



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA IZTAPALAPA
**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES DEPARTAMENTO DE
ANTROPOLOGÍA
LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

EL VALOR DE LOS CUIDADOS.

Perspectivas sociales del cuidado en la práctica de la enfermería profesional en un hospital de tercer nivel al oriente de la Ciudad de México en épocas post-Covid 19.

Trabajo terminal
que para acreditar las unidades de enseñanza aprendizaje de
Trabajo de Investigación Etnográfica Aprox. Explicativa y Análisis Explicativo III

y obtener el título de:
LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

Presenta
Beatriz Pavón González

Matrícula No. 2203012884

Comité de Investigación:
Director: Dr. José Federico Besserer Alatorre
Asesoras: Dra. Yanina Ávila González
Mtra. Angélica Jocelyn Soto Espinosa

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. *Los cuidados en México*

CAPÍTULO 2. *Valor e injusticia epistémica. Los cuidados de las y los profesionales de la enfermería.*

CAPÍTULO 3. *Cartografías generizadas. Los cuidados en un hospital de alta especialidad.*

CAPÍTULO 4. *La construcción social del género y el trabajo de cuidados.*

CAPÍTULO 5. *Cadenas de cuidados en la enfermería.*

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

AGRADECIMIENTOS

Quiero iniciar esta larga lista agradeciendo a mis colaboradoras y colaboradores: Sosa, Jaramillo, Jiménez, Reynoso, Espinoza, Constantino, que abrieron sus experiencias, su vida pública y privada, sus emociones, sus pensamientos, sus saberes; sin duda fueron una colaboración valiosa para mi trabajo académico pero sobre todo para mi vida.

Las personas que gestionan los permisos para que la formación académica profesional pueda ser posible. En muchas ocasiones las personas nos vemos limitadas por la vida laboral y en este caso hubo una fundamental apertura la cual valoro y extendo mi más sincera gratitud: Córdova, Luna, Cervantes, Espinoza y Sanabria.

A mis compañeras y compañeros de seminario, quienes con cada lectura y cada aportación son parte importante de la construcción de esta tesis, hay un pedacito de esencia de cada una de ellas y ellos; con sus participaciones activas, sus silencios, sus muecas, sus sonrisas, las recomendaciones, las lecturas compartidas, las conferencias, las reuniones, los desayunos etc. Todo sumó para que este trabajo que representó un gran reto fuera posible. Andrea, Sofía, Paola, Gabriela, Sandino, Yucli. Y en especial a mi compañero de sueño antropológico, Daniel. A todas y todos, muchísimas gracias.

Mis padres, quienes siempre están motivándome a seguir y concluir todo lo que me propongo en la vida, gracias por su afecto y sus cuidados.

A mis hermanas con quienes comparto opiniones, lecturas y quienes han estado presentes en este proceso de escritura.

A mis hijitos: Mateo y Juan quienes me acompañan y sostienen con su amor, sus preguntas su compañía y su paciencia.

A mi compañero de vida Jorge, quién me sostiene y contribuye significativamente a que yo pueda terminar este sueño antropológico. Sin sus *cuidados* sin duda esto no sería posible.

Por supuesto, a mi director Federico Besserer quien me instruye, me orienta, me guía, me inspira, me presiona y logra que este trabajo se pueda concluir. Muchísimas gracias.

Y finalmente a la Universidad Autónoma Metropolitana campus Iztapalapa, quien me abrió sus puertas para encarnar una manera diferente, subversiva, transformadora de formarme académicamente, sin duda será una de las mejores y significativas experiencias de mi vida.

INTRODUCCIÓN

Enfermería, “la ciencia del cuidado” ¿cuántas veces hemos escuchado o dicho esa afirmación? los cuidados son el tema central de esta tesis. Quisiera iniciar este trabajo haciendo explícita mi posición porque, como Haraway (1995) afirma, el conocimiento, incluido el científico, está influenciado por los contextos sociales, culturales y materiales en los que se produce. Haraway propone que para hacer explícito el posicionamiento político de un conocimiento, se debe especificar desde qué punto de vista se parte y por qué, de esta forma se explica el enfoque de manera ética. En este caso me sitúo desde la participación activa de la profesión de enfermería. Desde hace 12 años laboro en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, como Enfermera Especialista del Adulto en Estado Crítico (EEAEC) y actualmente estoy adscrita al área de terapia intensiva.

Tras la pandemia por COVID 19 tuve una fuerte “frustración” (por nombrarlo de alguna manera) al vivir y trabajar en el contexto de una enfermedad tan mortal en el que las ciencias biológicas y de la salud no me fueron suficientes para entender las necesidades de las personas que estaban a mi cuidado; porque a pesar de todos los esfuerzos del equipo interdisciplinario en salud, las personas perdían la batalla ante la fatal enfermedad. Se nos presentó una manera distinta de “vivir” la muerte; triste, en soledad, en cantidades no pensadas y, aunque trabajamos arduamente, los esfuerzos parecían insuficientes.

Fue así que, en busca de un nuevo sentido y propósito, llegué a las ciencias sociales, propiamente a la antropología, lo que me dio una oportunidad distinta de ver la vida misma y de poner en práctica la tan estimada frase de la considerada precursora de la enfermería moderna Florence Nightingale: “lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él”. Después de estudiar e investigar desde una perspectiva antropológica puedo resignificar todo lo que hice en épocas de COVID y post COVID. Ahora, puedo ver y valorar todas aquellas actividades a las que en ese momento no les veía importancia y las posiciono en el lugar privilegiado al que pertenecen.

Si bien el cuidado es un tema central en la profesión de enfermería, también se ha convertido en un concepto importante para la investigación en otras disciplinas como las ciencias sociales, con un auge de hace ya 40 años en el mundo, 20 años en América Latina¹ y actualmente en nuestro país. Esto me llevó a pensar la idea de los cuidados desde otras

perspectivas no solamente biologicistas sino como el tema contemporáneo sobre el que las teóricas feministas han profundizado.

La metodología que utilizo para este proyecto de investigación es la etnografía, que incluye entrevistas semiestructuradas, estudios de caso, observación participante e historias de vida. La etnografía es una herramienta que nos permite una relación dialógica con las y los otros, permite obtener de primera mano información privilegiada para la investigación. En palabras de Cristina Oehmichen, “la reflexión etnográfica va más allá del “dato duro”, porque hacer etnografía nos conduce al sujeto, a su contexto y su cultura, donde el impacto de las cifras se desvanece cuando se le da voz a los seres humanos que están detrás de los números” (Oehmichen, 2014:12).

La perspectiva que utilizo es feminista, ya que me permite abrirme a otras maneras no hegemónicas (o al menos en menor medida) de hacer ciencia. Me parece correcta la afirmación de Martín (2008) cuando sostiene que “hablar de epistemología, metodología y métodos en clave feminista significa, pues, articular una mirada investigadora en la que la reflexibilidad, el carácter socialmente situado y existencialmente encarnado del conocimiento son fundamentales” (Martín, 2008:40). Es importante recalcar el carácter feminista de mi aproximación porque estamos en un momento en el que hay muchas iniciativas en torno a los cuidados por ejemplo, en la actualidad estamos ante la creación de un Sistema Nacional de Cuidados y demás Redes de cuidados en México, estos son proyectos de los diferentes poderes de gobierno, principalmente del Legislativo, son proyectos que se han propuesto para corto y mediano plazo sostenidos por la primer mujer presidenta de nuestro país.

Así como ciertas posturas feministas que pueden asumir una mirada crítica y convertir estas iniciativas en herramientas para reivindicar la importancia social del trabajo de cuidados, existe también áreas de oportunidad, ya que debemos reconocer que hay otras posturas que, al no cuestionar la distribución desigual del cuidado entre los géneros en nuestro país, se corre el riesgo de reproducir las mismas desigualdades que se busca combatir.

Este proyecto se sitúa en épocas post Covid-19 y se adentra en el estudio de la vida de personas profesionales de la enfermería que trabajan en un hospital de tercer nivel al oriente de la Ciudad de México.

Las preguntas que me planteé inicialmente para esta investigación fueron: ¿cuáles son las perspectivas del cuidado que se han planteado desde las ciencias sociales? ¿estas podrían aportar a las bases teóricas, ideológicas y prácticas en el ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros que laboran en las diversas instituciones de salud?

ANTECEDENTES

A lo largo de la historia de la enfermería, las enfermeras ha pasado por distintos momentos en los que han ocupado un papel subordinado entre las profesiones relacionadas con la salud, encontramos que en cada uno de estos momentos ha habido una búsqueda por posicionarse y legitimar su profesionalidad, recurriendo a formas diferentes de resistencia.

La enfermería se empieza a profesionalizar en 1867 con la escuela de parteras. Continuando con la línea temporal, un momento trascendental fue la creación de la primera escuela de enfermería el 9 de febrero de 1907 en el Hospital General de México.²

Es hasta el 2002 cuando la enfermería deja de ser un oficio para reconocerse como una licenciatura. A lo largo de su historia se ha avanzado de tal manera que la licenciatura en enfermería en México se oferta en reconocidas instituciones educativas del país y no solo en los hospitales, ejemplos de ellas son: la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Instituto Politécnico Nacional (IPN), Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), inclusive escuelas de ámbito privado como la universidad la SALLE y la Universidad del Valle de México (UVM). También se ofertan estudios de posgrado: especialización, maestría y doctorado en enfermería. En 2023 inicia la primera generación del doctorado en enfermería de la UNAM, con una duración de 8 semestres.

En el 2013 surgió la Norma Oficial Mexicana SSA3 019 para la práctica profesional de la enfermería en el Sistema Nacional de Salud.³ En el 2014 se sostuvo un movimiento importante, donde la enfermería participó solicitando mejora de sus condiciones laborales, peleando por una justa y accesible convocatoria de profesionalización perteneciente a la

Secretaría de Salud, logrando una modificación a la convocatoria que benefició a las y los profesionales de enfermería hasta el año actual. (DOF: 11/12/2014)⁴

En el año 2022 arrancó la primera generación de la maestría en Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) con sede en la UAM Xochimilco, formación importante en la historia de la profesionalización de enfermería ya que, de acuerdo al Consejo Internacional de Enfermeras, la EPA es la suma de las intervenciones de enfermería avanzada que influyen en los resultados de salud de las distintas personas, familias y poblaciones. “La enfermería de práctica avanzada se basa en la educación y preparación de grado junto con el establecimiento de criterios y competencias centrales para la práctica” (AACN, 2004, 2006, 2015; Hamric & Tracy, 2019).

En el año 2020 se aprobó el doctorado de enfermería en la UNAM, iniciando la primera generación en el año 2023. Las líneas de generación y aplicación de conocimientos que comprenden los estudios de doctorado son: cuidado a la vida y salud de la persona, gestión del cuidado y sistema de salud y formación de recursos humanos en enfermería. El programa de doctorado tiene una duración de 8 semestres y se imparte de manera presencial. En este mismo año el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) crea una categoría de “enfermera general clínica”, en la que se reconoce la licenciatura en enfermería.

Con la llegada del nuevo organismo público de salud IMSS Bienestar, las condiciones son diversas ya que, si bien, se prometió estabilidad laboral de miles de enfermeras y enfermeros, la realidad es que aún muchas de las y los compañeros contratados desde la pandemia no cuentan con la anhelada basificación que el gobierno federal prometió. Muchas personas están “subcontratadas” y se les emplea en categorías inferiores y por tanto, con un salario inferior. Desde la perspectiva de muchas y muchos es importante que la promesa se cumpla y que el gobierno actual asuma su responsabilidad de garantizar la estabilidad laboral.

LOS CUIDADOS EN EL PENSAMIENTO PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA.

La enfermería es una disciplina que se considera parte de las ciencias biológicas y de la salud. Su principal objeto de estudio es el cuidado, pero ¿cómo se conceptualiza el cuidado desde de la enfermería? Los cuidados han estado presentes en la reflexión teórica de la enfermería como pensamiento y como filosofía.

Existen distintos modelos que son la base de la práctica en el ejercicio cotidiano de la profesión. Si bien el concepto de cuidados está en el centro de la definición de la profesión por cada uno de estos modelos, es precisamente la variación en la definición de cuidados lo que las hace diferentes.

Los estudios teóricos de la enfermería en México concentran una narrativa dominante proveniente del norte global, siempre se inicia la historia de la enfermería con una referencia eurocéntrica a la loable labor de Florence Nightingale y el importante papel que desempeñó en la guerra de Crimea en 1856; así como sus contribuciones en el control de las enfermedades. Pero poco se habla de las mujeres mexicanas que contribuyeron a las distintas maneras de curar y de cuidar como: Sor Mary, mamá Pachita, mamá Cuca, María Sabina, entre muchas otras mujeres que han influido en la práctica de la profesión y que generalmente sólo conocemos de su existencia por narrativas no oficiales. No podría decir que no existe teoría bajo otras perspectivas, ya que, la teoría de enfermería ha estado relacionada con otras ciencias, como las ciencias sociales y estas han contribuido a mirar el tema de los cuidados de una manera más amplia, como se han visto en el modelo de enfermería con una mirada transcultural de Madelaine Leininger en 1974 o el libro de “Enfermería Cultural” (2018) de Manuel Moreno, quien nos invita a pensar en una antropología del Cuidado; Sin embargo, estas otras miradas aún no han tenido un alcance mayor, al menos en nuestro país.⁵

En México son tres las teorías de mayor influencia y que guían el proceso de atención en la enfermería y que se materializan en formas de operación de la práctica hospitalaria.

La primera de ellas está asociada a Virginia Henderson, considerada una de las figuras más influyentes en enfermería. Ella definió el cuidado como "la función de la enfermera que ayuda al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte serena) que realizaría por sí mismo si tuviese

la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario" (Henderson, 1966)². Henderson propone 14 necesidades básicas: necesidad de oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación, moverse y mantener una postura, descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, termorregulación, higiene y protección de la piel, evitar los peligros, comunicarse, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y/o participar en actividades recreativas y aprendizaje. Henderson conceptualiza a los cuidados dentro del rol profesional como: "acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona (...) este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera controla y en la que es dueña de la situación" (Fernández, 1993[2009]: 208). En estas acciones básicas encaminadas a las necesidades universales que propone, reconoce la individualidad de las personas y que estos cuidados deben ser adaptados a cada una de ellas. Es interesante cómo surge la necesidad de teorizar de Henderson, ya que desde antes de los años 70 ella buscaba el sentido de identidad de la enfermería y se preguntaba qué era lo que hacen las enfermeras que no hacen otras personas profesionales. Me resulta importante mencionarlo porque actualmente persisten problemas de identidad. Aunque la enfermería se ha posicionado como líder en muchos ámbitos de la salud y cuidados de las personas sanas y enfermas la remuneración de su quehacer representa una brecha importante en comparación con otras disciplinas de la salud. La normatividad de su quehacer sigue siendo una área de oportunidad y no se diga de las representaciones sociales, las cuales reflejan la injusticia epistémica producto del poco valor que muchas personas reconocen en los saberes de las personas profesionales de enfermería.

El segundo modelo corresponde a las contribuciones de Dorothea Orem, conocida por su teoría del autocuidado. Orem define al autocuidado como una acción adquirida, es decir, que es aprendida por una persona en su contexto sociocultural. El modelo de Orem interrelaciona 3 teorías: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidados y teoría de sistemas de cuidados. Refiere 8 necesidades de autocuidado: mantener un aporte suficiente de aire, mantener un aporte suficiente de alimentos, mantener un aporte suficiente de agua, proveer cuidado asociado con los procesos de eliminación, mantener un equilibrio entre la actividad y el descanso, mantener un equilibrio entre la interacción social y la soledad. Describió el cuidado como "una acción deliberada y planificada, llevada a cabo por la persona para

mantener su propia vida, salud y bienestar" (Orem, 1995)². La teoría de Orem sostiene que los cuidados de enfermería representan un servicio especializado, distinto a otros servicios de salud, ya que se centra en personas que tienen dificultades para ejercer el autocuidado. Sin embargo, considero que las enfermeras no solamente brindan cuidados especializados, también brindan cuidados básicos, en las que persiste un marcado estereotipo de género sobre las actividades que deben realizar las mujeres. Las costumbres, aunque no son necesarias, se convierten en obligatorias dentro de las sociedades. Como dijo Einstein, "es más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio". Así, las atribuciones de cuidado asociadas tanto a las mujeres como a las enfermeras se ven como un plusvalor al trabajo que estas profesionales realizan en las instituciones de salud.

En tercer lugar, podemos referirnos a la teoría de Marjory Gordon cuya teoría, sin duda, domina en el ejercicio profesional de la enfermería en México. Ella propone 11 patrones funcionales para una valoración oportuna y completa: patrón de percepción-control de salud, patrón nutricional-metabólico, patrón de eliminación, patrón de actividad-ejercicio, patrón de sueño-descanso, patrón cognitivo-perceptivo, patrón autopercepción-autoconcepto, patrón rol-relaciones, patrón de sexualidad-reproducción, patrón de adaptación-tolerancia al estrés, patrón de valores y creencias. Estos patrones funcionales son la base teórica para la estructura de la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA por sus siglas en inglés), fundada en 1982 cuya primera presidenta fue Marjory Gordon.

En la taxonomía NANDA se encuentran concentrados los diversos diagnósticos de enfermería que sirven como parte fundamental para la realización metódica del proceso de atención en enfermería. El proceso consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Se trata de un compendio de diagnósticos de enfermería que pretende estandarizar el lenguaje de las enfermeras a nivel mundial, con traducción y participación de más de 20 países. Este se ha convertido en el lenguaje guía para la práctica de enfermería en México y parte del mundo. No solamente se ha trabajado en los diagnósticos de enfermería sino también en las intervenciones de enfermería (NIC) y en los resultados obtenidos (NOC) que son parte de un compendio extenso y de colaboración de enfermeras y enfermeros en el mundo.⁶

Me parece realmente relevante mencionar cómo en nuestro país la aplicación de esta metodología (que implica la búsqueda de estandarización de diagnósticos, de intervenciones y de objetivos esperados de la enfermería con base occidental) es la que impera en la aplicación de cuidados en muchas de las instituciones de salud. Desde mi punto de vista, la estandarización es una herramienta útil, pero tiene claros y oscuros, ya que en diversas ocasiones deja fuera muchos de los saberes contenidos en la cultura, como saberes vernaculares, esto ha tenido como consecuencia borrar o invalidar los saberes de las propias personas que acuden a los centros hospitalarios respecto a sus afecciones, los métodos de cuidado y curación desde su propia realidad cultural.

LOS CUIDADOS DESDE LA PERSPECTIVA SOCIAL

Es importante señalar que no solo la enfermería ha abordado el concepto de cuidados como objeto de estudio, también las ciencias sociales lo han examinado desde distintas perspectivas. No obstante, creo que existen varios puntos de convergencia entre ambas disciplinas que podrían fortalecerlas.

Batthyány sostiene que el cuidado no es una realidad fija e inmutable. “El cuidado en América Latina y en el mundo es un concepto en continuo proceso de construcción teórica y son varias las interrogantes que subsisten en torno a su definición y delimitación” (Batthyány, 2020: 12). Por ello es relevante historizarlo (para conocer las formas diferentes en que se han interpretado los cuidados) y hacer etnografía sobre el mismo (para conocer las distintas formas que adquiere en la práctica).

Según la autora, es posible encontrar cuatro corrientes o miradas sobre los cuidados en los estudios sociales de los cuidados:

La primera de ellas es la economía de los cuidados. Desde esta perspectiva se concibe al cuidado como un tratamiento que busca visibilizar a los cuidados y dar cuenta de la contribución de las mujeres a una economía alternativa que no solo mide el trabajo remunerado sino también el no remunerado. (Batthyány, 2020: 15)

En segundo lugar encontramos las aproximaciones que ven los cuidados como un componente del bienestar. Esta perspectiva permite interrelacionar la mirada micro

(relaciones cotidianas) y la macro (nivel de los agentes proveedores). Entre los planteamientos más robustos en este enfoque está el trabajo de Daly y Lewis (2011) quienes proponen que las normas de género que asocian las mujeres con el cuidado se articulan con los modos en que el Estado asigna responsabilidades a distintos agentes (Esquivel, 2014).

Un tercer enfoque es el de los estudios sobre “el derecho al cuidado”. Estos trabajos permiten conceptualizar al cuidado como un derecho universal. Esta aproximación supone que todas las personas tienen derecho a recibir cuidados, a cuidar de otros y a autocuidarse. Sin embargo, eso lleva como consecuencia una pregunta: ¿de quién es la responsabilidad de cuidar?

Esta pregunta nos lleva a un cuarto enfoque que es el de la ética del cuidado. Esta es una perspectiva controversial y ampliamente criticada por la literatura feminista, ya que considera que mirar al cuidado desde la ética asocia a las mujeres a los cuidados, naturalizándolos, feminizándolos, atribuyendo a las mujeres características de bondad y dedicación a las otras personas. Por otro lado la filósofa Jon Tronto se interesa por ver la ética del cuidado como una ética universal, que propone dar y recibir cuidados con un alcance universal y como componente básico de las relaciones humanas y, por tanto, que no son específicas de las mujeres. Esta me parece una mirada muy importante ya que hay análisis que afirman que los cuidados están cruzados por otro tipo de trabajo, como el trabajo emocional, la responsabilidad, los vínculos parentales e incluso las relaciones remuneradas de cuidado.

EL ENFOQUE DE ESTE TRABAJO

Es importante mencionar que tanto la enfermería como las ciencias sociales ven al cuidado como concepto importante de investigación pero desde diferentes perspectivas, ya que con lo mencionado anteriormente podemos inferir que las teorías de la enfermería profesional enfatizan la importancia del cuidado de la salud tanto a nivel individual como grupal.

