de escaladas hiperinflacionarias que operaron de hecho como mecanismo de traslación de ingresos de abajo hacia arriba (...) el terror tiene una operatoria que trasciende los límites temporales de su aplicación. Se invisibiliza en formas de aparente consenso pasivo o indiferencia y opera en las subjetividades y en los funcionamientos institucionales (...) Los procesos de ajuste, a veces llamados estructurales, promueven una fragmentación social seguida de reagrupamientos parciales”²¹. Araújo *et al.* (2002) llaman la atención acerca de los cambios que se están produciendo en la sociedad desde los años 90 a punto de partida de la introducción de la llamada “sociedad del *management*”²², en la cual las viejas relaciones entre trabajadores y capitalistas cambian hacia una nueva forma que si se la analiza superficialmente parece distinta pero que conserva las mismas características de explotación. Los objetivos económicos basados en la contradicción capital/trabajo se profundizan tratando de aumentar las ganancias para lo que buscan lograr la mayor productividad desarrollando

²¹ V. Galli (1985) señaló que uno de los modelos inducidos desde el Estado durante el proceso dictatorial en la Argentina fue el modelo del cáncer: este tenía que ser eliminado aunque para ello hubiera que extirpar tejido sano; extirpación hecha con dolor, agresión, desidentificación, destrucción de los valores, desinformación para el cuerpo social y pauperización creciente de grandes sectores de población, especialmente infantil. Esta situación sirvió de base para la aplicación de la política económico-social neoliberal de las dos últimas décadas.

²² La función primordial de la organización *managerial* es producir organización. La gestión (el *management*) conlleva una cultura empresarial, valores que buscan ser la plataforma común de los trabajadores de una empresa para lo cual hay que lograr su adhesión articulada en creencias y principios tales como la legitimidad del beneficio, el logro de la excelencia, la sintonía entre progreso social y económico, la búsqueda a cualquier costo de la calidad (Aubert y De Gaulejac, 1993 en: Araújo *et al.*, 2002:27).

actividades altamente rentables, de excelencia y con tecnología de punta a cualquier costo. El uso indiscriminado de la tecnología es otro de los aspectos que impactan sobre la subjetividad. Esta nueva forma de organización es esencialmente inhumana, pues las personas comienzan a ser calificadas y clasificadas (se les llama “evaluadas”) tanto en los trabajos que están desarrollando como en el caso de presentarse para conseguir uno, de tal forma que los que no reúnen las características necesarias o la imagen más atractiva quedan fuera del sistema. Así los nuevos vínculos sociales se rigen esencialmente por dos paradigmas, uno, el utilitario (para existir socialmente hay que probar que se es útil o sea que se es capaz de conquistar un lugar de ganador - *winner* - a nivel del mercado) y otro institucionalista (para existir socialmente hay que ser reconocido por una institución o empresa que dé, además de un salario, un lugar). Los que no pueden lograr ese lugar quedan excluidos socialmente – muchas veces en un total desamparo - formando parte del grupo de los perdedores – los *losers*. Los cambios en las formas laborales (desempleo y precarización del empleo), la introducción de la llamada “sociedad *managerial*”, la migración y la exclusión rompen con los ejes centrales de la organización social y familiar, se atomizan las relaciones entre las personas y aparecen formas particulares de malestar y sufrimiento. Una institución utilizada como herramienta fundamental para instrumentar dichos cambios es la educativa. Massera *et al.* (1991) señalaron que a través de la investigación realizada por ellas acerca de la ideología y educación que comenzó a implantarse durante la dictadura en Uruguay, se ha podido comprobar que se utilizó el sistema educativo como instrumento de cambio social dirigido a promover pobreza conceptual, falta de crítica y disminución del grado de elaboración intelectual. Ello significó (y significa cada vez más) una pasivización en los análisis y respuestas de los educandos, ayudando a generar una ruptura con las tradiciones y la mentalidad liberal y democrática del país, así como una notoria disminución de la capacidad de reflexión individual y colectiva.