Por un lado, las discusiones en torno a la profesionalización de la enfermería proponen que esta se interpreta como el medio a través del cual se alcanza una meta profesional inmersa en las ciencias biológicas y de la salud. Se busca esa profesionalidad a través de una base sólida de conocimientos en biomedicina, en tecnologías, conocimientos que se alinean al modelo médico hegemónico, sin embargo, el aspecto social recibe escasa atención desde la formación

profesional, la práctica y la manera en que se construye ciencia desde la enfermería. En el afán de buscar esa profesionalización se llega al extremo de negar sus raíces sociales al argumentar que "La enfermera necesita una nueva imagen, la de una enfermera profesional; para lograr este cambio, se propone abandonar todos los símbolos antiguos que puedan asociarse con una enfermería no profesional a los ojos del público" (Bevona, citada en Ayala, 2007: 46).

Desde mi punto de vista, estas ideas pueden cuestionarse. Apuesto a la idea de que si pudiéramos interpretar al cuidado desde otras perspectivas, podríamos valorar aún mejor la profesión al ver otras realidades, podríamos reconocer que ese valor tiene memoria histórica, que no debemos correr el peligro de borrarla, porque con ella podremos dar respuesta a comprender la transición de la profesión y asimismo posicionarla dentro de cualquier estructura. Necesitamos reconocer el lugar que se ha alcanzado a través de las luchas por una profesionalización, abogo por una conceptualización de la enfermería que no excluya los saberes empíricos de las personas que ejercen el cuidado desde los diversos escenarios.

Coincido con algunas autoras quienes reconocen que "este abuso en la tecnología ha generado contrataciones precarias, dificultades culturales, legislativas, económicas, lo que aniquila el sentido humano de la existencia y produce un sometimiento de la esencia humana, un que-hacer en lugar de un ser- enfermero" (Hidalgo, 2020: 1)

Es importante mencionar que el desarrollo profesional de las enfermeras ha implicado años de esfuerzo y lucha, que poco se ha narrado. Sin embargo, aún hay espacios dónde la enfermería podría aportar y estar inserta, como en las políticas de cuidados que forman parte de las propuestas del gobierno federal, con la creación del Sistema Nacional de Cuidados, pasar de ser los objetos de estudios de otras disciplinas e iniciar un trabajo de colaboración real para un bien colectivo, por mencionar algunos ejemplos.

Es por ello que aquí planteo la necesidad de una reflexión profunda sobre la práctica de la enfermería, buscando equilibrar la atención biologicista con un enfoque socialmente consciente y centrado en la humanidad.

También me gustaría expresar lo que concibo como el trabajo de cuidados desde la enfermería ya que, con base en varios conceptos, desde diversas perspectivas y por influencia

de ideas como las de bell hooks, quien refiere que “sin definiciones es imposible se active la imaginación, no se puede hacer realidad algo que no se ha imaginado” (hooks, 2000: 31) por tanto, defino a la enfermería como: la disciplina que proporciona cuidados, estos cuidados se sustentan desde la biomedicina, pero no solamente. La enfermería también brinda cuidados básicos que sostienen la vida, el trabajo de las personas profesionales de enfermería representa, el plusvalor de las instituciones de salud porque cuando los cuidados se ejecutan, en diversas ocasiones están cruzados por afectos, empatía y humanidad, cuyo valor no precisa en una retribución económica.

Mi hipótesis sugiere que la formación profesional en enfermería podría fortalecerse significativamente con nuevas epistemologías sociales en relación a los cuidados. Tener otras miradas nos sumaría a la identidad profesional, puesto que nos descubriría una importancia que hemos desestimado, esa importancia que se encuentra tanto en la estructura de salud, como en los hogares y en las economías nacionales.

Sostengo que la falta de otras perspectivas nos lleva a representaciones sociales dispersas de la enfermería que involucran directamente a la identidad profesional.

En general, se observa que los cuidados considerados "básicos", es decir, aquellos cuidados que no están centrados en la técnica y/o procedimientos alineados a la biomedicina, quedan relegados a un segundo plano y que incluso pueden verse como actividades que no requieren “ciencia”, como el aseo personal, la alimentación, la asistencia a la eliminación, el descanso, la escucha. Reconozco que existe una negación y desvalorización de esos aspectos esenciales, no necesariamente técnicos, por considerarlo contrario a lo que concebimos como “profesional” del cuidado en el modelo médico hegemónico que se vive en la mayoría de los espacios donde la enfermería ejerce su profesión.

Con lo anterior no pretendo expresar que la enfermería no requiere una base sólida de conocimientos de la biomedicina, desde luego es muy importante reconocer que la enfermería es una práctica profesional vinculada a los cuidados, que se sustenta en un modelo científico que ha sido desarrollado en el marco de una disciplina que forma parte de las ciencias biológicas y de la salud, pero sería un error y una pérdida para el reconocimiento de la importancia de la profesión si redujéramos la práctica solamente a aquellos aspectos de los que se encarga el conocimiento biomédico. Lo anterior se debe a que, mientras que el

razonamiento biomédico tiende hacia la estandarización, la objetividad y la formalización del pensamiento, la mirada crítica permite visibilizar que el trabajo (cualquiera que este sea) implica siempre las emociones de quienes lo realizan, que la realidad es siempre compleja y requiere de un gran número de acciones y pequeñas decisiones que escapan a las directrices o anticipaciones de cualquier manual.

El conocimiento social forma parte de los saberes de todas las personas que ejercen una profesión científica, los saberes culturales, los afectos y la multiplicidad de acciones que conforman el trabajo de cuidados agregan un plusvalor al trabajo que no es reconocido cuando éste se reduce exclusivamente a la práctica profesional estandarizada. Recurro de manera especial a la literatura feminista que me ha enseñado que es un peligroso error el reduccionismo que supone que el trabajo científico puede ser realizado sin afectos y al margen de la cultura, pues éstos afectan directamente en la relación con las y los pacientes y, en última instancia, son un componente fundamental en el proceso salud – enfermedad.

Si algo aprendimos durante los momentos más difíciles de la pandemia del Covid 19, fue que la enfermería, pese a los pocos elementos científicos que a nivel mundial se poseían y que nos proporcionaba el modelo biomédico para la atención, sí tiene un importante arsenal de elementos para llevar adelante los cuidados para las personas afectadas por el virus. Estos recursos que exceden a las técnicas y la tecnología al servicio de la enfermería y de la salud, en muchos casos fueron fundamentales para definir el desenlace entre la vida y la muerte digna de las personas atendidas. Pero estos elementos que fueron un recurso de gran valor en los tiempos de excepción e hicieron del trabajo de la enfermería un eje central de la respuesta del sector salud (elementos de los que hablaré a lo largo de esta tesis), en tiempos de “normalidad” son infravalorados, lo que constituye un error conceptual grave pues desvaloriza el trabajo complejo que el cuerpo de enfermería realiza cotidianamente. Esta desvalorización representa un acto de violencia epistémica que devalúa el trabajo de cuidados que realiza la sociedad en su conjunto más allá de las instalaciones médicas y que es la columna central de la reproducción del sistema social en su conjunto (considerando tanto los elementos biológicos como los culturales).

Estamos entonces ante dos posibilidades: A) la teoría social que se ha encargado de estudiar los cuidados y darles una importancia dentro de la estructura capital hace que la práctica del

cuidado profesional se concientice; B) la teoría del cuidado profesional de enfermería rechaza el recurso teórico de las ciencias sociales que bien podrían abonar a mejorar en la identidad, el sentido de pertenencia y propósito al trabajo de cuidados.

METODOLOGÍA

En relación a la metodología considero que el aprendizaje de los cuidados, en el sentido amplio del concepto (aquel que no se reduce solamente al modelo biomédico y profesional) es un proceso que sucede a lo largo de la vida (como se aprende el idioma, la cultura, los procesos afectivos, las dinámicas interpersonales, etc.). De ahí que una herramienta central para este trabajo fue el construir las historias de vida de personas vinculadas a la enfermería y a los cuidados, lo que desde una mirada antropológica me permitió construir un camino más amplio en la definición de la profesión.

Para realizar esta investigación trabajé con enfermeras y enfermeros cuyo ejercicio profesional se realiza en un hospital de tercer nivel de atención. Realicé entrevistas guiadas en las que las y los colaboradores expresaron cómo conciben el cuidado, así como historias de vida y narrativas personales de casos en las que su quehacer profesional está inmerso.

La historia de vida de las personas vinculadas a la enfermería fue la herramienta básica de esta investigación y el conjunto de información que nos permite, desde una mirada antropológica, construir un camino más amplio en la definición de la profesión.

Esta perspectiva supone entonces construir una mirada interdisciplinaria que articule las percepciones biologicistas con las miradas que emanan de las disciplinas sociales.

También se encontrará una recolección de datos estadísticos, tanto en plataformas digitales como directamente en la gestión de recursos humanos de la subdirección de enfermería del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, aportan información importante en relación a cómo se distribuye el cuidado dentro de un establecimiento hospitalario y las motivaciones de esto. Y, sin duda la observación participante, ya que me encuentro inmersa en la profesión de enfermería y a través de las prácticas cotidianas pude obtener datos que me permitieron analizar y conceptualizar las prácticas de la enfermería profesional.

También es importante mencionar que este es un trabajo de “autoetnografía analítica”, ya que hablaré de otras y otros como yo, y encarné la experiencia de trabajar en un hospital de

tercer nivel durante la pandemia. Viví al igual que mis compañeras la incertidumbre del contagio. Aunque en nuestro hospital la tasa de mortalidad de personal de salud fue muy baja, a nivel mundial México ocupó un lugar importante en ese rubro, perdí a compañeros y a grandes amigos. Actualmente sigo en la práctica profesional, me encuentro activa en la plantilla de enfermeras que laboran en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, en el servicio de terapia intensiva adultos, donde mi ejercicio profesional se ve tocado por otras formas de cuidar.

Y, por último, pero con sustancial relevancia, este texto emana de las ciencias sociales y sus herramientas de investigación. Me parece importante expresarlo, ya que existen otras maneras de hacer ciencia. En las epistemologías de las ciencias biológicas y de la salud prevalecen los datos duros, análisis de cohorte, metaanálisis; entre otras, pero desde las reflexiones sociales podemos replantearnos las ciencias y fusionar las epistemologías, tan válidas como las antes mencionadas. Quiero expresar mis deseos de compartir una nueva mirada a mis lectoras y lectores, ya que que no pretendo de ninguna manera convertir lo subjetivo en objetivo, más bien, abrir una oportunidad de introducirme al espacio subjetivo, el cual me permite entender las realidades actuales y que se abran como lo trato de hacer yo, a la oportunidad de conocer una nueva perspectiva de hacer ciencia desde las ciencias sociales pero también desde la enfermería como una ciencia social.

CAPITULADO

Toda sociedad requiere del trabajo de cuidados. La reproducción social depende de este trabajo que se realiza en un entramado de desigualdades sociales, consiste en conocimientos muy diversos y de una gran complejidad porque incorpora conocimientos vernaculares (como el trabajo de cuidados en casa), disciplinarios (como lo indican los manuales de enfermería), así como procesos económicos y afectivos.

A través de los siguientes capítulos trataré de analizar las prácticas de la enfermería y de la sociedad misma en relación a los cuidados.

En el primer capítulo que lleva por nombre “Los cuidados en México” hago un recuento de los datos sobre los cuidados en nuestro país, si bien el tema de cuidados no es nuevo en el mundo, en nuestro país estamos en vísperas de tener un Sistema Nacional de Cuidados SNC y, con ello, visibilizar otras maneras de cuidar. Este capítulo introductorio nos permite adentrarnos al tema de los cuidados en general pero no por eso menos importantes, ya que podemos descubrir y repensar a los cuidados desde perspectivas económicas, de reproducción social, de reproducción de la ciencia, etc.

En el segundo capítulo “Valor e injusticia epistémica. Los cuidados de las y los profesionales de la enfermería”, se analiza la narrativa del quehacer de una enfermera partera a través de la mirada de la economía del cuidado, la ética del cuidado y una mirada interseccional. Se evalúa el quehacer de las mujeres, enfermeras parteras, el valor que la sociedad, en este caso la paciente, le da al trabajo de la licenciada Consuelo, y veremos una posible respuesta del porqué existe una atribución de mayor legitimación a una profesión en relación con otra, donde le cruzan motivos que no están relacionados con los conocimientos en la biomedicina sino con otros más.

En nuestra sociedad en general el trabajo de cuidados (incluyendo los cuidados cotidianos de la salud) suele recaer en las mujeres y son trabajos no pagados. El valor que estos trabajos aportan a la sociedad es muy alto y sin ellos sería imposible la reproducción social del sistema (y como veremos en el capítulo cinco, sería imposible incluso la reproducción del sistema de cuidados profesionales mismo). Ahora bien, lo que veremos en el caso que nos narró la licenciada Consuelo, es que, en el contexto social contemporáneo, cuando el trabajo de cuidado profesional es realizado fuera de las instituciones hospitalarias por una mujer, hay

una equivocada percepción social de que los saberes de esta persona, por ser mujer, no tienen el mismo valor que el de un hombre y pueden incluso no ser retribuidos. El caso de Consuelo es un ejemplo muy claro de cómo la desigualdad conjugada de clase y género, operan negativamente en un contexto cultural donde los saberes de las mujeres (y en particular cuando se trata de mujeres que no provienen de los sectores económicamente dominantes en la sociedad) son objeto de una injusticia epistémica que permite menospreciarlos, es decir, no retribuirles adecuadamente.

Este descubrimiento etnográfico es importante pues nos ayudará a comprender mejor los hallazgos que presentaremos en los capítulos siguientes.

En primer lugar se eligió observar el trabajo de la enfermería en una institución hospitalaria que se propone como una institución dominada por la racionalidad científica porque considero que a través de esta mirada podemos ver cómo se reproduce el orden de género de la cultura en la que se asienta y, por ende, observar cómo se reproducen las desigualdades sociales. La proliferación de hombres que constituyen al personal médico y el hecho de que el personal de enfermería esté formado mayoritariamente por mujeres, ocurre en un entramado de desigualdad social donde el conocimiento de la enfermería es menospreciado frente al conocimiento médico en un acto de injusticia epistémica mediado por el género. Este fenómeno es importante pues explica por qué en el gremio de la enfermería hay un esfuerzo por contravenir esta injusticia que se centra en apuntalar el carácter científico de la enfermería profesional. Esta línea de pensamiento y acción tiene, sin embargo, una consecuencia no deseada, que en el afán de apuntalar el modelo biomédico recurre a una separación entre los cuidados en la enfermería y los trabajos de cuidado no disciplinarios, análogos a los que se realizan cotidianamente en los hogares en el ámbito de la reproducción.

En el tercer capítulo titulado “Cartografías generizadas. Los cuidados en un hospital de alta especialidad” se realizó un mapeo del hospital donde laboran las personas colaboradoras de estas etnografías; se obtuvieron datos numéricos en relación a la asignación de servicios, género y competencias profesionales; a través de la entrevista a la subdirectora de enfermería del hospital se analizaron las prácticas de gestión del cuidado dentro de las instituciones de salud, las cuales se siguen produciendo, reproduciendo y manteniendo con base en las prácticas culturales de género.

En el capítulo cuarto “La construcción social del género y el trabajo de cuidados” valoramos a través de las perspectivas feministas cuales son las motivaciones por las que las personas ejercen los cuidados. A través de una historia de vida de un enfermero veremos cómo los cuidados no sólo se ven influenciados por las competencias profesionales sino por las historias de cuidados que surgen en las vidas antes de ser profesionales del cuidado y las contradicciones que surgen de que los cuidados no estén en el centro del campo de la enfermería.

Por ello se profundizará en la relación entre el trabajo de cuidados disciplinario y el no disciplinario. Intentaré demostrar que, como cualquier otro conocimiento disciplinario que se nutre del conocimiento vernacular, es decir, de los saberes que residen en la sociedad como “conocimiento general”, la práctica de la enfermería se alimenta del conocimiento cultural de los cuidados, una práctica que es realizada mayoritariamente por las mujeres en nuestra sociedad. El capítulo explorará el vínculo entre cuidados disciplinares y cuidados en la vida cotidiana, encontrando dos procesos importantes cuando nuestro análisis se centra en las prácticas sociales: el primero es que el conocimiento sobre los cuidados de cualquier practicante (ya sea que se haya involucrado en las tareas de reproducción social o que haya sido cuidado por otra persona en su crecimiento) antecede al conocimiento disciplinario. En segundo lugar, el capítulo demuestra que en la persona profesional de enfermería se articulan los cuidados disciplinares con los cuidados cotidianos (una práctica mucho más amplia, mucho más densa, que cubre muchos aspectos de la vida en general) tanto en su práctica profesional cotidiana, como en las tareas fuera del recinto hospitalario. El capítulo demuestra también la estrecha relación entre la construcción de género y la práctica de los cuidados, así como el hecho de que desmontar los prejuicios de género contribuye a desmontar la injusticia epistémica y el menosprecio de la tarea de cuidados no disciplinares. El reconocimiento de los cuidados no disciplinares como parte consustancial y necesaria del trabajo de cuidado disciplinario en la práctica de la profesión permite argumentar que el trabajo de cuidados vernacular (ese que sostuvo la práctica profesional en el hospital durante la pandemia de COVID 19) agrega valor al conocimiento disciplinario. En otras palabras, que separar los cuidados disciplinares y los no disciplinares de cuidados, en el afán de profesionalizar la práctica de la enfermería, desconoce el valor que los trabajos considerados no biomédicos agregan a la práctica profesional y que merecen ser también remunerados.

El quinto y último capítulo se titula “Cadenas de cuidados en la enfermería”. A través de las historias de vida y de las rutinas de la cotidianidad de personas que cuidan, se aborda el concepto de sistema de reproducción social. También hablaré de los cuidados que están cruzados por los afectos y otras motivaciones que no precisan remuneración económica (sin descartar la importancia de esta) hablaré de la importancia del tema de cadenas de cuidados y, finalmente, retomo los afectos posicionándolos en un lugar privilegiado, ya que son parte sustancial cuando se cruzan en el trabajo de cuidados, se podrá reflexionar sobre cómo a pesar de compartir un mismo hospital, los espacios se viven de manera distinta, esto a través de una historia de vida, enfermedad y muerte.

A través de las teorías de género se señalan posturas que parecen controvertidas, sin embargo, podrían tener un punto de convergencia.

Se retoma nuevamente el tema del valor de los cuidados y se reflexiona sobre el orden de género pero esta vez en el ámbito de la reproducción del trabajo. Este capítulo muestra nuevamente la relación entre el trabajo de cuidados en la enfermería y el trabajo de cuidados en la vida cotidiana. El capítulo propone que la práctica profesional de la enfermería (los cuidados disciplinarios) no sería posible sin la enorme cantidad de trabajo de cuidado en casa (cuidados no disciplinarios y no pagados) en que se apoya para su reproducción. En este capítulo se muestra la existencia de una cadena de cuidados (concepto acuñado por Arlie Hochschild 2001) entre el hogar y el hospital. Como lo ha señalado Federicci, los cuidados en el ámbito de la reproducción, al no ser retribuidos, subsidian a quienes contratan la fuerza de trabajo que realizará tareas de cuidado profesional pues estos pueden realizarlo por un salario menor. Como lo señaló ya Anabel Robles con base en la teoría de la economía política de los afectos de Federico Besserer (2014), el hogar es un espacio que restaura afectivamente a las personas trabajadoras, especialmente en los casos de las trabajadoras y trabajadores cuyo trabajo asalariado compromete su afectividad. En otras palabras, el trabajo afectivo de la enfermería consiste, entre otras muchas cosas en enfrentar el sufrimiento y el dolor ajeno incluyendo la muerte. Este trabajo afectivo es parte central del ejercicio de la profesión, aunque es poco reconocido en un espacio profesional, y la capacidad de realizarlo se reproduce con el recurso afectivo restaurador de los hogares. El capítulo hace uso de un recurso etnográfico (que podríamos llamar “de inversión”), al llevarnos a un hogar donde un

hombre realiza las tareas de cuidados domésticas mientras que el trabajo asalariado lo realiza una persona que ejerce profesionalmente la enfermería. Este oxímoron en el orden de género expone con claridad el carácter generizado del trabajo de cuidados y permite a las personas entrevistadas visualizar con más claridad los aspectos de género relacionados con los cuidados y su menosprecio por razones de género. A través de este diálogo, el capítulo muestra la manera en que el trabajo de cuidados del hogar valoriza a través de la cadena de cuidados el trabajo de cuidados profesionales de la enfermera.

CAPÍTULO 1: “LOS CUIDADOS EN MÉXICO”

La contribución que se pretende en esta tesis es desde la perspectiva social, respondiendo a la siguiente pregunta: ¿qué aporta la perspectiva social de los cuidados a la profesión de enfermería? Continúo después con la pregunta sobre ¿por qué es importante el análisis del cuidado? Si bien la investigación me interpela, porque encarno la profesión de enfermería, ahora como estudiante de antropología quisiera tener un enfoque “híbrido”.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermería abarca el trabajo autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas y en todos los entornos (OMS, 2020). Se estima que hay 28 millones de enfermeras en el mundo, aunque el déficit de enfermeras sigue siendo un gran reto global.

El trabajo de cuidados dentro de las instituciones de salud constituye un aspecto crucial del sistema económico. Sin embargo, la influencia de la enfermería se extiende más allá de estas instituciones. Las enfermeras desempeñan un papel vital en la cadena de cuidados no solo a nivel institucional sino también en la capacitación de las personas que continuarán brindando cuidados en el hogar una vez que las y los pacientes ya no están bajo su responsabilidad directa.

Es relevante mencionar que los análisis de la economía del cuidado tienen su origen en la economía feminista. Los estudios sobre los cuidados desde una perspectiva social y su impacto económico datan de hace más de 40 años en occidente y 20 años en Latinoamérica.¹ Recientemente, este tema ha adquirido tal importancia que se ha incluido en las agendas de los gobiernos y en los organismos internacionales, con una tendencia a crear políticas de cuidados. En este contexto, las enfermeras, como profesionales dedicadas al estudio y la práctica del cuidado, pueden hacer una contribución significativa.