Cabe pensar e investigar en profundidad qué efecto puede estar teniendo en estos aspectos de la formación intelectual -especialmente capacidad de reflexión e imaginación- el uso indiscriminado e incontrolado de la computadora e internet por parte de los niños. Probablemente de las instituciones que están siendo afectadas por la fragmentación social la que tal vez muestre en forma más transparente las modificaciones es la familia. Un dato importante del cambio familiar es el aumento considerable de mujeres jefes de familia, hecho que se observa especialmente en los sectores de menor ingreso económico y que reproduce las condiciones de pobreza en tanto el salario de la mujer es menor que el del hombre aún para las mismas funciones. El entramado familiar que surge a raíz de estas transformaciones es sumamente complejo y aunque aún no está bien estudiado se sabe que entre otras cosas repercute en el cuidado de los hijos quienes crecen sin las figuras de la madre y del padre, muchas veces bajo la responsabilidad de hermanos mayores o de abuelos u otros familiares y cuya formación se apoya en los medios masivos de comunicación, en las instituciones y en lo que aprenden en la convivencia en la calle con sus coetáneos y con mayores de edad. La falta de cuidados en la niñez (la pobreza en los cuidados) es una forma de violencia social que ayuda a la reproducción de pobrezas de todo tipo²³. Las familias que aún pueden mantener la organización típica también se ven afectadas por la situación económica, pues el salario se ha reducido. Pese a que a través de los datos se observa que el salario en Uruguay mejoró luego de la brusca caída del año 2002, no han recobrado las cifras de 1993 y menos las alcanzadas antes de la dictadura (REDIU, 2010:37). Se hace necesario el multiempleo, en muchos casos de ambos miembros de la pareja, para poder mantener la subsistencia familiar, de manera que el aumento global de horas dedicadas a la subsistencia restringe el intercambio dentro

²³ Un testimonio de los efectos de la pobreza y la marginación en los niños, que permanece cada vez con más actualidad, es la película dirigida en 1950 por Luis Buñuel: “Los olvidados”

del grupo y disminuye la disponibilidad para el cuidado entre sus miembros, en un contexto en que el apoyo social también se debilita. El consumismo tiene el mismo efecto fragmentador al mantener al padre y a la madre muchas horas fuera del hogar para obtener “siempre más”, por encima de sus posibilidades económicas, pasivizados en sus interacciones político-sociales por la sujeción a las deudas (tarjetas de crédito) y limitando los intercambios afectivos familiares en cantidad y calidad (Stolkiner, 1994).

Por otra parte la reforma del Estado en los países en los que se aplica el modelo neoliberal ha llevado al desplazamiento de la responsabilidad de cuidado de la población hacia los particulares quienes deben asegurar por sí solos el bienestar de sus integrantes. Se trasladan a las familias las tareas de cuidado necesarias para algunos de sus miembros pero no se crean medidas económico-sociales que posibiliten su implementación. Se banaliza el cuidado: ahora cualquiera puede cuidar, lo que lleva casi linealmente a la pérdida de importancia de Enfermería como profesión.

Dado el empobrecimiento de gran parte de la población y el debilitamiento estructural de la familia estos cambios significan una sobrecarga económica y social que muchos no pueden sostener concluyendo en una pérdida seria de la calidad de vida, especialmente de sus miembros más vulnerables (niños, adolescentes, embarazadas, ancianos, enfermos). Dice Fassler (2000) que el gran déficit de cuidados que padecen los pueblos, especialmente los de Latinoamérica, se expresa en los niños en la calle, los ancianos abandonados y los pacientes mal atendidos.

El desmembramiento familiar y el abandono de la familia por parte del Estado al restringir políticas sociales de protección y ayuda, promueven la formación de subjetividades desintegradas, desamparadas, solas.