Para entender mejor el concepto de cuidado, aquí se presentan algunas definiciones:

1. “Los cuidados son actividades, procesos y vínculos que generan y sostienen diariamente el bienestar físico y emocional de las personas, de la vida no humana y de nuestro entorno, ya que somos seres interdependientes, indispensables para la reproducción de la vida diaria del mundo” (Red de Cuidados en México, 2021).

2. “Ser y ejercer enfermería va más allá de la tecnificación de procedimientos que son instituidos por interdependencia con otros profesionales de salud, desarrolla el sentido humano del profesional, marca al sujeto de cuidado por las experiencias, vivencias y atenciones que lo hacen ver como ser holístico, es decir, en su totalidad” (Hidalgo, 2021).
3. “El cuidado es un derecho, una necesidad y un trabajo” (CEPAL 2022).
4. “El cuidado es uno de los temas centrales en enfermería. Este, aunque ha tenido diferentes y numerosos significados en la disciplina, posee como tema común su carácter de interacción con el otro u otra” (Rubio, 2020: 3).

Por último, anexaré la definición del Consejo Internacional de Enfermería. Este concepto ha sido para algunas colegas motivo de orgullo nacional al poder participar en la toma de decisiones internacionales, pero para un importante número de profesionales de enfermería resultó cuestionable, ya que reafirma y mantiene la idea hegemónica de hacer y ejercer la enfermería. Algo sumamente importante es reflexionar, desde dónde se hace y para qué poblaciones.

“La enfermería es una profesión dedicada a defender el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud, mediante el compromiso compartido de proporcionar cuidados y servicios colaborativos, culturalmente seguros y centrados en las personas. La enfermería actúa y aboga por el acceso equitativo de las personas a la salud y a los cuidados de salud, así como a entornos seguros y sostenibles.

La práctica de la enfermería encarna la filosofía y los valores de la profesión al prestar cuidados profesionales en los aspectos más personales de la vida de las personas relacionados con la salud. La enfermería promueve la salud, protege la seguridad y la continuidad de los cuidados, además de gestionar y dirigir organizaciones y sistemas de salud. La práctica de la enfermería se sustenta en una combinación única de conocimientos disciplinarios basados en la ciencia, capacidad técnica, normas éticas y relaciones terapéuticas. La enfermería está comprometida con la compasión, la justicia social y un futuro mejor para la humanidad” (Consejo Internacional de Enfermería, 2025)

Desde los estudios sociales del cuidado hay 4 miradas importantes de abordar: la ética del cuidado, la economía del cuidado, el cuidado como bienestar y el derecho al cuidado.

Actualmente existe un vínculo entre las actividades del cuidado y el sistema económico, ya que el cuidado genera bienestar que debe ser reconocido y valorado económicamente. Es importante destacar que, aunque el trabajo de la enfermería profesional es remunerado, las actividades de enfermería no se limitan a las técnicas y procedimientos biomédicos, también incluyen todas aquellas actividades básicas que sostienen el bienestar social; además, las enfermeras y enfermeros suelen desempeñar dobles roles, brindando cuidado tanto en instituciones como en sus propios hogares.

Según la Suprema Corte de Justicia de la Nación con base en la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC), levantada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022) el trabajo no remunerado, incluyendo las actividades de cuidado, equivalieron a 7.2 billones de pesos, lo que representa el 24.3% del PIB de México⁸. Este me parece un dato muy relevante ya que refleja una realidad social que se puede transpolar a las diversas realidades que se viven dentro de las instituciones de salud, ya que el personal de enfermería en un hospital como el que se estudia ocupa más del 50% del personal total y son quienes realizan trabajo alineado a la biomedicina, aunque también realizan trabajo de cuidados básicos. Por tanto, las enfermeras son un pilar fundamental en las economías no solo institucionales de salud sino también en sus formas sociales para crear bienestar. Este parece ser un buen momento para que la enfermería se involucre en las agendas públicas donde el tema de los cuidados es esencial, especialmente ante la realidad evidenciada por la pandemia de COVID-19 y los cambios sociodemográficos que prevén que para 2050 habrá un aumento significativo de la población, así como de su edad. La crisis de los cuidados es inminente.

El trabajo de cuidados y el trabajo doméstico siempre han estado ligados a las mujeres. Si bien existen hombres en el cuidado, el porcentaje mayor corresponde a las mujeres.

De acuerdo con las cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 620 mil personas reportaron prestar servicios de enfermería, de las cuales 79 % son mujeres⁹.

La enfermería siempre ha estado ligada al trabajo de cuidados, tanto remunerados como no remunerados y aunque ya han pasado más de 20 años de la profesionalización de enfermería en México aún es un trabajo precarizado en términos de salario, reconocimiento social e

institucional y una sólida base jurídica del ejercicio profesional, porque, aunque existe la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud existen sustanciales desigualdades entre la práctica de enfermería. Como veremos en las gráficas de asignación de personal de enfermería en un hospital de tercer nivel los hombres “prefieren” ejercer sus cuidados en áreas correspondientes con los estereotipos de género, como son las áreas de terapia intensiva de adultos, terapia intermedia de adultos y urgencias. Hay una clara diferencia en relación a la cantidad de hombres asignados a esas áreas en comparación con las áreas en las que las personas a cuidar son infancias y mujeres; resalto la palabra “prefieren” ya que no se cuenta con una justificación de perfil académico que justifique la asignación de hombres a ciertas áreas en relación con las mujeres.

“La posibilidad de nuevas formas de división sexual dentro de la enfermería es vigente, donde los hombres enfermeros se ubican en especializaciones vinculadas a la tecnología o asociadas con la fuerza y atributos de masculinidad, mientras que las mujeres permanecen en áreas obstétricas y de cuidado infantil” (Jiménez, 2019: 23).

CAPÍTULO 2: “VALOR E INJUSTICIA EPISTÉMICA. LOS CUIDADOS DE LAS Y LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA”

“No creyó en mí, porque finalmente pensó: pues es una enfermera y ella ¿qué va a saber? ...”

(Diario de campo Consuelo, 2024)

Un tema central en la defensa de la enfermería como profesión ha sido el de la valoración de su práctica, por lo que en este capítulo me propongo explorar de una manera etnográfica la construcción social del valor en las prácticas de la enfermería.

Desde la perspectiva de la antropología económica, según la propuesta de David Graeber (2018), en toda sociedad hay tres grandes formas de concebir el valor: el valor como valor económico, que puede concebirse como lo hizo Carlos Marx en su época, tomando como punto de partida el trabajo que lo genera que resulta un elemento cuantificable. Por otro lado, todas las sociedades realizan valoraciones sobre circunstancias específicas, le asignan un valor y lo que resulta valioso en un contexto puede no serlo en otro. Es importante pensar que no se trata solamente de situaciones en dos culturas diferentes, sino también al interior de una cultura como lo veremos en el caso que presentaré en este capítulo. Este proceso incluye el reconocimiento social, el status o prestigio que se asigna a una actividad, a una profesión o a una persona. Finalmente, el valor es un fenómeno relacionado con la ética y se expresa en la práctica, por lo que está continuamente en negociación. Así que, siguiendo a Graeber, podemos pensar que el valor en la práctica de la profesión de la enfermería está relacionado con el trabajo, el contexto simbólico y la especificidad de las prácticas sociales en el marco en el que se realizan.

Dado que la discusión sobre el valor del trabajo de la enfermería pasa por la reflexión respecto al trabajo de cuidados, el género y el contexto cultural en el que se realiza la práctica específica de la enfermería, en este capítulo recurriré a dos herramientas conceptuales que han sido desarrolladas por los estudios feministas: para el contexto simbólico del que nos habla Graeber, recurriré a la filosofía de la ciencia de orientación feminista, con ello estudiaré las dinámicas simbólicas que operan en la valoración del conocimiento de quienes practican la profesión de la enfermería.

Nos será de utilidad en particular el concepto de “injusticia epistémica”. Por el otro lado,

para comprender mejor cómo la construcción del valor se hace en el marco de la desigualdad social en el que operan dinámicas de género, clase y profesión, usaré la perspectiva de análisis interseccional que aporta el feminismo.

Así entonces, la siguiente colaboración aborda la convergencia entre enfermería y antropología, enfocándose en el cuidado desde una perspectiva interseccional que considera género, clase y profesión.

A través de una investigación etnográfica, que incluye entrevistas, historias de vida y observación participante, se explora el trabajo de la licenciada en enfermería perinatal Consuelo quien ejerce la partería profesional.

¿Por qué Consuelo? la respuesta es sencilla, aceptó, ella accedió a colaborar conmigo en este capítulo, abriendo con confianza sus experiencias, se interesó en mirar otras realidades que nos cruzan. Además de ser mi colega, es mi amiga; Con ella he compartido momentos de la vida importantes para ambas. He visto su crecimiento tanto profesional como personal, actualmente se encuentra activa en la Asociación de Parteras Profesionales (APP) así como proyectos profesionales que tienen que ver con el ejercicio profesional autónomo de sus saberes. Deseo que la confianza que ella me brinda sea retribuida con interés de otras y otros colegas en temas que pueden sumar a la enfermería.

GENERALIDADES

Consuelo vive en un pueblo ubicado en el Estado de México llamado Juchitepec, cuyo nombre prehispánico es Xochitepetl, significa cerro de las flores o cerro florido. Tiene 27,117 habitantes, su territorio es de 149.6 km² y se fundó en 1267. Es un poblado de tradiciones, su principal festividad se realiza el 25 de abril en honor al Señor de las Agonías, cuyos festejos son de índole religioso y la gran mayoría de la población participa, incluso con la suspensión de actividades escolares y laborales.¹⁰

Durante la época de pandemia, las personas tuvieron temor a asistir a los centros hospitalarios porque mantenían la idea de una vez que entran ya no salen vivos. Las mujeres embarazadas no fueron la excepción, ya que muchas recurrieron a otras maneras de parir, incluyendo las labores de parto en casa. La licenciada Consuelo asesoró a mujeres embarazadas y asistió partos en casa.

Esta etnografía se realizó a través de una entrevista semiestructurada en la que la licenciada Consuelo comparte muchas narrativas de experiencias profesionales, entre ellas la que a continuación expresaré y con la cual se analiza el valor de los cuidados de la enfermería profesional.

La situación ilustra un fenómeno conocido como injusticia epistémica, donde una persona es subestimada o no se cree en su argumento debido a su posición social o profesional, en este caso, porque Consuelo es enfermera. El análisis se apoya en los estudios de Miranda Fricker (2007), quien señala cómo los prejuicios de género y profesionales socavan la credibilidad de las mujeres en campos dominados por el discurso médico.

INJUSTICIA EPISTÉMICA

El concepto de injusticia epistémica fue descrito por la filósofa Miranda Fricker en su libro: “Injusticia epistémica: el poder y la ética del conocimiento”, publicado en 2007.

Su materia principal son las prácticas humanas cuando se gana o pierde conocimiento, es decir, le da una gran importancia a lo que encarnan y/o viven las personas. Al igual que otras filósofas, ella refiere que es muy importante situarse, saber desde dónde se habla.

“Esta concepción que atiende a su carácter socialmente situado otorga un papel protagonista a las cuestiones de la identidad social y el poder y es requisito imprescindible para manifestar una determinada dimensión ética de la vida epistémica: la dimensión de la justicia y la injusticia” (Fricker, 2007: 4)

Ella refiere que existen dos tipos de injusticia epistémica: la injusticia epistémica testimonial y la injusticia epistémica hermenéutica.

1. Injusticia epistémica testimonial: se produce cuando los prejuicios llevan a un oyente a otorgar a las palabras de un hablante menor credibilidad.

La narración es menospreciada por la existencia y reproducción de prejuicios sociales: machismo, raza, clase, edad, profesión.

2. La injusticia hermenéutica: se produce en una fase anterior, cuando una brecha en los recursos de interpretación colectivos sitúa a alguien en desventaja injusta en lo relativo a la comprensión de sus experiencias sociales. Un ejemplo: alguien víctima de acoso sexual en una cultura en la que todavía no existe el concepto analítico de

“acoso sexual”. En la injusticia hermenéutica hay prejuicios estructurales en la economía de los recursos hermenéuticos colectivos.

Cuando se comete injusticia epistémica se le quita a la persona algo esencial: ser considerado un transmisor válido de conocimiento. ¿Por qué es importante ver este tipo de injusticias?

Las inequidades en las oportunidades no son menos graves que la injusticia epistémica. Ser víctima de esta última puede afectar profundamente la vida de las personas al poner en duda su credibilidad y valor como portadoras de conocimiento. A veces incluso se puede sufrir discriminación sin llegar a reconocerla como tal, lo cual no significa que no exista. Esto se evidenciará en la siguiente narrativa, al reflexionar sobre consecuencias significativas a nivel emocional, identitario, psicológico, económico, entre otras.

La investigación se sitúa dentro del marco de los estudios feministas del cuidado, los cuales han ganado relevancia en los últimos años, especialmente en América Latina. Se argumenta que el trabajo de cuidado, al igual que el trabajo doméstico, contribuye significativamente a la economía, aunque a menudo no es valorado. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) destaca que las mujeres dedican más horas al trabajo no remunerado, lo que refuerza las desigualdades de género.¹¹ Este estudio feminista del cuidado permite comprender por qué la enfermería, aunque profesionalizada, sigue ocupando un lugar subalterno dentro del sistema de salud, dominado por el modelo médico hegemónico.

A PROPÓSITO DE UN CASO:

Relato de la licenciada Consuelo el día sábado 20 de enero del 2024 que se transcribe a manera de narrativa.

Consuelo: esa fue una historia muy trágica ...

Porque fue justo en la pandemia, donde las pacientes no querían venir al hospital por el miedo del contagio por el COVID y entonces como toda mamá, (todas las mamás siempre van a presumir a sus críos), mi mama estaba diciéndole a todo mundo que su hija podía valorar a las embarazadas y de hecho atender su parto y entonces, una conocida le dijo a mi mamá ¿es cierto eso? y mi mamá dijo ¡claro que puede valorarla! ve a la casa. Y pues la valoré. Entonces llegó a la casa, la valoré, era una paciente que tenía como 35 semanas aproximadamente de embarazo, pero yo siempre digo que hay pacientes a las que les “hules” la preeclampsia con solo verlas. Ella era una paciente obesa, bajita, ya tenía como 35 años, me parece y pues obviamente para que tú puedas atender un parto debes de hacer una valoración acerca de los riesgos que lleva la paciente; Y yo le pedí estudios de laboratorio, pero mientras la valoraba tuvo una TA (tensión arterial) media sospechosa, de 140 /80 mmHg, le pedí sus laboratorios y le dije que al día siguiente la iba a ver a su casa para tomarle nuevamente su presión; al día siguiente, fui al medio día a tomarle nuevamente su presión y volvió a salir con una cifra de 140 /90 mmHg, le dije te voy a volver a valorar en la tarde, la valoré con una presión de 150/90 mmHg y le dije que ya no era una opción seguirla tratando yo porque ella era una paciente de riesgo por las cifras tensionales.

- Bety: y sí se hizo los laboratorios?-

Consuelo: no, no se hizo los laboratorios. Entonces hablé con una residente del hospital y le dije que si la podía valorar porque era mi paciente, dijo que sí pero jamás vino a la valoración al hospital pues porque no creyó en mí, porque finalmente pensó: pues es una enfermera y ella que va a saber. Fue con un médico general y el médico general le da tratamiento para la presión y pues le siguió allá su cuidado del embarazo, entonces dos semanas después la paciente acude a valoración a un centro de salud y le dicen (porque ya tenía molestias de parto), le comentan que no la pueden atender ahí porque evidentemente su presión estaba alta, la paciente acude nuevamente conmigo y me dice que necesita que la

ayude a que la atiendan en el hospital, porque ya le dijeron que en ningún lugar la van a atender con esa presión, yo le dije que acudiera (porque era un viernes), que acudiera por sus medios al hospital no me hizo caso y al siguiente día fue por mí a mi casa para que yo le ayudara a entrar al hospital. Llega al hospital con una TA de 180/120 mmHg y pues se vocea un código máter, y ya pues se resuelve el embarazo por vía cesárea y el bebé tuvo complicaciones porque tenía además incompatibilidad de grupo sanguíneo, ella va a terapia intensiva y pues sí se identificaron muchos factores de riesgo en esa paciente pero pues no creyó en mí. (Diario de campo, Consuelo, 2024)

ANÁLISIS DESDE UNA MIRADA FEMINISTA

¿Por qué es importante el estudio de los cuidados? como ya se ha planteado, la pandemia contrajo crisis de cuidados, incertidumbres y nuevas necesidades de saberes que hicieron posible la supervivencia de muchas personas a la enfermedad, evitar el contagio e incluso sobrevivir a las complicaciones de una enfermedad desconocida.

Las feministas latinoamericanas refieren que los cuidados, así como el trabajo doméstico, contribuyen de manera sustancial a la economía de un país, así como a su estado de bienestar. La CEPAL¹¹ estima que las mujeres dedican entre 22 y 42 horas de trabajo doméstico y de cuidados, lo que implica una carga laboral mayor en relación con los hombres, creando una desventaja considerable. “Los patrones culturales patriarcales dominantes repercuten en la naturalización de las actividades de cuidado como una responsabilidad de la mujer” (Bárcena, 2018: 8) y aunque las mujeres que se dedican al cuidado no participen en el mercado laboral “formal”, forman parte de un sector económico muy importante, ya que el trabajo doméstico y de cuidado es crucial para las economías de las regiones. Es tal la importancia económica del cuidado como parte del sostenimiento del sistema, que la división de Asuntos de Género de CEPAL de América Futura destaca a la economía del cuidado como uno de los diez ámbitos promisorios para transformar los modelos de desarrollo, potenciando el crecimiento y reduciendo las desigualdades de género.

Considero fundamental comprender la dimensión socioeconómica del cuidado, ya que esta perspectiva podría ofrecer una respuesta a la falta de representación de la disciplina en enfermería. Dado que el cuidado es el objeto central de la enfermería, su asociación con el

trabajo femenino, entendido como natural y socialmente desvalorizado, contribuye a que la profesión sea invisibilizada y subestimada.

Con ello quiero enfatizar las relaciones entre cuidado desde una perspectiva social y cuidados desde una perspectiva profesional. Considero que aquí hay un punto de convergencia entre la enfermería y la antropología, porque las personas están insertas dentro de una cultura, su cultura; pero también son parte de una cultura de práctica profesional (que generalmente está alineado al modelo médico hegemónico); es decir, la personas profesionales de la enfermería están doblemente influenciados con la ciencia de los cuidados pero también tiene una práctica de los cuidados influenciada socialmente, es decir, existe una convergencia entre ciencia y cultura.

Con base en la narrativa de la licenciada Consuelo, pude analizar el trabajo doméstico y de cuidados, puede dar respuesta al por qué las enfermeras y enfermeros se encuentra en una posición aún subalterna dentro y fuera de las instituciones de salud. Aunque la “profesionalización” (tema que se abarcará más en el segundo caso) cada vez es mayor, la posición de subalterno continua perpetuándose un sistema en el que el modelo médico hegemónico continúa y esto muy probablemente tiene que ver con que el cuidado es considerado el objeto de estudio de la enfermería y las personas que requiere incluso las que los brindamos, seguimos viendo como peyorativas las intervenciones que realizan las mujeres, naturalizando el cuidado como una responsabilidad innata de las mujeres, posicionando el cuidado básico como una actividad y no como parte de una intervención que requiere ciencia.

“No creyó en mí porque finalmente pensó: pues es una enfermera y ella ¿qué va a saber?”

(Diario de campo, Consuelo, 2024)

Con esta frase tan significativa deseo destacar el concepto de injusticia epistémica testimonial. Este tipo de injusticia se relaciona directamente con la credibilidad del discurso de una persona y ocurre cuando alguien no se le cree o se toma en serio debido a prejuicios. La licenciada Consuelo experimentó las consecuencias de este prejuicio, una manifestación de injusticia epistémica como resultado del posicionamiento social en comparación con la figura médica, aún cuando estos últimos no posean una especialidad.

De acuerdo con los conceptos de Miranda Fricker, la injusticia epistémica es una forma de discriminación que socava la credibilidad de una persona basada en prejuicios sociales. En el caso de la licenciada Consuelo esta injusticia se ve interceptada por su género y su profesión. Aunque las mujeres han logrado grandes avances en muchos ámbitos de la sociedad, aún enfrentan desafíos significativos en ciertas instituciones y profesiones. En el campo de la enfermería, ampliamente feminizado, los hombres han conseguido posicionarse de manera notable dentro del gremio.

Además, existe una comparativa constante entre la aceptación del discurso médico y el de la enfermería. El discurso dominante y generalmente aceptado es el del médico, lo que pone en entredicho la credibilidad y validez de cualquier otro discurso, incluso si proviene de una licenciada en enfermería con estudios de especialización de posgrado. Esta dinámica refleja una arraigada injusticia epistémica que continúa perpetuando desigualdades basadas en prejuicios profesionales y de género.

La injusticia epistémica y la desigualdad social surgen en una base multidimensional y con ello quisiera destacar también el concepto de interseccionalidad. El concepto fue definido por primera vez en un artículo publicado en 1989 por la abogada y feminista negra Kimberle Crenshaw¹² para subrayar las desigualdades que interceptaban a las mujeres afrodescendientes trabajadoras en General Motors. Ella descubrió que si bien las mujeres ya eran contratadas, no todas podían aspirar a mejores puestos laborales. Ella visibilizó que las personas que eran contratadas poseían características específicas, observó que se contrataba a mujeres blancas a quienes se les delegaban tareas administrativas, mientras las personas afrodescendientes también eran contratadas pero solo hombres y para realizar tareas que conllevaran exclusiva fuerza, desplazando así a las mujeres negras, quienes al poseer todas las desventajas de ser mujeres, pobres y negras, quedaban en excluidas. El trabajo ha estado devaluado no sólo por el ámbito doméstico o el género; el trabajo está devaluado por motivos de raza y clase (Nadasen, 2023: 36-37)

La metáfora que se utiliza para explicar las causas de la desigualdad en la interseccionalidad es el cruce de carreteras que se interceptan en algún punto. Las principales categorías han sido la clase, raza y género, motivo de análisis a lo largo de la historia, aunque algunas personas autoras refieren que no deben ser comparables en relación a cuál tiene mayor

relevancia. Las marxistas creen que la base de toda desigualdad es la clase, sin embargo, en algún punto de convergencia se encontrarán con las otras. En este caso se utiliza la interseccionalidad como herramienta analítica para observar las desigualdades que se encarnan en la realidad de la enfermería profesional. La licenciada Consuelo es una mujer, es una enfermera y vive en una población donde los usos y costumbres se mantienen. Considero que la profesión dentro de un modelo en el que las relaciones son jerárquicas, donde hay disciplinas con mayores sueldos, mejores posiciones sociales, crean brechas de desigualdad que se reflejan en la manera en cómo las personas miran y posicionan el trabajo profesional. A la licenciada Consuelo le cruzó su género, su profesión y su clase. Si bien, el análisis de las diversas teorías no se queda en sólo conceptualizar, desde mi punto de vista su verdadero objetivo es identificar el problema, las verdaderas causas del por qué las personas creen, avalan, legitiman los saberes de las otras personas pero, como expresa Massimo, “las telarañas de la hegemonía no pueden ser desmanteladas por un simple y repentino acto voluntarista sino que deben ser reconocidas y destejidas, paulatinamente, de la misma manera en que fueron tejidas, en el mismo terreno subjetivo que recubrieron” (Modonessi, 2012 :37). Entender, descubrir que existen condicionantes sociales que permiten las opresiones, nos hará redescubrir nuevas herramientas para atacarlas. Una vez que la licenciada Consuelo y yo concluimos esta colaboración, nos fue posible ver una realidad y caminos distintos de posibilidades, mirar la problemática desde la perspectiva social podría modificar el autovalor de la práctica profesional, posicionarse en los servicios públicos, incursionar en las políticas públicas pero, sobre todo, darse cuenta que el reconocimiento tiene que venir desde dentro, desde nuestros propios pensamientos para después poder emerger a la colectividad organizada y realmente hacer cambios en las estructuras.

CAPÍTULO 3: “CARTOGRAFÍAS GENERIZADAS. LOS CUIDADOS EN UN HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD”.

Querida lectora y lector, en este tercer capítulo trato de situar en tiempo y espacio la etnografía que servirá como un buen punto para reforzar el análisis del tema de los cuidados y su interrelación con el género. El capítulo titulado “Cartografías generizadas. Los cuidados en un hospital de alta especialidad” pretende, a través del análisis de datos, así como de entrevistas semiestructuradas a personas que laboran dentro de un hospital de tercer nivel, descubrir las motivaciones por las cuales se brindan cuidados, quiénes y cómo se realiza una división de los cuidados intrahospitalarios, la cual no solo está condicionada por las competencias profesionales sino también por condicionantes sociales como el género.

Esta aproximación etnográfica se realizó en las inmediaciones del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI) entre el final del año 2023 y principios del 2024.

ESTRUCTURA Y SIMBOLISMO DE IDENTIDAD

El HRAEI es un hospital de tercer nivel (atención médica especializada y de alta complejidad) ubicado al oriente del Estado de México, en el municipio de Ixtapaluca, “lugar donde se moja la sal”; Ixtapaluca es un municipio de 318.27 Km² de extensión territorial, se ubica a 7.5 kilómetros de la Ciudad de México y también colinda con el estado de Puebla.¹³

El HRAEI fue creado mediante un Decreto del Ejecutivo Federal del día 8 de junio del 2012. Inicialmente fue creado como un Organismo Público Descentralizado, sectorizado a la Secretaría de Salud, con capacidad jurídica y patrimonio propio. Operaba mediante un esquema público-privado al amparo del contrato de proyectos de prestación de servicio de largo plazo, en el que la institución enfoca sus esfuerzos en la atención médica y el inversionista proveedor asume la prestación de servicios no asistenciales. A partir del 11 de octubre del 2023, por Decreto Presidencial del Licenciado Andrés Manuel López Obrador, se desincorporan por fusión el Centro y los Hospitales de Alta Especialidad con el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)¹⁴, cuya transición se mantiene vigente y la encarnan los colaboradores en esta etnografía.

El HRAEI cuenta con una gran estructura; está construida en un terreno de 100,267.21 m², de los cuales 38,263 m² corresponden a la superficie construida y distribuida en seis edificios.

La entrada principal nos recibe con el gran mural Tlapahtekuabetl (árbol de la medicina) realizado por varias personas autoras entre ellas, Emilia Solís González, a quien contacté a través de medios digitales y que con amabilidad respondió a mis interrogantes y compartió lo siguiente:

“Este mural lo hicimos cuando éramos estudiantes de la Escuela de Artes del INBA ‘La Esmeralda’, fuimos seleccionados por una convocatoria que realizó el hospital de especialidades cuando estaba en construcción. La temática era la medicina y nuestro acercamiento fue a partir del árbol como elemento central, como una reinterpretación del árbol de la vida. Queríamos que tuviera un recorrido de materiales utilizando el vidrio, el barro y los espejos para representar las tres partes de árbol:

La raíz. El origen, que también representa la vida microscópica con las células hasta abajo. El tronco. El cuerpo del árbol, con el corazón, las arterias y la cadena del ADN que se utiliza mucho como símbolo de la medicina, en la parte de en medio. El follaje, los frutos y las ramas. Representan la vida, la salud y el origen de la medicina de las plantas medicinales. Este mural también representa para mí un momento importante como estudiante y en general creo que en la trayectoria de todos los que participamos para realizarlo, recuerdo cuando lo realizamos, cuando fuimos a montarlo al hospital que seguía en construcción y finalmente verlo en el espacio cuando se inauguró, yo no lo he podido ver desde entonces, pero me da mucha emoción que sea parte importante de la identidad del hospital y las personas que lo habitan.” (Diario de campo, Solís, 2024)

La imagen del mural es una obra majestuosa que abarca la totalidad de los cuatro pisos del hospital, su grandeza no sólo es visual sino que representa la grandeza de la misma institución, muchas de las personas tenemos la identidad a la institución a través de la imagen de esta obra. Este mural de muchas maneras muestra las representaciones modernas de la ciencia que no se reducen al conocimiento ni a la tecnología que la sostiene. La representación del árbol es en cierta forma una mirada integral de la vida y para efectos de esta tesis, de los cuidados. Para empezar el nombre es una conjunción en náhuatl que nos

pone frente a una civilización diferente que la europea cuyos conocimientos médicos fueron reconocidos por los conquistadores que no solo se apropiaron de ellos sino que los reprodujeron en las instituciones educativas como el colegio de la Santa Cruz de Santiago Tlatelolco para la nobleza indígena¹⁵. La presencia de una imagen de un árbol como expresión de la vida remite a todos los ámbitos en los que hoy los cuidados son indispensables: el cuidado de la salud humana depende de los cuidados de la naturaleza que le dan sustento a la sociedad.

Tlapahtekuabetl (árbol de la
medicina) Foto tomada por Daniel
García, diciembre 2024

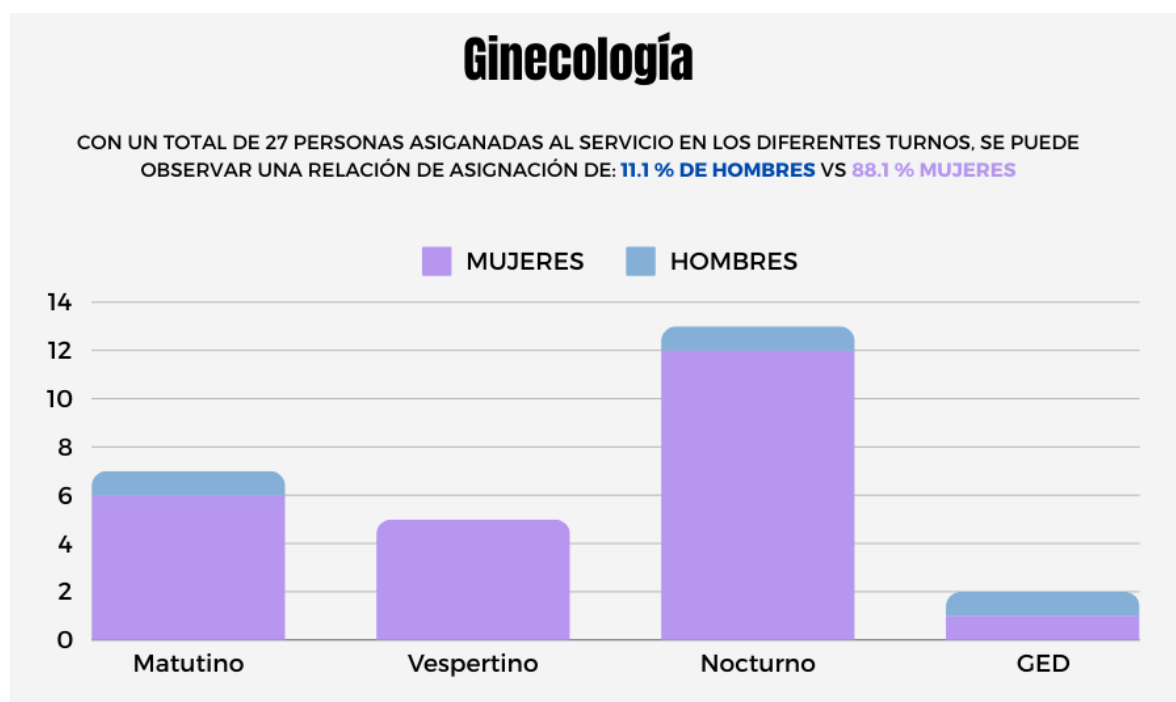


CARTOGRAFÍAS GENERIZADAS

Utilizo el término cartografías generizadas porque se trata de hacer un mapeo del hospital, se analiza el uso del espacio con respecto al ejercicio de cuidados y su relación con el género.

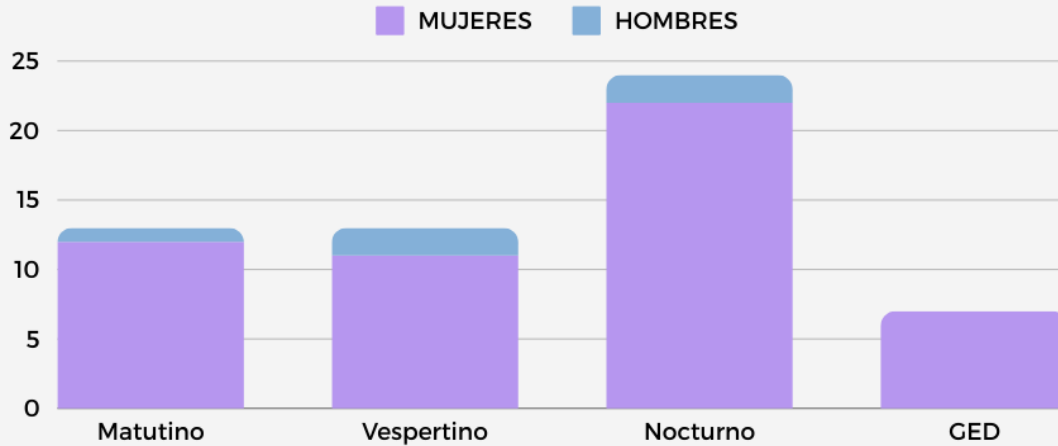
En el HRAEI laboran un total de 810 personas en tareas de enfermería, en su mayoría mujeres, a razón de 608 frente a 202 hombres¹⁶. Las prácticas de distribución de personal están a cargo del personal gestor, generalmente supervisores, quienes realizan planeaciones anuales, del personal que rolará en los diferentes servicios durante el periodo asignado, generalmente este rol comienza al inicio del año en el mes de enero. La distribución principalmente está condicionada por las competencias de las y los profesionales y si estos cuentan con alguna especialidad; Sin embargo, la mayoría de las personas profesionales no son especialistas, por lo que la toma de decisiones de distribución se interrelaciona con otras características que no siempre precisan en las competencias profesionales.

A continuación, se expone la asignación de personal en diferentes áreas del hospital con el determinante: sexo.



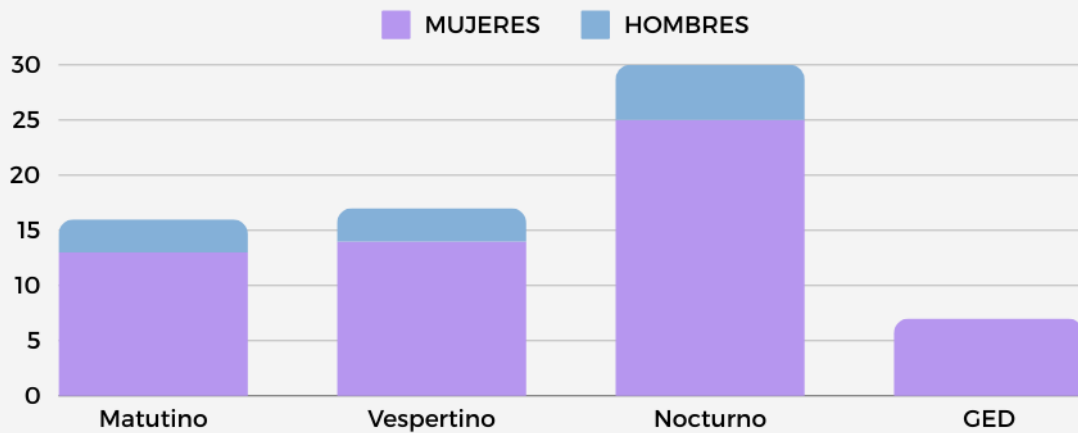
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

CON UN TOTAL DE 57 PERSONAS ASIGNADAS AL SERVICIO EN LOS DIFERENTES TURNOS, SE PUEDE OBSERVAR UNA RELACIÓN DE ASIGNACIÓN DE: 8.7% DE HOMBRES VS 91.3% MUJERES



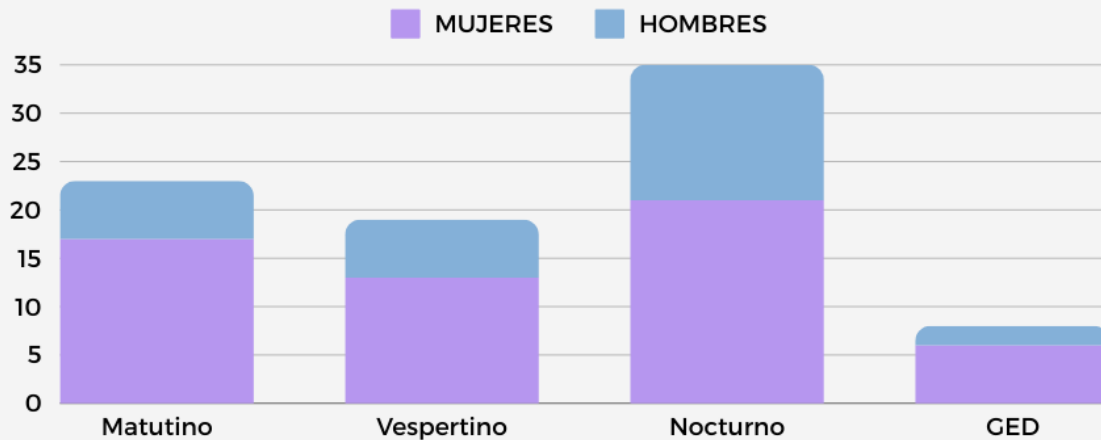
Pediatría

CON UN TOTAL DE 70 PERSONAS ASIGNADAS AL SERVICIO EN LOS DIFERENTES TURNOS, SE PUEDE OBSERVAR UNA RELACIÓN DE ASIGNACIÓN DE: 15.7 % DE HOMBRES VS 84.3% MUJERES



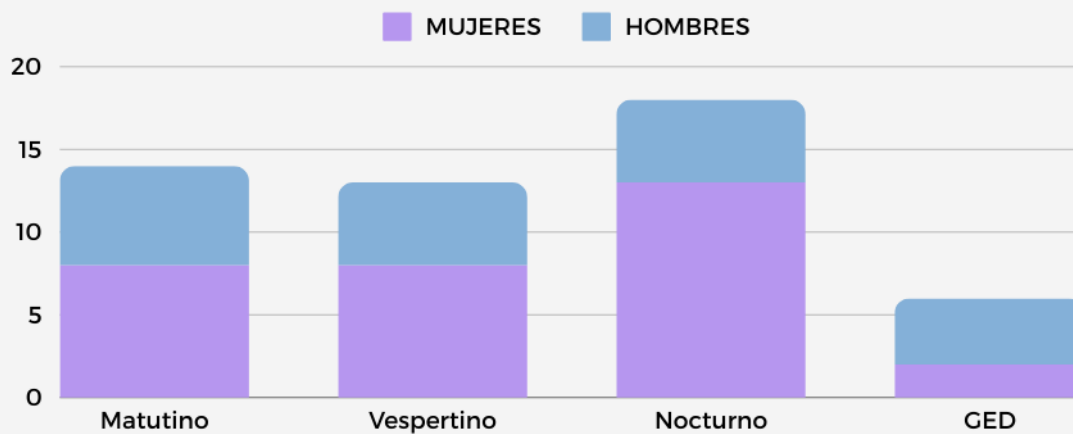
Urgencias

CON UN TOTAL DE 97 PERSONAS ASIGNADAS AL SERVICIO EN LOS DIFERENTES TURNOS, SE PUEDE OBSERVAR UNA RELACIÓN DE ASIGNACIÓN DE: **28.8 % DE HOMBRES** VS **71.2 % MUJERES**



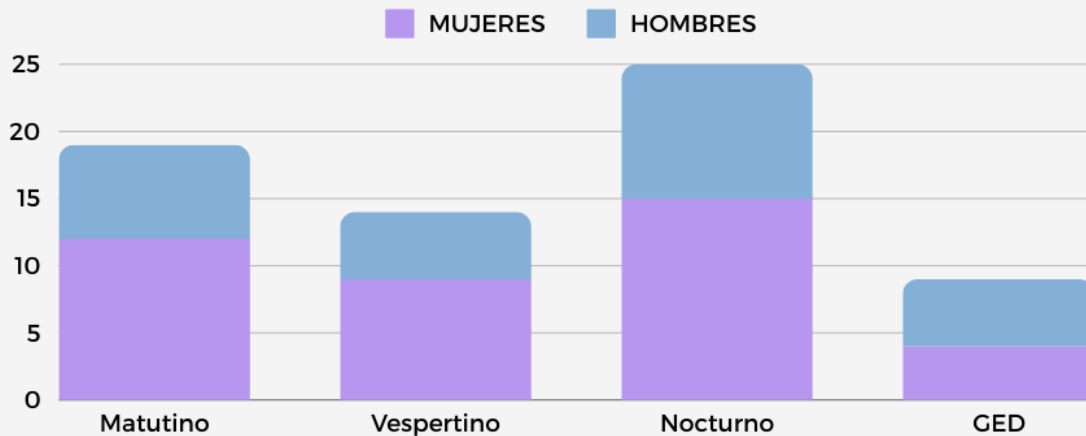
Terapia Intensiva Adultos

CON UN TOTAL DE 51 PERSONAS ASIGNADAS AL SERVICIO EN LOS DIFERENTES TURNOS, SE PUEDE OBSERVAR UNA RELACIÓN DE ASIGNACIÓN DE: **39.2 % DE HOMBRES** VS **60.8 % MUJERES**



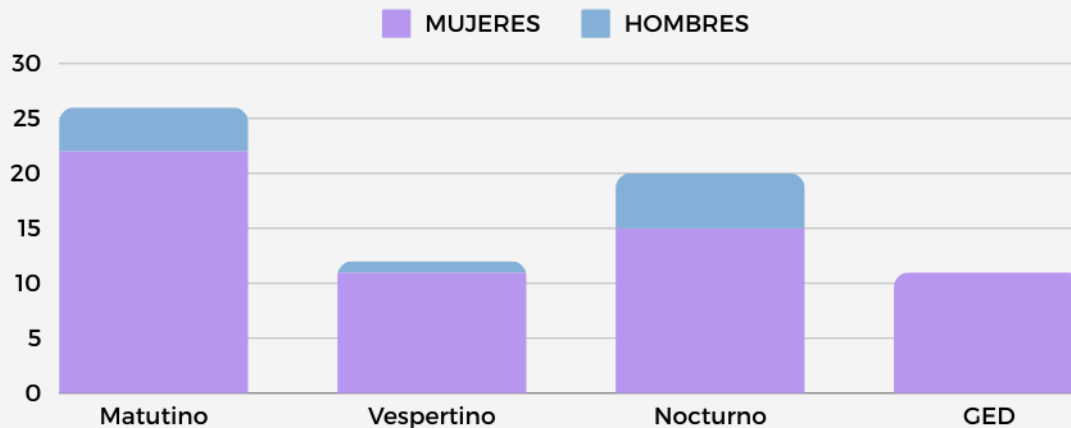
Terapia Intermedia Adultos

CON UN TOTAL DE 51 PERSONAS ASIGNADAS AL SERVICIO EN LOS DIFERENTES TURNOS, SE PUEDE OBSERVAR UNA RELACIÓN DE ASIGNACIÓN DE: **40.2% DE HOMBRES** VS **59.8% MUJERES**