Impactos en la subjetividad

Cada época histórica favorece determinadas formas de subjetividad²⁴, de relacionamiento y de organización de las instituciones sociales. Estas últimas y en especial la familia, sobre todo al inicio de la vida, son las encargadas de ir construyendo el tipo de sujeto necesario al momento histórico-social. Sin embargo la persona no es determinada en forma absoluta ya que la transmisión no se produce mecánicamente sino que se va configurando con los distintos discursos y prácticas sociales existentes transcritos por cada uno de manera distinta. Pichón-Rivière (1977) dice que cada individuo representa internamente su mundo de acuerdo a una fórmula personal, lo que lleva a que cada persona sea única e irrepetible a pesar que comparta aspectos comunes con los otros de su generación. Freud²⁵ ya había señalado en 1916 que el individuo lleva una doble existencia en tanto él es para si mismo su propio fin pero al mismo tiempo es un miembro de una cadena intergeneracional a la cual está sujeto contra su voluntad o por lo menos sin la intervención de esta. Kaës (1994) hace notar que la persona se atribuye a sí misma la representación de ser un individuo único y autónomo, pero en realidad es tributaria de un vínculo con otro y su propio inconsciente es presencia inconsciente del inconsciente del otro. Este planteo permite comprender de que manera los cambios sociales producen modificaciones en la subjetividad, en la mayoría de los casos sin que el propio sujeto se percate de ello. Varios autores que vienen estudiando sobre el tema, como Sternbach (1992), Galende (1997), Restrepo (1998), Morin (1998), Araújo (2002) destacan que la subjetividad actual tiende a

²⁴ Subjetividad surge de sujeto y este, que proviene de **sujetar**, significa someter al dominio de alguien. Desde el punto de vista de la psicología, la subjetividad individual surge multiapuntalada en las funciones biofisiológicas, en el grupo y en las instituciones (Kaës, 1992). Puget (1995) define subjetividad como el ser en relación con otro a lo largo de un proceso en donde el vínculo es la unidad necesaria para que haya sujeto.

²⁵ Freud, 1916: “Lecciones de Introducción al Psicoanálisis”. Buenos Aires: Amorrortu editores. 13ª reimpresión

empobrecerse desde el punto de vista vincular y que muchos de los nuevos síntomas son expresión de la ruptura de los lazos sociales. La fragmentación social y familiar tiende a generar sujetos internamente pobres, superficiales en su percepción de la vida y en sus concepciones, aferrados a lograr cosas materiales que les ayuden a llenar el vacío interior: tener para poder sentir que son. En este sentido el uso y abuso de la tecnología doméstica (TV plasma, computadoras, celulares, iPad, etc.) se ha vuelto un aspecto de las relaciones sociales que tiende a fragmentar a las personas, a limitar las relaciones “persona a persona” y a que estas en lugar de usar la tecnología sean “usadas” por ella perdiéndose en una nueva forma de alienación. Sobre esto nos habla el filósofo uruguayo E. Oyhantçabal²⁶ que señala la peligrosa impronta enajenante que está teniendo la tecnología sobre la subjetividad. Justamente Enfermería está siendo

²⁶ Oyhantçabal, Ernesto. La tecnología definitiva en la era de la ilusión del fin. “(...) el aparato tecnológico ya puesto en funcionamiento en sociedad. No se quiere evaluar sus fundamentos económicos, de diseño o antropológicos; sino que lo que se busca es evaluar cómo la existencia de dichos aparatos reestructura la percepción interna y externa de los individuos. Es decir: ¿se puede hablar de tecnología como antes se hablaba de ideología, como una fuerza que supera y determina las individualidades? Aquí ideología se toma por un conjunto de practicas materiales, puestas en funcionamiento por los Aparatos Ideológicos del Estado (AIE) a través de la interpelación y que obliga al individuo a constituirse en sujeto. A partir de esto la ideología produce un conjunto de ideas que crea una ilusión sobre la realidad. Justamente, el estado actual de tecnología – a diferencia de lo que ocurría en la modernidad, que podría considerarse ciencia – se caracteriza porque ya no importa el artesano ni el usuario, sino la tecnología misma. Nos ubicamos en una sociedad tecnologizaa1, que ya no soporta relaciones de ningún tipo (ni con cosas ni con seres) que no estén intermediadas con tecnologías de avanzada. Esta intermediación suplanta -en cantidad importante como para que sea un hecho destacable – otros tipos de intermediación que antes pudieron determinar las relaciones humanas con el interior y exterior. Es en este punto donde es notable la imposibilidad de dominio sobre la tecnología. Cuando decimos “usuario de la tecnología” deberíamos decir “usado de la tecnología”: lo que se trae adelante es la tecnología misma; lo humano se vuelve el efecto de la tecnología”. <http://pensarjenofanes.blogspot.com> (Consultado: 4 de abril de 2012)