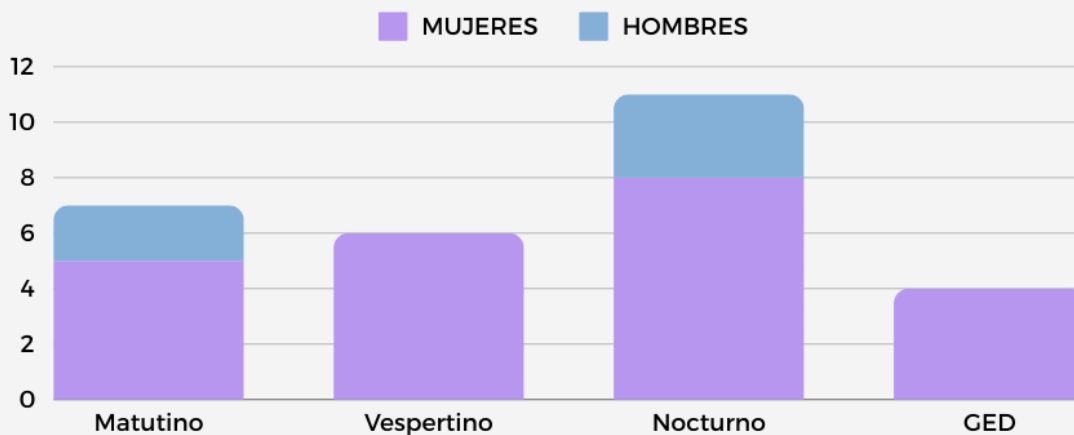
Quirófano

CON UN TOTAL DE 69 PERSONAS ASIGNADAS AL SERVICIO EN LOS DIFERENTES TURNOS, SE PUEDE OBSERVAR UNA RELACIÓN DE ASIGNACIÓN DE: **14.4% DE HOMBRES** VS **85.6% MUJERES**



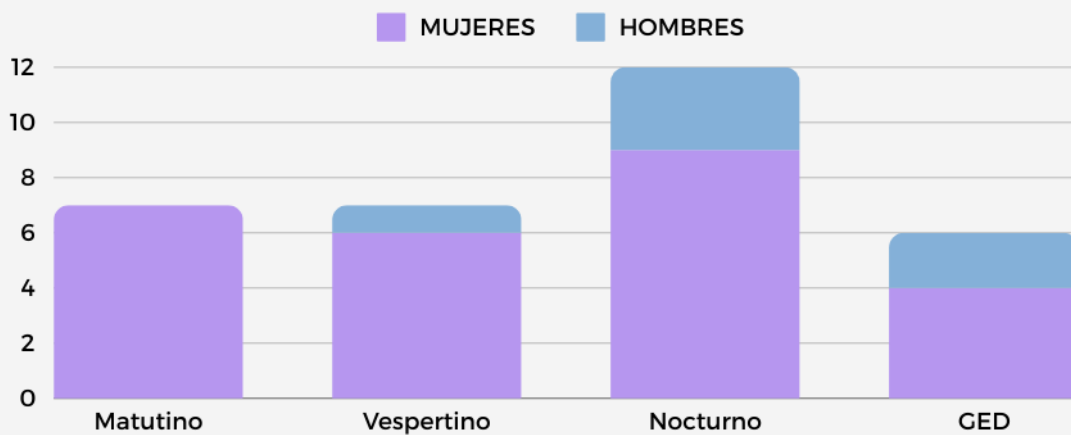
CEyE

CON UN TOTAL DE 28 PERSONAS ASIGNADAS AL SERVICIO EN LOS DIFERENTES TURNOS, SE PUEDE OBSERVAR UNA RELACIÓN DE ASIGNACIÓN DE: **17.8 % DE HOMBRES** VS **82.2 % MUJERES**



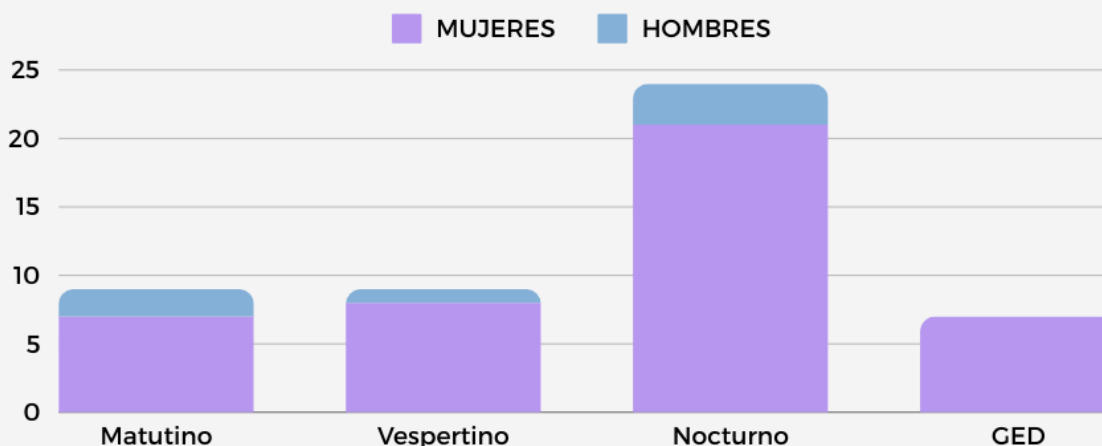
Tococirugía

CON UN TOTAL DE 32 PERSONAS ASIGNADAS AL SERVICIO EN LOS DIFERENTES TURNOS, SE PUEDE OBSERVAR UNA RELACIÓN DE ASIGNACIÓN DE: **18.7 % DE HOMBRES** VS **84.3 % MUJERES**



Terapia Intensiva Pediátrica

CON UN TOTAL DE 49 PERSONAS ASIGNADAS AL SERVICIO EN LOS DIFERENTES TURNOS, SE PUEDE OBSERVAR UNA RELACIÓN DE ASIGNACIÓN DE: **12.2 % DE HOMBRES** VS **87.8 % MUJERES**



Como podemos observar en las gráficas, la mayoría del personal son mujeres, en una relación de 75% mujeres y 25% de hombres; sin embargo, la distribución en servicios como pediatría, ginecología, terapia intensiva neonatal y terapia intensiva pediátrica hay un evidente número menor de hombres a diferencia de servicios como urgencias, terapia intensiva adultos, terapia intermedia adultos, donde hay más hombres. El porcentaje más significativo de esta asimetría es el servicio de terapia intensiva adultos con un 40.2% de hombres dentro del servicio.

Otro dato importante es que dentro de la institución hay 30 personas profesionales de enfermería pediátrica distribuidas en los diferentes turnos, de las cuales solo 1 es hombre, a diferencia de las personas profesionales especialistas en el cuidado del adulto en estado crítico, donde hay 71 personas de las cuales 20 son hombres.

¿Por qué hay un porcentaje mayor de hombres que trabajan en horarios nocturnos? (en relación a la cantidad de hombres en general) es un dato interesante para la reflexión y las motivaciones diversas que les hacen preferir un turno sobre otro lo es aún más.

Para poder responder esta interrogante pregunté a algunas colegas mujeres y hombres sus motivaciones. Encontré lo siguiente: la gran mayoría de las mujeres refieren que trabajar por la noche les permite estar más presente en las actividades de cuidados de sus hijas e hijos, mientras que los hombres en su gran mayoría refieren que les permitió y permite hacer

actividades como estudiar y trabajar o incluso conseguir un doble empleo. Ambos géneros coinciden en que el turno nocturno es más flexible en cuanto a reglas y/o supervisión y, aunque el personal en cantidad es menor, la carga laboral se ve disminuida al no haber un exceso de control. Se puede observar entonces que las personas que trabajan en la noche realizan “doble jornada”, sin embargo, la jornada de las mujeres difícilmente es remunerada en capital económico, mientras que los hombres sí reciben un salario por sus servicios e incluso mayores momentos de descanso, ya que el trabajo fuera de los hogares sí se considera trabajo. “Quizá nuestra conciencia en lo doméstico y en los cuidados es más precaria que el sistema laboral mismo.” (Eme, 2018: 40)

Estos datos coinciden con la encuesta de Nacional Para el Sistema de Cuidados donde se expresa que, en cuanto a horas a la semana en labores de cuidados, las mujeres dedican en promedio 37.9, mientras que los hombres dedican 25.6. La diferencia es de más de 12 horas semanales; de entre quienes proveen cuidados en el hogar: 79.3 % fue la persona cuidadora principal (22.5 millones); de ese porcentaje, 86.9 % fueron mujeres y 13.1 % hombres.¹⁷ Me parece relevante mencionarlo ya que coincide con el análisis de Arlie Hochschild (2021) y su narrativa de la “doble jornada”, a la que llegó tras analizar la situación de las mujeres con trabajo remunerado, a las que no son remuneradas ya también a las que trabajan y a parte hacen trabajo de cuidados de sus familias. Ella encarna la experiencia en el momento en el que se ve en la necesidad de cuidar de su pequeño hijo y a la vez ser catedrática docente de la universidad, durante su narrativa explica las emociones y pensamientos que emanan de dicha experiencia, ella refiere esa sensación de “desprofesionalización” como si la maternidad le restara profesionalidad y estatus académico y a la vez se pensaba como esa figura referente para otras mujeres, sentía esa representación simbólica que conllevaba ser madre y profesional a la vez. Es interesante la reflexión porque también nos da respuestas, si bien ella sentía anhelo por llenar sus propias expectativas, concientizar la influencia externa, Arlie no sólo se queda en la identificación y expresión del problema sino que nos regala una propuesta poderosa y es la de expresar y busca cubrir la necesidad de esos espacios sociales que puedan favorecerlo todo. Esta obra tan actual y que representa un problema latente no es nueva. Estos análisis sobre las brechas de desigualdad datan desde los años 70’s y 80’s y aunque cada vez se observa la participación de los hombres en las tareas de cuidados, la brecha sigue abierta en gran dimensión. Pienso en todas las mujeres que conozco, dentro y

fuera de mi entorno laboral, en mi hermana y su pequeño Emi, quién con apenas 2 meses hay días en los que hay que llevarlo a la oficina, ya que es una de las opciones al no contar aún con un sistema de cuidados accesible para sus necesidades de familia; o tener que encargarlo con las y los abuelos que en este momento representan la red de apoyo; todas las emociones y pensamientos que se cruzan al momento de tener que elegir y separarse de las infancias es un gran tema para el análisis antropológico.

Ante tales resultados surgen diversas interrogantes: ¿cuáles son las motivaciones por las cuales los hombres prefieren ejercer la profesión al cuidado de personas adultas y no de mujeres ni infantes? Y en relación a quién gestiona el cuidado dentro de las instituciones de salud ¿por qué a pesar de que el personal en su mayoría es mujer (relación 75%-25%), la distribución del personal se inclina a colocar un dispar porcentaje de mujeres al cuidado de infantes y otras mujeres?

La gestión del talento humano dentro del HRAEI está organizado a través de la siguiente estructura:

Actualmente la subdirección de enfermería está a cargo de la Mtra. Espinoza, quien se postuló para el puesto por medio de una convocatoria y proceso de selección tras el cual obtuvo el cargo de subdirectora de enfermería.

La subdirección de enfermería se encuentra ubicada en el edificio A del hospital, en el tercer piso, un espacio amplio que cuenta con 4 oficinas privadas ocupadas por cada una de las gestoras de enfermería.

La maestra demuestra mucha accesibilidad, me acerqué a ella con la intención de dialogar sobre su cargo actual y con agrado participó. Fue una plática casual, un viernes a las 6 pm. Cabe resaltar que la maestra tiene un horario de 9 a 17 horas, sin embargo la carga laboral en estos momentos dentro de la institución -que se encuentra cursando por un periodo de transición al IMSS Bienestar- está siendo mayor. Me dirigí a su oficina y con agrado me recibió, le comenté acerca de las motivaciones de querer entablar un diálogo con ella para conocer su sentir-pensar sobre la distribución de personal a su cargo en relación a la asignación de servicios y sexo. Inicialmente se mostró desconcertada ante la interrogante de si hay una condicionante de género en la distribución del personal en los servicios hospitalarios. Ella me refirió que realmente no, o más bien no se lo habían planteado, que de

cierta manera tratan de mantener un equilibrio, que aunque somos más mujeres en número, se trata a hombres y mujeres por igual y que buscan una paridad, al menos en los puestos de gestión. La subdirectora no considera que las personas tengan mejores o peores capacidades de cuidado en relación al hecho de si son mujeres u hombres, aunque sí menciona que hay ocasiones en que las mujeres se sienten más cómodas al ser cuidadas por mujeres, así como la confianza que muestran los propios padres y madres hacia las mujeres cuando cuidan de sus hijos en los espacios intrahospitalarios.

En sus palabras me expresa: *“No considero que las mujeres sean mejor y/o peor en las actividades administrativas, me gusta trabajar con ambos sexos, en mi antiguo puesto sí había consideraciones especiales hacia las mujeres por considerarlas más responsables y organizadas en relación con los hombres, opinión de la que difiero”* (Diario de campo, Espinoza, 2024)

Aunque también expresa que trata de buscar cierto equilibrio, refiere reconocer las causas por las cuales las mujeres se ausentan de los trabajos, ya que las necesidades son distintas a la de los hombres y menciona el ejemplo de la licencia por maternidad con la que por ley las mujeres tienen derecho a 3 meses por maternidad, días que no se contará con el talento humano dentro de las estructuras y lo que, de cierta manera, contribuye a un replanteamiento de las distribuciones.

La maestra Espinoza considera que las actividades de cuidado las tenemos insertadas culturalmente y que tratar de modificar ciertas prácticas relacionadas con creer que las mujeres cuidan mejor que los hombres será una tarea difícil de modificar, pero indica que si la intención y la mirada se pone sobre las diferentes maneras de gestionar, la distribución podrá tener una intención de paridad.

“Muchas mujeres se sienten más cómodas al ser cuidadas por mujeres, así como las madres y padres prefieren que sus hijas e hijos sean cuidados por mujeres”, (Diario de campo, Espinoza, 2024) es una de las respuestas que las gestoras explican ante la distribución de personal por diversas áreas, y resulta interesante lo que las personas prefieren y la raíz de dicha afiliación. Chimamanda (2014) en su libro “Todos deberíamos ser feministas” menciona que los prejuicios no son del todo falsos pero están incompletos. Durante la observación participante he constatado que las distribuciones no siempre precisan de

contextos completos, he visto cómo a las mujeres se les asigna en automático a las áreas pediátricas sin siquiera verificar su afinidad al área o su expertis, simplemente son decisiones basadas en género, o cómo los espacios de áreas como la terapia intensiva están considerablemente ocupadas por hombres por considerar que es un servicio que requiere fuerza, fuerza que poseen los hombres. Durante el ejercicio de mi actividad profesional he podido encarnar diversas experiencias de este tipo, al requerir la movilidad de algún mobiliario nunca falta el hombre que te diga “Pero...¿por qué no me llamas para que te ayude?” al ver a la compañera camillera y requerir la movilización de algún paciente cuyo peso y talla sea grande, la expresión de la gran mayoría es de inseguridad y desconfianza ante las capacidades de movilidad. Considero que los cambios tendrán que ser graduales pero definitivamente debe haber una intención de querer hacer algo distinto, yo le apuesto a la idea de que si se pueden ver, analizar y reflexionar los contextos más completos, se podrá contribuir a mejorar la toma de decisiones.

Las personas que se encuentran al frente de la gestión son hombres; al menos en el turno en el que me desenvuelvo, las áreas consideradas complejas están lideradas por hombres. Tenemos encargados hombres en piso de hospitalización, cirugía, ortopedia, hematología, también tenemos al frente hombres como líderes en la terapia intensiva adultos y en la terapia intermedia. Me posiciono ante ello porque si en verdad buscáramos una paridad en la distribución, pero sobre todo los puestos de mando, estos deberían estar ocupados con base en el porcentaje de hombres y mujeres en la enfermería 75%-25%. Sigo observando una brecha de género que está latente y se reproduce. Los sustento con los datos pero, sobre todo, valoro el poder de oír las voces que narran desde las experiencias.

CAPÍTULO 4: “LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL GÉNERO Y EL TRABAJO DE CUIDADOS”.

La siguiente narrativa se trata de un trabajo “dialógico” en el que espero mantener una confianza entre mi colaborador y amigo y la etnografía. Reconozco las capacidades teóricas y analíticas de él, por tanto, la entrevista está completamente transcrita con ciertas intervenciones de la literatura que me permitieron desarrollar ideas propias sobre la construcción social del género en el trabajo de cuidados que proporciona la enfermería.

“Soy un hombre, prieto, homosexual y enfermero de dos instituciones públicas”
(Diario de campo, Mauro 2023)

Se utiliza la historia de vida del maestro Mauro como parte de la investigación cualitativa, en el siguiente capítulo; a partir de un fragmento de su historia, nos llevará a la reflexión acerca del trabajo de enfermería ejecutado por un hombre, cómo a través de preceptos sociales las personas eligen los caminos profesionales, cómo se presentan los regímenes de sentimientos en momentos cruciales de la vida, se reflexionará sobre la división sexual del trabajo aplicado al trabajo de cuidados, cómo cruza el género en las relaciones de cuidado dentro y fuera de los servicios de salud, así como una mirada a las masculinidades, es importante saber que si bien la enfermería es una profesión ejercida principalmente por mujeres en relación de 80-20, como ya hemos planteado, también es interesante observar los datos más generales que expresan que aunque 7 de cada 10 personas ocupadas en el sector salud son mujeres, solo 6% de las mujeres del sector ocupan posiciones directivas, mientras el 12 % de los hombres ocupan este tipo de puestos. ¿Por qué se mantiene la sobrerrepresentación de un género en los puestos de poder? ²²

Con estos datos, al igual que en los análisis anteriores, se evidencia que la categoría del género ocupa un lugar importante al momento de designar ocupación, cargos, así como para la distribución de los cuidados.

Las historias de vida de individuos y familias son cada vez más necesarios para descifrar lo social. “La historia oral como tal, tiene interés en considerar el ámbito subjetivo de la experiencia humana concreta y del acontecer sociohistórico” (Aceves, 1998: 6) Se utiliza la historia de vida del maestro Mauro como parte de la metodología que permitirá abordar temas de interés en este capítulo.

Aceves (1998) refiere que las historias de vida son herramientas fundamentales ya que se consideran fuentes y métodos, a través de las cuales podemos conocer a una persona pero no solo de manera individual sino también colectiva al estar inserta dentro de un contexto social. Al utilizar las historias de vida también es posible hablar de las familias, de los grupos sociales, de las instituciones a las que están ligada y que forman parte, más que de la experiencia individual de las personas.

Al trabajar en un hospital, las enfermeras y los enfermeros se permiten conocer a las personas (tanto a sus colegas como a las personas a su cuidado) desde diversas miradas porque se descubren las capacidades intelectuales a través de la expresión y ejecución de los conocimientos; se conoce la manera de gestionar las emociones ante situaciones adversas de la vida, como la muerte, la enfermedad; también se conoce el sentido humano, la empatía, la solidaridad y se conocen a las persona en el aspecto público pero muchas veces también en lo íntimo. Se tejen redes personales de compañerismo y en muchas ocasiones de amistad. Para la elección de la colaboración de este capítulo, pensé en el maestro Mauro, a quien conozco por más de 10 años. Trabajamos juntos en un hospital general de zona perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social y nos reencontramos en el HRAEI, lugar que ha sido testigo de la construcción de una amistad que inició con una admiración a las capacidades intelectuales de mi compañero, quien siempre en compañía de nuestra gran amiga en común, Rojas, me guiaron para realizar estudios de especialización y con quienes desde entonces he compartido momentos importantes para nuestras vidas, desde el nacimiento de los hijos, hasta momentos tristes, como cuando despedimos a la madre de Mauro, es importante mencionar que mi colaborador tiene un currículo amplio, que en muchas ocasiones puede resultar intimidante para una investigadora social novata como yo, sin embargo, la compañía y la amistad en este proceso me permitió desprenderme de esas ideas para poder realizar e incluir esta historia y análisis.

Evidentemente el tipo de muestreo es selectivo porque afortunadamente mi colaborador y amigo estuvo dispuesto a hablar de sí mismo, de su experiencia y de su familia, tratando de mostrar una imagen sincera de quién es y qué lo ha construido.

HISTORIA DE MAURO:

Mi nombre completo es M. J.G., tengo 39 años de edad. Soy un hombre, prieto, homosexual, trabajo como enfermero en dos instituciones públicas y radico en la ciudad de México, en la alcaldía Iztacalco, dependo económicamente de mis trabajos, de lo que cobro de las instituciones donde trabajo; soy asalariado y, en relación a los estudios, tengo una licenciatura, una especialización y una maestría en el área de la enfermería y a parte estoy estudiando ahora la licenciatura en psicología, soy egresado de una maestría en psicoterapia, estoy en proceso de titulación (soy pasante) y estoy a la mitad de estudios de derecho, estoy en el segundo año en una formación en psicoterapia Gestalt en la escuela Gestalt Bio de Claudio Naranjo, y he estudiado algunos aspectos del género, en CIEG (Centro de Investigación de Estudios de Género) de la UNAM, en PIEG (Programa Interinstitucional de los Estudios de Género), diplomado en estudios de género y ahorita estoy cursando un diplomado en masculinidades en el departamento de educación continua.

“Me parece que la condición homosexual, las sexualidades disidentes, generan una reflexión que atraviesan aspectos ontológicos como el deseo, la identidad de género”.

(Diario de campo, Mauro 2024)

El maestro Mauro es una persona altamente cualificada en diversas disciplinas, hemos compartido espacios de trabajo donde podemos realizar debates en relación al ejercicio profesional y personal. Recuerdo bien cuando realizó su primer diplomado de género en Ciudad Universitaria con profesores de la talla de Martha Lamas, en ese momento todo era género, nos atrevíamos a bromear con él porque su perspectiva estaba sumamente acentuada a lo que en ese momento su diplomado le sumaba, actualmente no es que sea distinto pero sus amplias perspectivas le han permitido mirar más allá de una sola categoría de análisis,

diferencias que crean desigualdades importantes, esas determinantes sociales que provocan desigualdades en la sociedad en general.

En ocasiones nos preguntamos si los estudios no son un escape de una realidad no deseada, reflexionando la frase de Sócrates “lo vacío de una vida tan ocupada”, porque parece que siempre estamos involucrados en actividades, en estudios. Nos lo preguntamos, tratamos de concientizar y resolverlo, aunque muchas veces no es fácil.

LA FAMILIA

Cuando eres el hijo más chico parecería que hay un código de creencias transgeneracional en el que el cuidado de los padres está a cargo del hijo más chico que no ha formado una familia. Entonces, en mi historia de cuidados a mí me toca cuidar de la vulnerabilidad de mis padres ya cuando son adultos mayores hasta que se mueren, cuidarlos y proveer.

Todos mis hermanos en ese momento vivían con sus respectivas familias, con mi hermano me llevo dos años y con mis hermanas con una brecha de 13 y 15 años. Ellos habían formado otras familias y pues la comunicación con ellos, la dinámica de ellos con mis padres, se había disminuido, ya no había tantas visitas a la casa. Por otra parte, empecé a asumir desde que empecé el campo laboral un papel como proveedor, dentro de la familia, en ese momento una familia conformada por madre, padre e hijo que era yo y también aspectos relacionados con cuidados, que tienen que ver con los cuidados, desde “acompañame al médico”, “te delego determinadas actividades”, también actividades de trabajo doméstico evidentemente y también incluso otras que también como profesional de salud pues también me adjudicaba o se me delegaban o ambas, como por ejemplo; mi mamá tenía angina inestable y me parece que dos o tres veces la llegué yo atender en el hospital, le tocaba el mismo hospital donde yo trabajaba, que en ese momento era el Hospital General de Zona HGZ número 30 del IMSS, entonces cuando ella llegaba coincidía que yo estaba, incluso pues me tocaba darle atención que requería como profesional de la salud y como hijo. (Diario de campo Mauro, 2024)

He podido constatar, incluso en mí misma, la manera en que las personas inmersas en el ámbito de la salud, nos adjudicamos la responsabilidad de la salud de nuestras familias, responsabilidades adjudicadas por nosotras mismas pero también como una imposición social dada por hecho; muchas de las mujeres que trabajan en los cuidados de otros se dedican en cuerpo y alma a las personas al cuidado, muchas veces sin pensar en ellas mismas, en la formación académica profesional te venden la idea de vocación, de ser esos “ángeles guardianes” y parece que uno se lo cree.

Mauro comparte siempre las palabras de la enfermera y socióloga Isabel Tezoquipa cuando se habla de vocación. “Con la idea de ‘vocación’ se oculta el control social sobre los miembros de la profesión; y con el culto a la ‘excelencia’ se oculta el poder de quienes ocupan las posiciones superiores en el grupo profesional” (Tezoquipa, 1985: 41). Él dice que la vocación es un eufemismo de un abuso a la necesidad y me hace preguntarme ¿en qué medida? porque me parece muy desigual la manera en la que la vocación se emplea para algunas carreras en relación con otras, por ejemplo, la medicina está bien posicionada socialmente por la idea de que salvaguarda la vida, mientras que la enfermería está aún naturalizada, feminizada y desvalorizada. La vocación en medicina es una de las características más positivas mientras que para las enfermeras ahora me parece motivo de reflexión.

He enfocado el análisis en torno a las acciones que realizamos en búsqueda de la excelencia, en línea con lo que plantea la filósofa Victoria Camps (2007), quien critica el énfasis desmedido en los resultados por encima de los principios éticos. Si bien la técnica y sus resultados positivos son importantes, la excelencia no puede reducirse únicamente a ellos; también debe valorarse el componente ético que guía o debería guiar las acciones. Ella nos invita a reflexionar acerca de la importancia de un plus moral tan necesario en las profesiones sanitarias, en donde también analiza la mercantilización de la salud y del exceso de medicalización que en muchas ocasiones deshumaniza la atención. Me parece de suma relevancia, ya que con los análisis anteriores de injusticia epistémica podemos marcar una línea a seguir para analizar, reflexionar y modificar desde la enseñanza profesional sanitaria hasta la puesta en práctica del ejercicio profesional de las y los enfermeros. Muy probablemente este sea un nuevo gran punto de convergencia para ver a la enfermería como

una verdadera ciencia social.

AUTONOMÍA DE LOS PADRES

Mis papás se sentían cómodos y autónomos. Mi mamá tenía el pensamiento de: retribuir lo que se le daba, por ejemplo, en su pensamiento estaba el ¿cómo si estás trayendo dinero a la casa vas a lavar tus trastes? ¿cómo si estás trayendo a la casa vas a lavar tu ropa? incluso era una pelea, parecería que el trabajo doméstico era el terreno de mi madre y que yo empezara a hacer este tipo de actividades no sé qué le representaba a ella, pero sí, terminaba en discusiones entre ella y yo; mi pensamiento es que, aunque estés sentado, te puedes levantar y tú mismo te sirves de comer, si se requiere una tortilla, tú te las calientas. Recuerdo una discusión muy clara con mi papá en donde aventó el tortillero y empezó a gritarme - ¡ya sé que tú vienes y traes dinero a la casa y todavía te paras a calentar las tortillas! que me estas queriendo decir que soy un ...! ¡que soy un inútil! - Entonces fue un poco difícil traer todos estos aspectos a casa y que al final fue un poco difícil, pero se logró.

Llega un momento en que yo llegaba, hacía mi trabajo doméstico y ya no me decían nada, decían “no lo voy a mover de ahí y ya que haga lo que se le dé la gana”, estando yo en la mesa yo me paraba por mis cosas ya no me decía nada, me parece que era lo justo para mi mamá, no obstante, a pesar de que esa dinámica cambió conmigo, la dinámica entre mis papás seguía igual, mi mamá todo el tiempo parada, comiendo al final, sirviéndole primero a mi papá, pero pues también no podía cambiar eso, uno no puede ser transgresor de todo el conocimiento que ha tenido una persona. (Diario de campo Mauro, 2024)

“Eso que llamas amor es trabajo no pago”, la poderosa frase de Silvia Federici (1970) me resuenan cuando escucho historias cotidianas como la del maestro Mauro, los roles de género sobre las mujeres, nuestras madres, nuestras abuelas, nosotras mismas; el capitalismo no sólo se impone en los trabajos sino también en los cuerpos y en la cotidianidad de los hogares. El trabajo doméstico y de cuidados que brindan las madres parece estar predestinado y quizá las personas que tratan de cuestionar, cambiar aunque sea un poco la estructura de la sociedad, están también destinadas a lograr poco. Me resuenan las palabras de Mauro cuando menciona que no logra convencer a su padre de cambiar ciertas actitudes hacia su madre, pero también esta actitud de su madre ante su actividad dentro de la casa.

Parece que Mauro lo interpreta con amor y mucho respeto porque si bien él pensaba y hacía cosas que transforman los patrones tradicionales de su familia y con lo que ellos se habían construido, también es importante reconocer que muchas personas hacen cosas que les dan pertenencia y propósito a sus vidas, como el trabajo, el hacer la comida, etc., y no pretendo romantizar la precariedad de muchas de las actividades que no se retribuyen ni con valor simbólico y mucho menos económico; con profundo respeto reconozco que muchas personas hacemos cosas que en verdad nos dan satisfacción aun cuando desde otras perspectivas parezcan que merecen mejores retribuciones, no podemos, no debemos, desvincular los afectos del concepto del trabajo porque considero que sería un error.

TODOS PERDEMOS EN EL SISTEMA PATRIARCAL

En el libro de “Todo sobre el amor”, bell hooks (1999) menciona más de 40 veces la palabra cuidado, expresa que no debe olvidarse que el cuidado es solo una dimensión del amor y que el simple hecho de cuidar a alguien no es suficiente para decir que lo amas.

Silvia Federici (2010) se posiciona ante el trabajo y la aversión a la no remuneración de estos, independientemente de sus formas. En su libro “Calibán y la bruja” ella refiere algo muy importante, expresa que es sustancial revivir la memoria, que para comprender la historia de las mujeres debemos saber esas transiciones que hicieron posibles las represiones para las mujeres, especialmente el origen de la desvalorización de los saberes, el trabajo doméstico y cómo esto fue y es parte fundamental para sostener el sistema capitalista.

María Teresa Martín Palomo (2008) nos muestra una interesante propuesta de análisis de los cuidados desde la perspectiva social, introduciendo la herramienta analítica que refiere como “domesticación del trabajo”, ella considera reducido el concepto de trabajo en relación a los cuidados, expresa que brindar cuidados tiene un enfoque más amplio que comprende tres dimensiones: la materialidad, la moral y los afectos. Dicha domesticación está influenciada por el concepto de “social care” desarrollado por Mary Daly y Jean Lewis (1998, 2000), el cual abarca las tres dimensiones.

Me parece interesante mencionarlas porque en estos momentos de la investigación social nos

atrevernos a no reducirnos, me parece un buen ejemplo las historias del maestro Mauro para hablar de ello; por un lado, es importante mencionar que las actividades de cuidados pueden estar dotadas de afectos, Mauro nos narra cómo asume el rol del cuidado en la “vulnerabilidad de sus padres” hasta el último día de sus vidas, con sentido de responsabilidad pero también de afecto.

Hablar de una investigación sobre los cuidados en muchas ocasiones parece no tener un valor científico significativo, al menos para algunas ciencias, sin embargo, ahora nos atrevemos a ver más allá de los dualismos y eso es una cualidad de las investigaciones tocadas por los feminismos si bien Mauro es hombre, es un hombre disidente sexual y considero esto relevante porque es parte de una minoría que se subordina desde la mirada patriarcal. Según las estadísticas de la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022, 58.3 millones de personas son susceptibles de recibir cuidados en los hogares, de las cuales el 22.4 son adultas mayores y el 75% de las personas que cuidan son mujeres.

Los estilos cognitivos y modos de conocer considerados característicos de las mujeres (afectivo, intuitivo, emocional) son menospreciados, cargados de sentido peyorativo o naturalizados hasta tal punto que se niega que impliquen algún tipo de cualificación o competencia específica (Martín, 2008).

Las investigaciones sobre cuidados nos abren una mirada amplia para ver más allá de las dicotomías que divide la razón de la emoción, lo masculino de lo femenino, objetividad y subjetividad.

Mauro concientiza el trabajo de cuidados de él, pero también de su madre y su padre, muchas mujeres a través de sus cuidados expresan afectos pero también se busca cada vez el valor de estos. Hooks nos recomienda considerar el amor como una acción más que un sentimiento, quizá la madre de Jiménez (y solo es una suposición) expresaba con sus acciones el amor a su hijo pero también como un intercambio económico, yo te lavo y tú me das dinero, en el cumplimiento de lo que ella consideraba su labor como madre. Me agrada la manera en que Mauro lo expresa: “parecería que el trabajo doméstico era el terreno de mi madre y que yo empezara a hacer este tipo de actividades, no sé qué le representaba a ella”.

¿Por qué su padre podía mostrar su desagrado con ira? aunque fue difícil para su padre y

quizá nunca pudo aceptarlo, ellos optaron por no conflictuarse. Como bien menciona Mauro, todos somos víctimas en el sistema patriarcal. A su padre no le alcanzó la vida quizá para reconocerse víctima del sistema pero sí contribuyó a Mauro a entender que su padre no tenía las herramientas que ahora él posee. “No es cierto que los hombres no estén dispuestos a cambiar, es cierto que muchos hombres tienen miedo de cambiar, es cierto que muchísimos hombres ni siquiera han comenzado a observar cómo el patriarcado les impide conocerse a sí mismos, estar en contacto con sus sentimientos, amar. Para conocer el amor, los hombres deben ser capaces de abandonar el deseo de dominar, deben poder elegir la vida sobre la muerte, deben estar dispuestos a cambiar” (hooks, 2021:17).

Quiero reiterar que los objetivos principales de estas líneas, son las reflexiones, todas las que puedan emanar de las narrativas y los análisis, quizá no nos alcance la vida para ver cambios estructurales pero al menos podemos ir modificando pequeñas actitudes que hacen diferencias ahora y que las harán en el futuro con nuestras prácticas con la gente más cercana.

EL FUNERAL

En la siguiente narrativa se expresa lo acontecido durante el velorio de la madre de Mauro una mirada exclusiva desde su perspectiva ya que no es la única. Como ya mencioné inicialmente, somos un grupo de amigos que coincidimos en ese momento en pensamiento y creíamos que lo que deben hacer los amigos cuando se pierde a un ser amado es mostrar el afecto a través de la compañía pero nos encontramos con otra realidad y en este momento es la que única que se expresará a continuación.

Hace 5 años, cuando te corrí del funeral...

Lo puedo ver de muchas maneras. Quería sentir mi dolor en privado, quería llorarle a mi madre en ese momento, incluso en ese momento tienes que hacer trámites legales, hay que verificar los papeles de la funeraria, yo lo que quería vivir era el dolor pero no se puede como hombre, no se te permite llorar en público, aunque sean los más grandes amigos y los mejores, hay mandatos más fuertes derivados del sistema patriarcal. El mandato de amigos, generó un conjunto de emociones, no sabía qué hacer y yo no sabía ni siquiera qué hacer con tantas flores, me preguntaba ¿cómo las voy a sacar? ¿cómo me las voy a llevar?,

entonces todo el mundo te atormenta. La oportunidad de sentir solamente no era viable ni tampoco sólo razonar, no tuve una apertura emocional y corporal. En estos momentos ya lo puedo explicar así pero en ese momento no podía, tenía todos los sentimientos, tristeza, enojo, ira. (Diario de campo Mauro, 2024)

“Una de las verdades de las que no se puede hablar es la violencia diaria que representan los hombres de todas las clases y razas en nuestra sociedad: la violencia del abuso emocional” (hooks, 2021: 64)

Así lo menciona bell hooks en su libro “El deseo de cambiar”, expresa las maneras en que los hombres son educados bajo los preceptos sociales, cómo a los hombres se les introyecta la idea de ser siempre fuertes, valientes, objetivos, razonables, desechando toda idea que no coincida con esto. El imperante sistema patriarcal es la causa de este abuso emocional que forma parte del performance de ser un hombre.

“El patriarcado exige de todos los hombres que se impliquen en actos de automutilación psíquica, que maten las partes emocionales de sí mismos” (hooks, 2021: 71)

No me atreveré a cuestionar el actuar de Mauro en ese momento porque ya lo hicimos y nos salió muy mal, el problema de tener una sola mirada es muy peligroso.

Un buen día Mauro me expresó en lo privado un contexto más amplio de su sentir pensar, de las herramientas que en ese momento poseía y las que ahora posee, pero sobre todo yo comprendí que no hay una única manera de acompañar el duelo y que siempre es mejor ser prudente, es mejor no dejarse llevar por las propias creencias. Desde ese momento, ahora pregunto y me auto-pregunto todo acto que puede uno ofrecer en momentos de pérdida pero también durante la construcción de etnografías.

Considero que la deconstrucción no es un proceso fácil pero cada vez más personas se suman a intentar mirar a otros horizontes fuera de sus áreas de confort y/o privilegio, cuestionando el por qué creen lo que creen o el por qué hacen lo que hacen.

LA ENFERMERÍA

Yo ingreso a la enfermería por pase automático de la Escuela Nacional Preparatoria, fue lo que yo decidí entre comillas. Soy crítico en lo que se puede decir como motivaciones individuales decidí estudiar enfermería, pero... soy un hombre atípico, soy un hombre homosexual, entonces, está planteado en la literatura que la mayoría de los hombres en enfermería ingresan como una opción secundaria y menos valorizada. Muchos de los hombres que ingresan a la enfermería antes querían otro tipo de profesión como la medicina, no es mi caso, pero hay que decirlo.

Ingreso a la enfermería, a una enfermería que también ve muy bien a los hombres dentro de ella, en donde en los años 2003 éramos un 20 % de hombres y éramos muy abrazados por nuestras compañeras de la facultad, así ingreso y así permanezco.

Yo siempre fui muy bien tratado por maestros y maestras, fui muy bien tratado en campos clínicos, pues también estaba estudiando cuando los estudios de género ni siquiera atravesaban nuestro campo disciplinar, un programa de estudios más bien biologicista todavía, lo más que veíamos en ciencias sociales era Augusto Comte nada más, entonces no había todavía una reflexión crítica de qué era ser un hombre en este campo. Pero siempre fui muy bien recibido en cualquier escenario escolar.

Yo escuchaba a mis compañeras que parecía que nos les iba tan bien, no sé si porque era muy poca la sororidad o no sé, no podría asegurar cosas pero sí creo que la experiencia de las compañeras no fue tan grata como la mía. Además los prejuicios que existen sobre los hombres como portadores de conocimiento en el campo académico influía, o sea “es hombre, entonces sí sabe”. La realidad es que yo hablaba más con mujeres, no sé si por ser homosexual nunca tuve un problema significativo con otro hombre, yo percibía que las enfermeras de terapia intensiva tenía más autonomía y tenían mayor reconocimiento por parte del gremio médico, de las supervisoras; en esta motivación que tenemos entre nosotros los hombres de siempre competir y siempre estar ejerciendo el poder, llegué a los estudios de especialidad en enfermería del adulto en estado crítico, eso fue lo que me motivo para estar en un servicio visible en donde se considera que una enfermera que sabe se desenvuelve en las unidades de cuidados críticos, ahí se considera se encuentran las enfermeras más

especializadas, más aplaudidas, con mayor conocimiento. (Diario de campo Mauro, 2024)

Mauro refiere que no recuerda estar atraído por las áreas como pediatría u obstetricia, al contrario, refiere huir de ellas, analiza que esa aversión podría tener que ver con la condición de hombre, que en momento inicial de estudiar enfermería no lo consideraba pero después, con la suma de otros estudios desde otras disciplinas, pudo visibilizar.

Al inicio veíamos como ejemplo a aquella enfermera que tenía más conocimientos en el marco de la biomedicina, aspiramos a poseer esos conocimientos que te posicionan como uno de los “buenos”, de los más inteligentes y de los más especializados. En ello coincidimos él y yo, y supongo que varios colegas enfermeros especialistas del adulto en estado crítico. Con esto no quiero decir que ahora no valoro el conocimiento en este ámbito, más bien nos permite analizar qué es lo que consideramos como un buen profesional sanitario.

Es interesante el planteamiento de Victoria Camps (2007) al replantear la profesionalidad como una virtud moral, porque cuando le da ese giro podemos humanizar el ejercicio profesional, el cual no se separa de la base sólida de conocimientos en la biomedicina sino que propone que sería un error la separación entre la humanización de nuestro quehacer en el cuidado de las personas y las ciencias biológicas, esto da un nuevo valor al conocimiento técnico pero sin sobreponerse a la virtud moral.

Me pregunto si esta nueva visión puede mejorar las relaciones de poder y dominación que existen en los contextos de enseñanza clínica. Cada vez más se busca una excelencia, expertis, competencias en áreas determinadas, especialidades, subespecialidades y eso es una necesidad ante la complejidad de enfermedades que la sociedad actual padece, sin embargo, también es una realidad que mirar en una sola dirección ha dejado huellas que son alarmantes, la profesionalidad como una virtud moral está ausente no solo en la atención sino en la formación de las y los profesionales de la salud. En los últimos años la tasa de suicidio en el país ha ido en aumento¹⁸, los trastornos mentales que se presentaron pos pandemia fueron notables, sin embargo, no sólo hablo de la necesidad de salud mental pública sino de un problema que estuvo presente en épocas de Covid y que se mantiene. En un reciente estudio del hospital seleccionado¹⁹ se evidenció una realidad alarmante en relación a síndrome de

Burnout e ideación suicida, uno de los datos más oscuros es que el 52% de los encuestados refirieron haber tenido ideación suicida, algo realmente preocupante ya que si bien todas las vidas importan (las que cuidamos y curamos), también lo son las que forman parte del equipo multidisciplinario. Considero que si inicialmente reflexionamos sobre lo que se valora como profesionalidad sanitaria, las aspiraciones profesionales, institucionales, personales de lo que se concibe como ser profesional, pero sobre todo los métodos para lograrlo, podremos identificar el problema y solucionarlo. De ello surgen nuevas interrogantes ¿se puede ser un buen profesional sin ser un buen humano?

TEORIZANDO

¿Qué es la enfermería para Mauro?

Se asume que la enfermería es una disciplina-profesión del área de las ciencias de la salud, que tiene como diferenciación de sujeto de estudio el cuidado, resalto el se asume porque no coincido precisamente que el cuidado sea precisamente el objeto de estudio de la enfermería, es decir, hacemos actividades relacionadas con el cuidado de las personas de los seres humanos pero no estoy seguro que esto sea nuestro centro de atención, me parece que desde mi punto de vista hacemos actividades de cuidado pero ejecutamos más en el nivel hospitalario, técnicas y procedimientos en el marco de la biomedicina.

Me parece que el objeto de estudio de la enfermería es más la aplicación técnica de la investigación biomédica, desafortunadamente ese es mi pensar en estos momentos, o afortunadamente, me parece que ese es más nuestro centro de atención. (Diario de campo Mauro, 2024)

Esta idea es un parteaguas para mí y mis perspectivas porque difiero de su narrativa, ya que desde mi punto de vista el cuidado sí representa el objeto de estudio de la enfermería pero también reconozco que la mirada de la enfermería como una ciencia de exclusividad biologicista es una realidad, en mi revisión he encontrado que dentro de los programas académicos²³ están inmersas las ciencias sociales con diversidad en la manera que se abordan y con diferencias en la profundidad en que se imparten. Haciendo un análisis de las similitudes y diferencias entre los planes de estudios y sus ejes disciplinares, todos coinciden

en abordar las problemáticas de salud como los principales campos de conocimiento, todas parten desde la mirada biologicista del cuidado, pero también la gran mayoría aborda ejes en relación a miradas sociocríticas y multidisciplinarias, pero los créditos no son bastos.