peligrosamente invadida en su función por las tecnologías. Se ha descentrado el concepto central de cuidado y la concepción de Enfermería como “un vínculo relacional y terapéutico” del modo como se plantea en el modelo de Hildegard Peplau²⁷. En su lugar se le da más importancia al desarrollo de cuidados apoyados en instrumentos. Dentro de su autovaloración Enfermería considera “más importantes” o con un nivel mayor de conocimientos (también lo hacen las empresas y los centros de atención a la salud) a aquellos enfermeros que trabajan en áreas especializadas y haciendo un uso importante de instrumentos que mediatizan sus cuidados (Centros de Tratamiento Intensivo, Cuidados Intermedios, Centros cardiovasculares, nefrológicos, oftalmológicos, blocks quirúrgicos). En muchas instituciones de atención a la salud se considera que el enfermero que se sienta a hablar con un usuario-especialmente si este se encuentra hospitalizado- está perdiendo el tiempo y hasta puede ser pasible de sanción por las jerarquías del propio sistema de Enfermería! La impronta del consumo es hoy central en la transmisión del código social y pasa a formar parte de las redes identificatorias del sujeto; afecta en forma diferente a los distintos grupos sociales pero pueden observarse aspectos que se dan de la misma forma en todos ellos: culto a la inmediatez; pragmatismo – se descrece de los proyectos a largo plazo y se privilegia el aquí y ahora concreto; desinvertidura del futuro; atrapamiento en la fascinación inmediata de la imagen; necesidad de una enorme profusión de objetos, informaciones, imágenes que aunque no puedan ser realmente utilizadas son siempre potencialmente consumibles. Es muy interesante al respecto lo que expresa el filósofo uruguayo Sandino Núñez cuando

²⁷ Hildegard Peplau (1909-1999). Enfermera teorizadora de EEUU de Norteamérica quien propuso un modelo de cuidados de enfermería organizado en forma de proceso y que considera el cuidado basado en la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere atención de salud, y una enfermera educada especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. http://es.wikipedia.org/wiki/Hildegard_Peplau (Consultado: 6 de marzo de 2012)

hace una lectura de una propaganda televisiva dirigida al “nuevo uruguayo” (uruguayos de un determinado sector social que se caracteriza por ser consumista, superficial, mezquino, adaptado a la ideología de mercado, con un nuevo tipo de angustia existencial que se apoya principalmente en la posibilidad de perderlo todo)²⁸. Galende (1997) hace notar que el desempleo y el empleo precario, que se van haciendo progresivamente estructurales, ponen en crisis el mayor soporte de la identidad y afecta a uno de los mayores dadores de integración social; se van perdiendo los intercambios personales entre los individuos y van siendo

sustituídos por la ubicación pasiva de las personas como espectadoras frente a los medios masivos de comunicación. La capacidad reflexiva y la autonomía para el despliegue imaginativo van siendo suplantados por los nuevos valores culturales que se centran en la aceptación pasiva del modelo hegemónico impuesto y pueden ser resumidos en el consumismo, mercantilismo, individualismo, competencia²⁹ y división de la sociedad en dos grupos, ganadores/perdedores. Un aspecto especial – que aún no ha sido estudiado en profundidad pero que requiere una atención urgente al respecto – es la utilización de la computadora e internet en niños desde muy pequeños, dado el impacto masivo y concentrado en la subjetividad, lo cual nos interpela en lo que respecta a cuanto afecta esta tecnología sobre la capacidad reflexiva, el desarrollo de la imaginación y la autonomía de las personas. Todos estos cambios en la sociedad y la cultura están produciendo subjetividades de un nuevo tipo caracterizadas principalmente por el miedo, la inseguridad, la violencia, indiferencia social, aislamiento, desconfianza e individualismo y llevan progresivamente al aumento de patologías como adicciones de todo tipo, trastornos del comportamiento, trastornos en las conductas alimentarias, violencia familiar, maltrato de niños,

²⁸ Sandino Núñez: **Un nuevo mundo reaccionario, mezquino y superficial. Sin Alternativas** N° 202. Uruguay, 27/1/2012. “(El nuevo uruguayo es) nuestro nuevo

Prometeo es la forma grosera de una clase media colonizada por un virus mutágeno que la ha convertido en masa consumidora insaciable, y, específicamente, es aquella

variante que sabe surfear con cierta destreza y desenfado en tiempos fáciles” “(...) (el nuevo uruguayo) es alguien fabricado por las columnas