A lo largo de esta investigación y de mi propia experiencia académica en la enfermería, he constatado que las miradas sociales han quedado lejanas dentro de los discursos y la práctica profesional. Los congresos de enfermería generalmente se basan en cuidados desde la ciencia biomédicas y quienes abordan los cuidados desde otras perspectivas como las sociales también han dejado excluidas a las profesionales de la enfermería. Parece una disputa por los saberes y esa apropiación por conceptos u objetos de estudio me parece que no puede, no deben estar distanciados, propongo que la suma de los saberes podría aportar a las diversas miradas. A continuación analizando lo que consideramos como cuidados y propongo una conclusión a esta inflexión entre nuestras concepciones del ejercicio profesional.

CUIDADOS

Entiendo con el sesgo o con lo que he leído de las maestras feministas, economistas feministas, yo comprendo como cuidados todas aquellas actividades básicas que sostiene a la vida, que van desde necesidades básicas como las necesidades de Maslow, en las que las personas no las puede sustentar sin el apoyo de otro ser humano e incluso trasciende a lazos afectivos, lazos que tienen como fin la seguridad e incluso la colectividad. "Todas aquellas actividades básicas que sostienen la vida".

- ¿La enfermería si tiene cuidados?- a mí me parece que hay actividades relacionadas con el cuidado que hace la enfermera, por ejemplo, en una área de terapia intensiva, una enfermera proporciona la alimentación del paciente, baña al paciente, lubrica su piel, lo moviliza para que no aparezca una lesión por presión, cuida de la integridad ocular, es decir, cuida el cuerpo humano de la persona que en esos momentos no puede hacerlo por sí misma, sin embargo, a pesar de que los hace no me parece que sea el objeto de estudio, me parece que estamos más centrados, al menos desde donde yo ejerzo la enfermería estamos más centrado en la aplicación en técnicas y procedimientos, como la aplicación de medicamentos, soportes tecnológicos para la vida avanzados como terapias de reemplazo renal, el cuidado de un paciente que a lo mejor requiere de un respirador artificial, te podría

comentar. Cuando se requiere priorizar actividades por sobrecarga de trabajo, se priorizan todas las actividades de la biomedicina que las de cuidado humano, es decir, es más importante administrar medicamentos, es más importante vigilar equilibrio ácido base, es más importante vigilar que el ventilador o respirador se encuentren en adecuados parámetros, es decir, es más importante otro tipo de aspectos relacionados con la biomedicina que estas actividades que preservan la vida, cuando llego a tener sobrecarga de trabajo tenemos que priorizar y es curioso que decidamos que lo más importante sea priorizar justo estas técnicas y procedimientos que las mismas actividades de cuidado que ya te había mencionado. (Diario de campo Mauro, 2024)

La concepción de cuidados del maestro Mauro me parece muy acertada cuando refiere que los cuidados sostienen la vida, es interesante cómo persiste la idea de que los cuidados no son el centro de atención de la enfermería desde su perspectiva, ya que si bien tiene un buen ejemplo podemos ver la realidad desde más de una de las vertientes. Priorizamos los cuidados que sostienen la vida, alineados a la biomedicina sí, pero en muchas ocasiones sólo preceden por orden en el que se presentan, ya que podremos demostrar que si no están cubiertos los cuidados básicos, no se permite continuar a un cuidado avanzado y viceversa, todo dependerá de los diferentes contextos y escenarios. Y puedo mencionar algunos ejemplos. Durante la pandemia por Covid, una de las intervenciones principales en el tratamiento de la enfermedad fue la posición prona temprana (poner al paciente boca abajo). Esta posición ayudaba a el reclutamiento alveolar de los pacientes mejorando significativamente en datos objetivos, tanto clínicos como gasométricos. En relación a mejoría clínica nos referíamos principalmente a cambios como disminución de la frecuencia cardíaca, disminución en la frecuencia respiratoria, aumento en las cifras de oximetría de pulso; en relación a los cambios gasométricos había una mejoría importante en la relación entre el paO_2/FiO_2 (un valor objetivo de la función pulmonar y la oxigenación, valorada a través de una muestra de sangre arterial) de las personas al ingreso a los servicios de salud, los pacientes presentaban ansiedad ante la dificultad para poder respirar pero, al ver los cambios significativos en su afección, las personas toleraban mejor la intervención, esto se logró con una previa intervención del equipo de cuidados, quienes atendían a cubrir las necesidades básicas de las personas como mantenerlas satisfechas de sus necesidades de eliminación, sin dolor, con aditamentos improvisados por ellos mismos y con recursos como sábanas o cobijas para hacer almohadas

que pudieran mantener la posición y, por supuesto, con una explicación de lo que conllevaba girar a una persona que siente el ahogo por la falta de oxigenación. Es por ello que aunque, las intervenciones de enfermería conllevan una justificación desde la biomedicina, las actividades que preceden para lograrlo no pueden estar invisibles.

Otra realidad podría ser cuando las personas críticamente enfermas en las salas de cuidados intensivos y/o urgencias o cualquier servicio intrahospitalario presentan una situación de emergencia, por ejemplo, aquellas personas que requieren un manejo avanzado de la vía aérea, la colocación de dispositivos biomédicos para un monitoreo hemodinámico invasivo o una reanimación cardiopulmonar o que llegan con un diagnóstico de trauma grave, después del caos siempre hay intervenciones de cuidados básicos, no se permite, no nos permitimos, dejar a un paciente con vómito, con sangre o evacuado, siempre hay actividades básicas que acompañan los procedimientos e intervenciones más especializadas dentro de los cuidados de las áreas crítica. Es por ello que mantengo mi postura de que las enfermeras tenemos al centro del ejercicio profesional los cuidados, sin embargo, también reconozco que no son el centro de atención de nuestras reflexiones, mucho menos de las reflexiones académicas que inspiren hacer investigaciones desde otras ciencias, pero a la vez, estas otras miradas me han permitido descubrir varias de las causas por las cuales la enfermería a 20 años de su profesionalización aún se encuentra dentro de las carreras con salarios precarios, con falta de representación social, subordinada en los espacios intra y extrahospitalarios etc. E insisto en la importancia de reflexionar y comprender la historia, nuestra historia profesional, escuchar otras voces que nos puedan revivir la memoria para no correr el peligro de repetir ni de ser borradas, valorar el cuidado desde todas las perspectivas posibles y por consecuencia privilegiarlo en nuestras investigaciones.

LA IDEA DE PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA MAURO.

Pues de entrada, al decir la palabra “profesión” pues estamos hablando de determinado nivel académico, no obstante, ahora que hablas con relación al cuidado, los seres humanos nos cuidamos y no requerimos de una profesión para ello, entonces, me parece que para poder responder esta parte de profesión de enfermería pues si tendría que ser una persona que tiene determinada capacitación para poder actuar dentro de un hospital haciendo

actividades sanitarias o de salud dentro o fuera de un hospital, eso sería un profesional, alguien que está capacitado, que cursó determinados estudios para poder hacer actividades técnicas intra o extrahospitalarias relacionadas con el campo de la salud.

Hay un cambio, la enfermería como profesión ha adquirido más visibilidad pero ha sido más por adentrarse en el conocimiento biomédico que visibilizarse en los cuidados, en esta concepción cercana que nos proporcionan las economistas feministas, entonces, esa visibilidad que de alguna manera ha ganado, ha sido a costa de ello, del conocimiento en biomedicina y la proyección quizá sería una enfermera que tenga aún más conocimientos dentro del campo de la biomedicina, como es esta figura de la enfermera de práctica avanzada que puede incluso elaborar un diagnóstico médico y prescribir fármacos sin la necesidad del profesional de la medicina, entonces me parece que esa es la tendencia. (Diario de campo Jiménez, 2024)

“Los seres humanos nos cuidamos y no requerimos una profesión para ello” Ciertamente, pero siempre requieres quién te enseñe. Podemos ver a la enfermería como esa profesión importante en alguno de los eslabones de la cadena de cuidados, de las cadenas globales de cuidados en donde no solo reflexionamos los cuidados sino las migraciones y/o el desarrollo.

Desde lo micro hasta lo macro, esta reflexión va encaminada al papel de las enfermeras en las cadenas de cuidados desde el paciente que egresa a su domicilio con cuidados específicos, hasta las y los profesionales que son parte de una cadena global de cuidados en otros países que, como el nuestro, atraviesan por una crisis de los cuidados.

En México existen 6 179 890 personas que se identifican con alguna discapacidad, según el INEGI²⁰ este número representa 4.9% de la población en total. La Encuesta Nacional de Cuidados estima que en el 2022 había 2.9 millones de personas de 60 años y más con una discapacidad o dependencia.

¿Quién enseña estos cuidados que requieren complejidad? Pienso en aquellos panoramas en donde las personas con daños estructurales, neoplasias, enfermedades neurológicas, enfermedades que requieren cuidados específicos ¿quién los cuida? y ¿dónde aprenden a cuidar? la respuesta no es precisamente las universidades, donde se enseñan los cuidados, pero sí son las enfermeras, quienes fungen como el puente entre la frontera intrahospitalaria y el hogar. Ellas son quienes enseñan los cuidados de una piel con diabetes, los cuidados de

una sonda urinaria, de una herida, de un estoma, te enseñan la aplicación de un medicamento intramuscular o subcutáneo, enseñan la técnica de aspiración de secreciones a través de una traqueostomía, pero no solo eso, también los trucos para evitar una adherencia o complicaciones, enseñan cómo hacer y dar una alimentación por sonda gastrointestinal, es decir, forman parte de la cadena de cuidados que se extienden hasta cada uno de los hogares al que pertenece la persona que requerirá de esas actividades para poder vivir. Esto ocurre en el contexto micro pero existe una participación en el sistema macro también, en la cadena global de cuidados.

“Las cadenas globales de cuidados son cadenas de dimensiones transnacionales que se conforman con el objetivo de sostener cotidianamente la vida y en las que los hogares se transfieren trabajos de cuidados de unos a otros en base a ejes de poder, entre los que cabe destacar el género, la etnia, la clase social, y el lugar de procedencia” (Orozco, 2007: 4) Sigo pensando en lo que sucede a nivel nacional, ¿cuántas mujeres son contratadas para el trabajo doméstico y de cuidados en las grandes ciudades de México provenientes de estados como Oaxaca, Puebla, y/o otros lugares donde las brechas de desigualdad son evidentes, dejando sus hogares y sus familias para cuidar de otros. Estamos entonces, ante una migración de cuidados transnacionales - internos.

También quiero reflexionar desde la enfermería que últimamente ha habido un auge en la contratación de enfermeras mexicanas para trabajar en el extranjero con promesas de buenos salarios, contratación inmediata, hogar, etc. Sin embargo, también se muestra la otra realidad, ya que existen muchas otras barreras como el idioma, la validación de los estudios y/o saberes, así como la separación de las familias. Me parece interesante porque un reciente documental titulado “Alemania: Escasez de enfermeros y el negocio de las agencias privadas de colocación” (2021) mostraba algo que las mismas investigadoras referían como una versión moderna de la trata de personas, ya que la regulación de las cuidadoras no existe, cualquiera puede hacer una agencia y hacer negocio de los cuidados de otras y otros. Alemania está envejeciendo y padece de una crisis de cuidados, pero generalmente las personas contratadas son personas que se buscan en otros países, que viven en precariedad laboral y México es una buena opción para las agencias privadas de contratación. Muchas de las narrativas de las enfermeras coinciden en lo difícil que es estar en un país con otras

costumbres, otro idioma, otra calidad de personas. La renuncia de pronto ya no se vuelve opción ya que podría resultar contraproducente y terminar invirtiendo tiempo, esfuerzo y dinero e incluso terminar debiendo a las agencias si no se cumplen los contratos establecidos, en una de las entrevistas a una de las enfermeras, expresa su sentir ante su contrato en Alemania: “ Es una condena, tengo que trabajar en un lugar donde no soy feliz y no puedo irme porque tengo que pagar una multa”.

A través de estos ejemplos podemos observar algunas de las múltiples modalidades de los cuidados en sus diversos escenarios: el mercado, lo doméstico y las instituciones públicas o privadas sin ánimo de lucro. Cada vez que se asegura que los cuidados de las profesionales de enfermería están distanciados de los cuidados que se perciben desde otras ciencias, me gustaría reflexionar sobre estas narrativas antes expuestas y aunque creo que es un gran paso identificar este punto de inflexión -me parece que lo es aún más tratar de tener una conciencia del papel fundamental que tenemos las y los profesionales de enfermería dentro de un sistema de salud, pero también del sistema social y económico-.

Cuestionar el por qué aún no formamos parte de las personas que planean las políticas públicas de los cuidados, por qué aún no estamos incluidas en los congresos de cuidados, por qué aún no somos parte de quienes teorizan el cuidado desde todas las perspectivas porque la práctica y experiencia sin duda la poseemos.

APORTACIÓN A LA ENFERMERÍA

Mi principal aportación que quisiera hacer a la enfermería es visibilizar un cuidado diferenciado por género, y por cuidado no solo entendamos las actividades que hace un hombre y una mujer sino las actividades interpersonales, es decir, el género no es un aspecto neutro en nuestro campo disciplinar, entonces hacerlo visible a mí me parecería que es un aspecto muy importante. También me gustaría aportar a mi disciplina la importancia del género como una categoría analítica transversal para la salud, por ejemplo, en las masculinidades, el género masculino. Las imposiciones de un sistema patriarcal pueden ser o dañar la salud de los actores sociales, eso me gustaría aportar y creo que lo he empezado a hacer con mi tesis de maestría y quizá lo siga haciendo después. (Diario de campo Mauro, 2024)

La tesis del maestro Mauro es un documento importante para la reflexión de la división sexual del trabajo y, agregaría, de los cuidados, de los cuidados que brindan las enfermeras y enfermeros. Su estricta metodología que evalúa, sus datos obtenidos y sus reflexiones son realmente dignos de leer.

Una de sus conclusiones que me resultan muy importantes para este trabajo es que: “el género atraviesa el cuidado que proporcionan los hombres enfermeros, generando un cuidado y trato diferenciados por sexos” (Jimenez, 2020: 113).

Al igual que en esta investigación, en un mapeo del hospital Mauro reflexiona desde las narrativas de los propios hombres, cosa que me parece muy acertada y de profundo valor ya que quien encarna las experiencias pueden tener el dato preciso. En su trayectoria académica, el maestro Mauro ha sido portavoz en diversos escenarios académicos de resaltar y visibilizar esta división genérica. Invitando a la reflexión, que de pronto ya no queda en espacios académicos sino en pláticas entre colegas que se cuestionan, que interpretan, que buscan ver otras realidades del ejercicio profesional, lo cual nos llena de satisfacción.

CAPÍTULO 5. “CADENAS DE CUIDADOS EN LA ENFERMERÍA”

“No considero al cuidado de la casa y la familia un trabajo porque eso se queda corto a todo lo que sucede aquí” (Diario de campo, Alberto 2024)

En este capítulo, al igual que los que le preceden, hay contradicción, concibo a los estereotipos de género como los performances reguladores que norman el deber ser de los seres sexuados. Chimamanda (2012) refiere que si no cargáramos con el peso de los estereotipos de género seríamos más felices y me parece que esa es una realidad tangible.

A lo largo de los capítulos hemos analizado las maneras desiguales de ser mujeres y hombres y este capítulo no es la excepción. En este apartado se conversa con Alberto, un esposo que cuida a quienes cuidan, su rol dentro de la familia se ubica dentro del hogar al cuidado de la casa y su familia, mientras que su esposa es quien realiza actividades económicas formales, trabajando como enfermera en una institución de salud.

Fue una entrevista tan llena de emociones que no pudimos evitar el llanto *“ porque el llanto no solo indica tristeza, también se hace presente cuando te sientes bien, cuando estás contento, cuando volteas atrás y te gusta en donde estás y por lo que ahora estás pasando, y lo que ha pasado para llegar hasta ahí”* (Diario de campo, Alberto 2024)

También hay una importante colaboración con la enfermera Carmina, quien es una enfermera que trabaja en la jornada de 12 horas los días sábado, domingos y días festivos, pero no solamente, ya que, de lunes a viernes, es la principal cuidadora de su hija e hijo. Narra su experiencia que vivió al ser la principal cuidadora de sus hijos y padecer una enfermedad desconocida que la mantuvo con poca movilidad y hospitalizada por periodo de un mes. Las ideas, las emociones, los pensamientos que pasan por las personas que cuidan cuando ellas son las que requieren ser cuidadas, son dignas de mencionarlas, pensarlas, analizarlas y valorarlas.

Y finalmente se encuentra la historia de Ana, una historia de afectos, cuidados, enfermedad y muerte, sin duda una etnografía que permite visibilizar cómo se habitan los hospitales y los espacios dentro de un mismo lugar. Su experiencia que realmente hizo ruido en el subconsciente propio, y espero el ajeno, para modificar la práctica siempre en pro de la

humanidad, que tanta falta hace en estos tiempos.

Los cuidados han sido vistos como una manera no tan nueva de evidenciar las relaciones desiguales, entre los hombres y las mujeres, los ricos y los pobres, los morenos y los blancos, residentes y migrantes, el Estado y el pueblo.

Hay diversas instituciones que brindan cuidados, las familias, los amigos, los colectivos, los ahorros de toda la vida, el Estado, pero la realidad es que generalmente es la familia y dentro de la familia, las mujeres quienes adquieren esas cargas de cuidados, aunque hay excepciones como en el caso que se desarrollará, esas excepciones representan un porcentaje muy bajo.

Cuando pensamos en el cuidado como un derecho, ¿de quién se vuelve una obligación? ¿quién está dispuesto a cuidar?, ¿quién está dispuesto a pagar porque se le cuide? ¿cuántos pueden pagar? Cuando brindamos cuidados, ¿cuáles son nuestras motivaciones?, ¿se puede considerar a los cuidados como un trabajo?, cuando le adjudicamos la responsabilidad al Estado, ¿qué tan fiables son las políticas públicas? ¿pueden tener más que un objetivo social?

Para tratar de dar una respuesta a tales interrogantes, me propongo hacer una revisión de lo ya escrito, así como un diálogo de ideas entre las narrativas de mi colaborador y colaboradoras, con teoría y opiniones propias.

Los cuidados dentro y fuera de los hogares conllevan el uso de la fuerza, pero ¿podríamos considerarlo un trabajo? Desde las miradas de la economía feminista es justo mencionar la importancia que tiene el trabajo de cuidados dentro de los hogares. La feminista Silvia Federici en su famosa frase “eso que llamas amor, es trabajo no pago” nos hace ver una realidad tangible de muchas mujeres, quienes se encuentran dentro de los hogares desarrollando trabajo de cuidados, sosteniendo al capital, ya que como refiere Nadasen (2023) los “cuidados, son el trabajo que hace posible otros trabajos”. Persiste una clara división del trabajo influenciada por género, a las mujeres se les sigue confiriendo los trabajos de la casa y la familia, las mujeres cuidan mientras los hombres proveen.

Desde la ética del cuidado se busca una explicación profunda en relación a la impartición del cuidado entre hombres y mujeres. Gilligan (1982) es la precursora de hablar de ética del cuidado ella en una labor de refutar las teorías de Jean Piaget (1932) y Lawrence Kohlberg (1981-1984), quienes sostenían que las mujeres tenían una moralidad distinta a la de los

hombres por considerarlas más sensibles hacia los otros en un proceso de “menos moral” en comparación con los hombres, a quienes consideraban con posesión de juicios autónomos y decisiones claras, por ello las mujeres son consideradas mejores cuidadoras. Gilligan, en su teoría de ética del cuidado, pretende demostrar que no es así, que el valor de la moral femenina es igual de valiosa que la de los hombres, sin embargo, en la lucha de demostrarlo su teoría se vio criticada por considerar que mantiene y perpetúa los estereotipos de género.

A las mujeres se les considera “naturalmente” pacientes, amorosas, capaces de dar y recibir cuidados, en contraposición con los hombres, a quienes se les atribuye tareas de “preocuparse por encargarse”. Ser hombre se practica a través de la performatividad desde las miradas de otros, es por ello que considero las narrativas de mis colaboradoras y colaboradores sustanciales como datos etnográficos con una especial importancia cuando expresan sus orígenes, cómo fueron instruidos en la vida y por quiénes.

La ética del cuidado ha sido criticada porque no solo se ve como una posible respuesta a las motivaciones de las personas para hacer y ejercer el género, sino porque se puede ver desde la mirada que perpetúa los estereotipos. Por ello mujeres como Jon Tronto buscan que en la ética del cuidado que no exista la exclusión de nadie y que los cuidados puedan ser de todos y para todos, con enfoques universales, viendo al cuidado como una acción inherente a lo humano, siendo esto una acción más que un sentimiento y/o disposición. Sin embargo, el camino aún es largo.

“Mi mamá inicialmente estaba a nuestro cuidado, después trabajó”

(Diario de campo, Alberto 2024)

Alberto es un hombre de 41 años, amo de casa (como él se autodenomina) y técnico en sistemas computacionales. Relata que su vida en familia fue difícil, con altas y bajas. En la infancia recuerda a una madre que inicialmente estaba a su cuidado, así como el de sus tres hermanos, quienes tienen un año de diferencia entre sí. Él es el mayor, recuerda a su papá con una actitud “de eterno adolescente” (así lo refiere) por mantener una muy holgada vida, sin muchas responsabilidades en casa. La relación entre sus hermanos con un periodo intergenésico tan corto provocó una búsqueda del dominio como objetivo principal. Sin embargo, él refiere que nunca dominó, que él fue sumiso, siempre cedía, pero ahora no es

así, los tiempos cambian, relata que ahora son sus hermanos quienes lo buscan, le piden algún consejo o simplemente ser escuchados, ya no existe esa relación en busca de dominación, simplemente el tiempo cambió y ellos también.

“Mis papás nos dieron muchas libertades”

(diario de campo Alberto 2024)

Alberto refiere que la brecha de edad fue algo positivo para la relación y las aventuras en conjunto. Cuando fueron adolescentes todos sabían lo que era bueno y malo y a pesar de haber crecido juntos, no todos tenían los mismos ideales, ni veían la vida de manera similar. El hermano menor se enamoró joven, se casó y tuvo un hijo, dejó de estudiar, inició a vivir una etapa distinta, de casado, de responsabilidades y trabajo duro, mientras que él y su otro hermano vivían una etapa de juventud, escuela, fiesta y amistades.