"de más" y "de menos" de la revista Galería. (usa) la lógica imitativa de las modas: ya no consume solamente cosas, sino que consume formas

convencionales, simulacros o rituales. Consume

consumo. (...) ser un "nuevo uruguayo" es de lo

peor que le puede pasar a alguien. No solamente le

han entregado el don de estos nuevos bienes: el

cero quilómetro, el iPhone, el yacuzzi, la tevé

plasma de 1.500 pulgadas, o incluso las palabras

mágicas que lo ligan a ese mundo superior (merlot,

arándano, etcétera). Le han regalado también, y

sobre todo, una larga lista de antidones. El miedo

de perder los bienes, el celo de que se los codicien,

la necesidad de fijarlos para siempre, el rencor

sordo por el que la tiene dos pulgadas más grande.

Y sobre todo, le han dado el horror al rechazo, a no

estar a la altura de la nueva exigencia. En resumen,

le han dado, como antirregalo, el miedo de

que sus bienes no lo acepten a él. En realidad, es él

quien ha sido regalado al iPhone y a la tevé plasma.

Él era, desde un principio, el objeto sacrificial

a ser yugulado en el altar del consumo. Por eso el

nuevo mundo del nuevo uruguayo es tan

reaccionario, mezquino y superficial. Es el nuevo

Uruguay

de la inseguridad, de los asaltos, de los

megaoperativos, de las firmas para bajar la edad de

imputabilidad” [http://www.semanario](http://www.semanarioalternativas.info/archivos/2012/1enero/202/PORTADA/paginas_portada/Articulos/UN_NUEVO_MUNDO.html)

[alternativas.info/archivos/2012/1enero/202/PORTA](http://www.semanarioalternativas.info/archivos/2012/1enero/202/PORTADA/paginas_portada/Articulos/UN_NUEVO_MUNDO.html)

[DA/paginas_portada/Articulos/UN_NUEVO](http://www.semanarioalternativas.info/archivos/2012/1enero/202/PORTADA/paginas_portada/Articulos/UN_NUEVO_MUNDO.html)

[MUNDO.html](http://www.semanarioalternativas.info/archivos/2012/1enero/202/PORTADA/paginas_portada/Articulos/UN_NUEVO_MUNDO.html) (Consultado: 4 de febrero 2012)

²⁹ Carrasco (2000) destaca – apoyándose en Galende (1997) – que los rasgos de la subjetividad actual pueden agruparse en: - pasividad, se refuerza en el individuo su condición de espectador, se debilita la función de la palabra y el diálogo; - saturación del yo, las personas son sometidas a estrategias de información donde predomina tal cantidad de datos que se sienten saturadas de información al tiempo que vacías de significado, no pueden llegar a reflexionar acerca de los datos con que son bombardeadas cotidianamente; - superficialidad de los afectos, las relaciones tienden a ser intensas y fugaces y la falta de perspectivas de futuro hace que las personas se vean obligadas a vivir en un aquí y ahora sin posibilidades de construcción de vínculos con aspiraciones de permanencia; - compulsión a hacer, se tiende a tener actividades constantes y planificadas (hasta en lo recreativo) con características similares a la adicción: si fallan o desaparecen esas actividades el individuo cae en una vivencia de vacío; - predominio de la virtualidad y de la imagen que llevan a la pérdida del análisis de la realidad.

hipocondría, ataques de pánico y depresiones. Fernández (1997) dice que es la era de los ataques de pánico, las enfermedades autoinmunes y las tendinitis, las cuales se relacionan con la sensación permanente de desamparo, miedo e inseguridad con que viven las personas. En el mismo sentido Araújo *et al.* (2002) plantean que la incertidumbre laboral aparece como un fantasma cotidiano y actúa a través de mecanismos conscientes e inconscientes vinculados con sentimientos de miedo (a la pérdida del empleo, a la pérdida del lugar social, a no poder mantener el ritmo de la excelencia y a que el otro lo supere y conquiste su lugar), de inseguridad (agresividad, violencia, desamparo) y de stress (cansancio frente a la lucha constante para sostener la imagen propia, cansancio frente al panóptico institucional, cansancio frente al miedo y la inseguridad). Según Kristeva (1994)³⁰ si la melancolía vuelve a ser el mal del siglo y si crece el número de depresiones, es porque ocurre en un contexto social en que se han cortado los nexos simbólicos y en el que se vive una fragmentación social.

¿Qué pasa con Enfermería?

El modelo en que está Enfermería inserta en Uruguay, responde a un modelo médico hegemónico, racionalista, mecanicista, disociador (mente-cuerpo), reduccionista, biologicista, centrado en el individuo y la enfermedad, unidisciplinar, directivo, configurado desde una mirada predominantemente masculina y construido sobre una concepción mercantilizada de la salud. Enfermería tiende a absorber el discurso hegemónico y se aliena en él. El enfermero se ve envuelto en un contexto tecnológico mercantilizado que lo lleva a utilizar y valorizar en exceso las técnicas, desvalorizando y relegando el cuidar como función imprescindible. Se desarrolla una de las más terribles contradicciones capitalistas— en la que por un lado cada vez hay más personas que necesitan ser cuidadas, dado el aumento de la marginación económico-social-

cultural, los accidentes, las agresiones violentas de todo tipo, el abandono - especialmente de los niños y los ancianos - el aumento de las enfermedades crónicas, oncológicas, cardiovasculares, psiquiátricas, osteo-articulares, adicciones, el crecimiento de la población de más de 70 años, pero por otro lado se mercantiliza cada vez más la atención (se cuidan y se atienden bien los que pueden pagar), se prioriza la ganancia sobre las necesidades humanas y se banaliza la función de cuidado (cualquiera puede cuidar). La lógica del capitalismo es la del crecimiento del capital y para conseguirlo la primera medida es la disminución de los cargos y la reducción de los salarios. Se gasta en tecnología, en propaganda, en marketing, en hotelería, en consultorías. Se gasta en todo lo que pueda crear una imagen de “buena atención”, aunque la atención en sí no lo sea. Por ello los salarios de quienes están encargados del cuidado son “una carga”, que si se pudiera evitar del todo, se haría. Se mantienen los cargos de aquellos imprescindibles o que cumplen funciones que los médicos y los gerentes no están dispuestos a hacer y de las cuales las familias no pueden hacerse cargo. De ahí que se pierda la relación enfermero-usuario como eje e instrumento central de la profesión. Enfermería aplica técnicas (con instrumentos o no) delegadas por el médico para curar o aliviar un padecimiento, administra unidades, administra recursos, pero se aleja cada vez más del cuidado directo de las personas, que es delegado en los auxiliares, en los familiares o en personas sin conocimientos que por razones económicas se ofrecen para cuidar personas. Al mismo tiempo el usuario introyecta lentamente un modelo de atención en el cual lo que importa es la imagen, la hotelería, el confort y no tanto el cuidado de sí mismo y de su salud. Por eso se espera que el enfermero brinde un servicio pulcro, eficiente, tecnificado. Se va imponiendo un modelo de enfermero adecuado: joven, agradable, simpático, dinámico, competente, ágil, delgado, dócil y fiel. Un objeto más, hermoso y bien dispuesto en el consultorio del médico o en la institución de asistencia que los vuelva competitivos en el mercado.

³⁰ J. Kristeva en: Stolkner (1994:31).

Téngase en cuenta cómo se ha disminuido el tope de edad en los concursos para cargos de enfermería, especialmente de licenciados, en Uruguay. Sin embargo, cada vez más, los propios enfermeros expresan con desolación la pérdida de lo humano en su vínculo con los usuarios. Como defensa, proyectan la desafectivización, despersonalización y falta de identidad que padecen, en sus colegas y en los usuarios. Se establecen relaciones en donde comienzan a despuntar lo agresivo y lo desafectivizado. Se cumplen tareas de enfermería – no cuidados de personas - en forma competente y eficaz con lo que se busca disminuir la culpa y la angustia resultantes de una relación despersonalizada. Los enfermeros que intentan establecer vínculos más humanos con los usuarios son combatidos tanto por el sistema como por sus propios compañeros. Una enfermera decía en un taller sobre relación asistencial³¹, que esta era un tipo de relación de “máquinas con máquinas” expresando así la vacuidad, la cosificación y la alienación que este tipo de vínculo supone. Enfermero y usuario quedan solos y desamparados en los extremos de una relación alienada, ambos en lugares de sometimiento: el usuario dependiendo cada vez más de técnicas y aparatos sumamente complejos y especializados que lo minimizan como persona frente a los “avances científicos y las tecnologías de punta” y el enfermero obligado a tecnificarse y cosificarse para venderse mejor, aunque a bajo precio, pues su salario disminuye día a día. Receptor de siglos de servidumbre - en especial la enfermera disociada además desde su lugar de mujer y de profesional – el enfermero se aliena en un discurso donde la palabra vacía es “el paciente”. Tras la frase “no hay que abandonar al paciente” el enfermero limita sus posibilidades de desarrollo, participación, crecimiento, autonomía. El “paciente” termina siendo un abandonado carcelero de un abandonado preso. Enfermería tiene como uno de sus objetivos propender a una progresiva independencia del usuario en lo

referente a la satisfacción de sus necesidades de cuidado. ¿Cómo funcionar adecuadamente en una relación con esos objetivos si el enfermero no sabe como adquirir y defender su propia autonomía?

La alienación supone un discurso que se le impone a alguien que asume como propio, que transmite como su portavoz atribuyéndole un valor de certeza y de incuestionabilidad y que aplica -sin crítica- en su práctica profesional o en la cotidianidad de su vida. ¿Qué discurso transmite el enfermero en el vínculo con el usuario? ¿el discurso médico-hegemónico? ¿El discurso mercantil?

La creación supone transcribir y elaborar por uno mismo distintos discursos; síntesis, avance y apertura hacia nuevos espacios de conocimiento y relación. ¿Podrá el enfermero tomar conciencia del valor de sí mismo, de su profesión y de la importancia instrumental de la relación con el usuario, construyendo no una solución alternativa que lo dejaría en el otro extremo del problema sino una forma de vínculo distinta que considere a ambos miembros y a la complejidad relacional? Enfermería necesita pensar acerca de sí misma y sobre lo que hace; acerca del contexto económico-social-cultural-ambiental en el que se encuentra; acerca de lo que quiere cambiar y hacia dónde se dirige. Esto no lo puede realizar una elite; las respuestas sólo puede darlas el colectivo enfermero discutiendo su situación sin evadirse en la concreción de su tarea cotidiana.

Para terminar basten estas palabras de MF Collière (1993): “*Los cuidados de enfermería tienen y tendrán que seguir buscándose igual que la vida de la que parten. Unos cuidados que sean convenientes para la vida, cuidados desalienantes que vuelvan a dar sentido a la vida, tanto la de los que los reciben como la de los que los administran. Cuidados que devuelvan al hombre su vida y su muerte desde el nacimiento sin violencia hasta la muerte elegida, permitiendo tanto a las personas cuidadas como a los cuidadores no tener que callar su propia identidad detrás de un rol*”.

31 Carrasco A. Zabalegui C. Meliá S. Fascioli L. Taller de relación asistencial. BsAs: Revista Argentina de Enfermería;1989 (25)

Referencias bibliográficas

- Aguirre R. Fassler C. La mujer en la familia como protagonista del bienestar social. En: Fassler C. et al.
- Género, familia y políticas sociales: modelo para armar. Montevideo: Editorial Trilce; 1997.
- Araujo AM. Impactos del desempleo. Transformaciones en la subjetividad. Montevideo: ed. Argos; 2002.
- Binder A. La Sociedad fragmentada. San José de Costa Rica: Rev. Pasos. 1992; (3)
- Carrasco A. Proceso de trabajo. En: Carrasco A. Viñas R. Salud-Trabajo. Un aporte argentino-uruguayo de enfermería frente al tercer Milenio. Montevideo: Editorial Nordan-comunidad; 2000.
- Collière MF. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería.
- Madrid: Editorial McGraw-Hill/Interamericana de España; 1993.
- Donahue P. Historia de la Enfermería. Barcelona: Editorial Doyma; 1985.
- Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Moscú: Editorial Progreso; 1986. (13ª edición en español de la primera edición, 1884).
- Fassler C. Cuidados: ¿una responsabilidad femenina? En: Políticas públicas. Propuestas y estrategias.
- Montevideo: Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Red Género y familia; 2001.
- Fassler C. Hauser P. Iens I. Género, familia y políticas sociales: modelo para armar. Montevideo: Editorial Trilce; 1997.
- Galeano E. Patas arriba. La escuela del mundo del revés. Montevideo: Ediciones del chanchito; 1999.
- Galende E. La construcción de alternativas. En: Galende E. La experiencia del Zoológico. BsAs: Editorial Lugar; 1996.
- Galende E. Integración y desintegración social. BsAs: Universidad Nacional de Lanus (UNLA); 1997.
- Galli V. Terror, silencio y enajenación. Córdoba: Rev Salud y Sociedad; 1985.
- Garaudy R. La enajenación. En: Lecciones de Filosofía marxista. C. IX. México: Ed. Grijalbo; 1966; 197-219.
- Harnecker M. La izquierda en el umbral del siglo XXI. Haciendo posible lo imposible. Madrid: Siglo veintiuno de España editores, SA; 2000.
- Honneth A. Reificación: un estudio en la teoría del reconocimiento. Buenos Aires: Ed. Katz; 2007.
- Kaës R. La invención psicoanalítica del grupo. BsAs: Publicación de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo (AAPPG); 1994.
- Larroca J. Subjetividad (es): un proceso en construcción. Montevideo: Rev. Tramas; (1). Asociación Uruguaya de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares (AUPCV); 1995.
- Laurell A. Globalización, políticas neoliberales y salud. En: Briceño-Leon R. Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Río de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
- Malvarez S. Salud Mental y fin de siglo. Documento de trabajo para el Proyecto Ibero-Americano de Promoción de la Salud Mental y Prevención del uso indebido de drogas. Inédito. OPS, Córdoba; 1994.

- Malvarez S. A propósito de la condición social del conocimiento. Monografía inédita. Escuela de Filosofía de la Universidad Nacional de Córdoba; 1997.
- Malvarez S. Tercer Milenio y Salud. Texto inédito de la V Conferencia Latinoamericana y 1 Iberoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería. Córdoba; 1998.
- Marx K. El trabajo enajenado. En: Manuscritos económico-filosóficos de 1844. Primer manuscrito. Disponible en: <http://www.marxists.org/espanol/m-e/1840s/manuscritos/man1.htm>
- Marx K. El Capital. T1, 1867; T2, 1885; T3, 1894. México: Fondo de Cultura Económica; 1946
- Massera E. Campodónico S. Sala N. Ideología y educación durante la dictadura. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental; 1991.
- Moreira A, Geovanini T. História da Enfermagem. Río de Janeiro: editorial Revinter; 2002
- Morin E. Amor, poesía, sabiduría. Montevideo: Editorial Trilce; 1998.
- Moulián T. Chile actual, anatomía de un mito. Chile: Editorial Arcis; 1997.
- Olesker D. Alca, deuda externa y militarización. Montevideo: Instituto Cuesta Duarte. PIT-CNT; 2002 a).
- Olesker D. La composición social en el Uruguay. Montevideo: Instituto Cuesta Duarte. PIT-CNT; 2002 b).
- Pichón-Rivière E. Teoría del vínculo. BsAs: Editorial Nueva Visión; 1977.
- Pichón-Rivière E. El Proceso Grupal. BsAs: Editorial Nueva Visión; 1983.
- Red de Economistas de izquierda del Uruguay (REDIU). La torta y las migajas. Montevideo: Editorial Trilce; 2010.
- Restrepo L. El derecho a la ternura. Bogotá: Editorial Arango; 1998.
- Rifkin J. El fin del trabajo. Barcelona: Editorial Paidós; 1996.
- Sanchez Puñales S. Historia de la Enfermería en Uruguay. Montevideo: Editorial Trilce; 2002.
- Sternbach S. Consumo y pos modernidad: un aspecto del psicoanálisis de la cotidianeidad. En: Grupos, instituciones y macrocontexto. BsAs: Rev. de Psicología y Psicoterapia de Grupo; 1992.
- Stolkiner A. Tiempos “posmodernos”: ajuste y salud mental. En: Troianovski P. Bordon O. Políticas en Salud Mental. Bs As: Editorial Lugar; 1994.
- Stolowicz B. América Latina hoy: la estrategia conservadora posneoliberal para la estabilización capitalista. En: Red de Economistas de izquierda del Uruguay (REDIU). La torta y las migajas. Montevideo: Editorial Trilce; 2010:125-134