LOS PADRES SE SEPARAN.

Alberto encuentra un refugio en un grupo eclesial, expresa que las personas que se cruzan por el camino a veces son necesarias o llegan en el momento justo. Él refiere que se cruzó con personas correctas quienes influyeron en sus pensamientos y actos, pero que sin duda siempre la decisión es personal, de ahí uno va retomando sus propios caminos. Lo importante dice él, es dar testimonio de vida. Y aunque ahora no es allegado a la iglesia ni a la religión ese momento de su vida no lo puede desestimar porque al final es parte importante de su desarrollo humano.

VIVIR EN FAMILIA

Le pregunté si alguna vez imaginó casarse, tener hijos y formar una familia a lo que él me respondió que sí. A continuación, su narrativa:

“Al momento de casarme no me sentía abrumado, ya lo teníamos planeado, pero sí fue difícil la nueva vida, yo tenía 27 años, no era un niño pero estaba en la plena juventud. Me iba bien en mi trabajo, yo me sentía pleno, pero llegó un momento en el noviazgo de decir ¿a dónde va esto? llevábamos 7 años de novios, no hubo presión social de casarnos, pero quizá sí

cuando estábamos embarazados y saber que “teníamos que salir casados de nuestras casas”, principalmente ella, porque en mi casa no era una obligación, pero con ella casi era una falta de respeto” (diario de campo Alberto 2024)

Alberto refiere que cuando se casó no sentía una carga, sostiene que la persona a su lado es una mujer responsable, nunca hubo una carga del 100% de la responsabilidad en una sola persona, ambos sabían la responsabilidad de vivir en pareja, en familia, él se sentía seguro con ella y piensa que ella con él.

UN ROL FUERA DE LA NORMA MASCULINA.

Le cuestioné a Alberto si pensaba que el trabajo doméstico es un trabajo. Esto respondió:

“Yo creo que un trabajo es más simple, porque en un trabajo tienes un rol, te sirve hasta para despejarte, no sé, por ejemplo, mañana me toca hacer mantenimiento a tal computadora (yo me dedico a las computadoras), lo tienes como programado, no sé... y en la casa es impredecible porque tu hijo puede tirar o hacer algo imprevisto, en la casa no se termina el trabajo, siempre hay algo que hacer” (diario de campo Alberto, 2024)

Alberto comenta que nunca había tenido el prejuicio del trabajo doméstico, cuando sus papás se separan ellos se quedan con su padre y aunque ellos eran jóvenes que podían muy bien ejercer su autocuidado, su papá siempre trató de mantener un orden en el hogar, trabajaba y hacía quehacer o pagaba a alguien para que lo hiciera, nunca faltaba comida y limpieza en la casa, su papá se convirtió en alguien “un poco exigente” con mantener la limpieza de su casa y, por tanto, todos tenían responsabilidad de mantenerla.

Cuando Alberto se casa, los tiempos se complican porque ahora hay un niño pequeño a quien cuidar. Sí cuentan con la red familiar de apoyo, pero su esposa y él siempre mantuvieron la idea de que los cuidados de los hijos no son responsabilidad de los abuelos, es por ello que buscan alternativas como guarderías o escuelas de tiempo completo, sin embargo, lo sintieron inadecuado para su hijo, por ello tomaron la determinación de mantener sólo un empleo formal y él es quién en ese momento cede al empleo informal, que le permitiría estar más

tiempo al cuidado de la familia y el hogar. Refiere que evidentemente hay personas que no ven bien que el hombre esté en casa, refiere que lo tachan de flojo, mantenido, sin embargo, él no ha permitido que tales comentarios tengan un impacto en su masculinidad.

Retoma un importante evento durante una junta escolar:

A veces que las personas te reconozcan se siente bien, pero dentro de un límite, porque a veces por ser hombre uno es privilegiado porque para algunos sectores sociales es muy bien visto que un hombre se dedique a sus hijos.

Recuerdo que yo iba a la escuela, dejaba a mi hijo de 7 años y llevaba a mi bebe de tres meses cargando, siempre con mi fular, siempre entre todas las mamás porque es raro ver a un papá con sus hijos, a las juntas de mis hijos yo iba, pero no me siento mal

(llanto) - interrogó ¿tú crees que es un problema? o ¿por qué se mueven las emociones? -

No, el que llore no es que este triste, también se llora cuando estás contento, cuando volteas atrás y te gusta en donde estás y por lo que ahora estás pasando y lo que ha pasado para llegar hasta aquí. Yo iba a las juntas, iba solo con mi maletita y mi niño cargando, traía mamilas pañales, yo veía a otras mamás igual que yo, o hasta con más hijos, yo solo llevaba dos, pero había mamás que llevaban más, niños pequeños y bebés.

Un día en una junta el maestro me puso de ejemplo, pidió me dieran un aplauso porque siempre estaba con mis hijos, me decía “el señor del bebé” y ese día me sentí bien pero también me sentí mal, porque cuando un hombre hace lo de una mujer es ¡wow! un ejemplo, el mejor papá el que cuida a sus hijos, pero a las mujeres no se les reconoce aun cuando hacen lo mismo o a veces hasta más de lo que yo hacía. Me puse a reflexionar y me pregunté ¿y el trabajo de la mujer? yo no te voy a decir que llevo toda la carga, tratamos de hacer acuerdos, no soy esclavo y creo que es lo que nos ha servido, yo hago esto, pero tú haces aquello, por ejemplo, a mi esposa no le gusta ir a las juntas y yo voy, pero ella va cuando toca hacer actividades como irles a leer a los niños o así, hay mamás que se llevan toda esa carga y no son reconocidas porque ante la sociedad eso es normal, es su obligación. Estoy consciente del privilegio que es que nuestros trabajos nos permitan estar con nuestros hijos, hay personas que si no trabajan todo el día no comen, el privilegio de la vida, suerte, destino, el divino, tener un trabajo que te permita cuidar a tus hijos, estar en familia, hay muchas

familias que se destruyen por eso”. (diario de campo Alberto, 2024)

Alberto me cuenta que antes le era un poco difícil el escrutinio público, las miradas, él sentirse criticado por cuidar, porque tanto hay cosas positivas de reconocimiento como negativas, la gente se pregunta el por qué siempre está en casa, cómo le hacen. Parece que concebimos sólo ciertas maneras de vivir bien y eso es con dinero y mucho trabajo, pero lo que él reflexiona es que no se necesita de mucho para estar tranquilo, que lo que ahora él valora más es el tiempo con su familia, convivir, estar en momentos importantes, hacer ejercicio, en lo desahogado que es no tener que dar explicaciones a nadie, también refiere que “nos” hace falta educación económica.

-¿Las actividades del hogar deberían ser retribuidas económicamente?-

Si y no; en mi caso, no precisamente porque esto es de acuerdos, ¿imagínate que yo tenga que tener un sueldo cuando yo estoy viendo que hacen falta cosas en la casa? Pero eso sí, me gustaría que haya más visibilidad del quehacer, que se reconozca el esfuerzo, me molesta que a veces no valoren todo el esfuerzo que se hace en la casa, trato de que mis hijos hagan conciencia a través de responsabilidades, porque la labor doméstica es muy pesada la rutina es pesada, aunque todos los días son distintas sí hay días más difíciles que otros.

Que si la retribución económica fuera mayor supongo que lo justo sí sería que el dinero se distribuya de manera justa (diario de campo Alberto, 2024)

UN DÍA DE TRABAJO DE CUIDADOS

A continuación, se relata un día de cuidados, una rutina de un día no tan difícil como lo sería un día de actividades deportivas.

“Por ejemplo, los días lunes me levanto temprano a las 6:00 am para abrir el gas, levanto a mi hijo el grande, regulo el agua, que se meta a bañar, me meto a bañar, él se cambia, yo me cambio, en lo que él termina yo me voy a hacer de desayunar, ya que termina de desayunar, poner lonche, irnos a la escuela como a 10 min. Llego, después de llevarlo a la

escuela llevar al otro hijo que ya lo está cambiando mi esposa. Si mi esposa no está, la misma rutina, aunque más cuidados, porque es más pequeño; cambiarlo, peinarlo, ponerle crema, desayunar, llevarlo a la escuela, después que regreso de la escuela hacer quehacer, pocas veces da tiempo de un descanso o hacer trabajo (reparar computadoras). Cuando está ella, es menos trabajo, el día más difícil es cuando ella no está.

Diario se lava, se hacen camas, limpio cocina, sala comedor, hago las recamaras, vengo terminando a la una de la tarde de esas primeras actividades, me voy por un hijo, voy por el otro, termino pendientes, tender ropa o seguir lavando, pasar al mercado, hacer de comer, la hora de comida es un momento de compartir, no me gusta lavar trastes, generalmente esos los lava mi esposa o últimamente mi hijo, descansamos un rato, ellos hacen la tarea con mi esposa y en la noche a hacer la cena... y bueno eso un día que no hay actividades, porque los martes- miércoles, viernes y sábados son de futbol”

-Tu esposa es una enfermera y cuida a otras personas, y tú la cuidas a ellas, te pregunto¿qué es cuidar para ti?-

Algo fundamental en la vida, sin el cuidado no podemos avanzar. El cuidado no va en una sola dirección, es mutuo, lo vemos diferente, yo lo veo como esa manera de consentirla, por ejemplo, ella llega del trabajo y yo trato de tener su comida, no hace otras cosas porque ¿cómo va a llegar de trabajar y todavía hacer quehaceres? ¡no! eso es grosero, que se vaya todo el día y llegué y a parte que llegue cansada tenga que trabajarle a la casa, no me parece justo” (diario de campo Alberto 2024)

“El cuidado es esencial para nuestra supervivencia, el cuidado como política, como discurso, como política y como trabajo es complicado, matizado y contradictorio” (Nadasen, 2023: 11)

Me resuena lo que Alberto refiere como injusto cuando habla de no permitir que su esposa después de un día laboral llegue a trabajar a la casa y no por considerarlo bueno o mal simplemente porque seguimos teniendo introyectado que el trabajo doméstico no es trabajo, me pregunto entonces, su trabajo cuándo termina, quizá pueda ser una manera de intercambio, de empatía por el otro, pero realmente habrá una medida “objetiva” para evaluar el trabajo extra o intra hogares, para que se pueda considerar como justo o injusto.

Alberto refiere que a sus cuidados le cruzan los afectos porque él cuida, procura a su esposa y a sus hijos con amor, que le es satisfactorio preparar comida rica, que se termine, que un día se vea la casa limpia, que haya comentarios positivos como “la casa huele a limpio”, “los hijos son buenos niños”, refiere que en ocasiones le cuesta trabajo desprenderse de acciones que él considera propias, un terreno suyo, como por ejemplo la comida, él dice que no le gusta como lo hacen los demás, que incluso a veces eso lo autosabotea porque expresa que parece que no se cree con el derecho de salir con amigos o enfermarse porque si él enferma quién cuidaría de sus personas amadas, que entiende lo negativo del pensamiento pero que finalmente es algo en lo que tiene que trabajar.

Es interesante la narrativa de Alberto que cuida de sus hijos en relación a las personas que cuidan de otros como actividad económica porque no podríamos desestimar la narrativa de quien cuida a sus hijos y le cruzan sus afectos personales, sin embargo, a las personas que cuidan de otros en ocasiones se les adjudica la responsabilidad de sentir.

Bajo estos comentarios le cuestioné si consideraba que hay acciones biológicas o naturales entre hombres y mujeres a lo que él respondió:

No, eso se construye supongo desde niños, mi mamá era como muy abierta, todos teníamos que hacer los quehaceres, hacer camas, mi mama no distinguía la ropa de mujer u hombre, jugando nos vestía de niñas, no lo veíamos mal, era divertido, hasta concursos de carnavales ganábamos, nunca existió el prejuicio tan marcado del machismo, pero sí reconozco que hay mucho machismo, en general, creo que los comentarios vienen más de los hombres, los hombres te ven como doblegado, mandilón, que hagas las cosas de la casa, lo ven mal, aunque no me lo digan tú sabes cuando te juzgan, en la manera en cómo te ven, la gente pensaba que estaba solo, o sea me veían solo porque mi esposa trabajaba en ese turno y yo me encargaba de los niños, cuando yo empecé a trabajar en la "formalidad" pues ahora teníamos que pagar por quien cuidara y nos salía más caro, todo lo que yo ganaba se lo dábamos a otra persona, entonces empezamos a poner sobre la balanza muchas cosa porque pagábamos pero no estábamos, nosotros siempre hemos pensado que nosotros tenemos que hacernos responsables de nuestros hijos, que si bien tenemos a nuestras familias, ellos no son responsables del cuidado de nuestros hijos, esa es nuestra responsabilidad”. (Diario de campo Alberto, 2024)

Alberto y su esposa también se enfrentaron a una adversidad en relación a las pocas instancias de cuidados que en ese momento (2012) existían para el cuidado de su hijo, ya que la guardería pública más cercana tenía estrictos requisitos, ya que estaba subsidiada al seguro social. Uno de los requisitos era que se cotizara para el seguro social, cosa que no era así ya que en este caso el trabajo de Alberto era informal y su esposa no tenía IMSS sino ISSSTE, lo que tuvo como consecuencia que el hijo no tuviera acceso al centro de cuidados. Al respecto, quisiera reflexionar sobre la postura de Nadasen (2023), quien expone a las políticas públicas (de USA) de cuidados como una manera más de interés capitalista, ya que “el sistema de bienestar rara vez se menciona como parte del discurso sobre cuidados, aunque puede ser una de las fuentes más importantes de apoyo al trabajo de cuidados de las familias pobres. Además de eso, las madres solteras pobres, las personas desconectadas del mercado laboral, muchos de los trabajadores por cuenta propia y los inmigrantes indocumentados, se ven excluidos de beneficios basados en el empleo, como créditos fiscales para el cuidado o la ley de licencia médica” (Nadasen, 2023: 13).

Situación que no dista mucho de lo que sucede en nuestro país, ya que las mujeres que no pertenecen al trabajo formal no tienen un acceso fácil a un sistema de cuidados gratuito. En general no hay en concreto sistemas de cuidados brindados por el Estado significativos para las demandas de las personas que requieren de cuidados, y eso solo en relación a las infancias, pero también no se debe olvidar a las personas adultas mayores, a las personas con discapacidades dependientes de cuidados.

También le cuestioné a Alberto si en algún momento había sentido frustración. Él me respondió que en ocasiones pero que la final lo que le representa para él los cuidados tiene un valor intangible, refiere que no son la familia perfecta, si en verdad eso existe, hay momentos difíciles, diferentes defectos, a veces no se dan tiempo o a veces se quiere hacer todo pero sostiene que son ellos mismos quienes pueden salir adelante en conjunto y quitarse los cuidados que en ocasiones se pueden presentar, ha descubierto lo importante que es soltar, saberse persona de derechos y de libertades.

“La enfermería ha estado implícita en todos los ámbitos de nuestra vida, por el cuidado, todos en algún momento de la vida, seas o no enfermera, brindas cuidados a alguien más, ahora también la considero como una carrera que tiene una base científica y una base humanística” (Diario de campo, Carmina 2024)

La siguiente colaboración la realice en el año 2024. Carmina es una colega y amiga de más de 15 años, juntas conocimos a la enfermería y nos apropiamos de ella, ella es una enfermera especialista en rehabilitación y trabaja en el Hospital de Alta Especialidad de Ixtapaluca los sábados, domingos y días festivos. De lunes a viernes se dedica al cuidado de su hija e hijo quienes aún son pequeños, habita actualmente en Tlaxcala y su vida dio un giro importante cuando enfermó repentinamente y con tal complejidad que hubo momentos de total discapacidad para realizar el autocuidado.

En este capítulo, al igual que los que le preceden, el eje central son los cuidados en esta ocasión pretendo reflexionar sobre los cuidados como eje fundamental del concepto de reproducción social, los regímenes de sentimientos cuando se realiza trabajo de cuidados y las cadenas de cuidados que emanan cuando pensamos en quién cuida de quienes nos cuidan.

Ha habido un “problema” lingüístico en relación con teorizar los cuidados y cómo nombrarlos, se habla de trabajo de cuidados, de ocupación de cuidados, procesos de producción y reproducción social, reproducción social.

Me incliné a las miradas feministas, como la de Carrasco (2017), quien refiere que el concepto de “Reproducción social” es uno de los más fuertes y más inclusivos al tratar el tema de cuidados. Desde las miradas feministas donde se nombra y por tanto se visibiliza. La reproducción social se define como: “un complejo proceso de tareas, trabajo y energías cuyo objetivo sería la reproducción biológica (considerando las distintas especies y su estructura ecológica) y la de fuerza de trabajo. Incluiría también las prácticas sociales y los trabajos de cuidados” (Carrasco, 2017:63). Y en este espacio de la reproducción social se considera y de manera importante, la incorporación de los cuidados, tales como aquellos trabajos orientados al cuidado de la vida-servicios sanitarios, de atención directa que se realizan dentro pero también fuera de los hogares.

Me parece que esta premisa sostiene la razón del por qué el trabajo de las enfermeras se puede

analizar desde otras perspectivas, ya que se podría decir que los cuidados que proporcionan las enfermeras tienen una epistemología que emana desde las ciencias biológicas y de la salud pero también pertenecen y se interrelacionan con las epistemologías sociales, desde estas perspectivas (insisto) podemos analizar, concientizar, valorar, evaluar y ejecutar cuidados con enfoques diversos que nos permiten fortalecer la identidad profesional y darles nuevos sentidos a las prácticas profesionales.

La siguiente etnografía se realiza en las inmediaciones de diversos espacios que compartimos, bajo un consentimiento de las pláticas y la grabación de las mismas, Carmina comparte conmigo espacios como nuestro espacio de trabajo, el espacio deportivo y el espacio lúdico de la amistad.

Carmina es una mujer de 38 años, licenciada en enfermería, trabaja en el HRAEI desde hace aproximadamente 12 años. Iniciando con nuestra plática las primeras interrogantes se relacionaron la concepción de la enfermería a lo que ella respondió:

“La enfermería ha estado implícita, o está implícita en todos los ámbitos de nuestra vida que es el cuidado, todos en algún momento de la vida, seas o no seas enfermero, brindas cuidados a alguien más, la concibo también como la disciplina que tiene una base científica y una base humanística, la base científica al poder fundamentar todas aquellas intervenciones que hacemos como profesionales obviamente sin dejar de lado la parte humana cuando realizas estas intervenciones” (Diario de campo, Carmina 2024)

Ella afirma que el cuidado es el eje rector de la enfermería, que no podría ser de otra forma, hace mención sobre todas las maneras de estar y ejercer la enfermería, desde los nacimientos, la pérdida de la salud, la rehabilitación y la muerte; cuidados que van desde el aseo personal, la alimentación hasta preparar fármacos para enfermedades neoplásicas y el uso de dispositivos biomédicos, hay una reflexión interesante sobre la enfermería ya que también, se puede observar cómo dentro de las instituciones de salud son quienes se encargan del cuidado de lo no viviente, esto en relación a los aparatos biomédicos, ya que las enfermeras son quienes resguardan, vigilan el funcionamiento, reportan averías y principalmente los utilizan en el ejercicio de su profesión, algo que me parece sumamente interesante porque de acuerdo a esta primicia las enfermeras estamos incluidas en todo lo inherente a los cuidados

y agrega una categoría a lo no vivo, incluyendo los recursos materiales, premisa que sustenta la importancia de los cuidados como sostén de un sistema económico capitalista; analizo este espacio porque los marxistas sostenían que el capitalismo terminaría autodestruyéndose por ser un sistema depredador, principalmente de la naturaleza, sin embargo parece ser que las mujeres siempre se mantiene a la orden del cuidado, de seres vivos y bajo esta reflexión también de materialidades.

Las enfermeras siguen sosteniendo el sistema de reproducción social dentro de los hospitales, al encargarse de los cuidados.

“El trabajo de cuidados no sólo produce valores de uso, sino que es una función esencial en la producción de plusvalía (Dalla Costa 1977: 39)”

Es decir que el valor no solo es la mercancía, sino que también hay valor en el trabajo que se produce y reproduce.

Porque, ahora que lo analizo ¿quién dice que el cuidado del equipo biomédico es función de las enfermeras? Estas prácticas de cuidados se mantiene vivos gracias a que la enfermería se reproduce muchas veces en una manera muy alineada y tradicional sin un cuestionamiento social. La enfermería ha avanzado en su profesionalización al alcanzar mayores niveles de escolaridad, más no así en las representaciones sociales, en los salarios ni en las bases legales para su ejercicio profesional en el ámbito autónomo.

Y la plusvalía del trabajo de las enfermeras no solo radica en que ejerzan cuidados a personas y a materialidades, también una parte muy importante del plusvalor de su ejercicio profesionales radica en los afectos que le cruzan al brindar cuidados, un plus afectivo, algo que Carrasco (2017) nombra plusvalía emocional.

Las enfermeras en el ejercicio de su labor realizan cuidados que otras disciplinas podrían considerar simples o que no requieren ciencia, sin embargo, estos son los que más plegados de afectos se encuentran, entre ellos puedo pensar en aquella llamadas realizadas en tiempos de Covid a los familiares de pacientes para que pudieran en muchos de los casos tener al menos un último adiós; o cambiar un alimento por otro para que los pacientes puedan comer un poco; u organizarse entre todas para comprar un electrodoméstico para poder calentar los alimentos de los pacientes y que ellos puedan tomar un alimento al menos caliente; o

improvisar accesorios para aseo personal y las personas puedan tomar un baño en una regadera improvisada; o escuchar la historia que es lo único de lo que no despojamos a las personas a pesar de que tengamos cuatro o más pacientes a nuestro cargo; ponerle una dibujo divertido a las infancias que requieren cuidados para aliviar el dolor no físico en las salas de cuidados; o “hablarle bonito” a alguien que se mantiene bajo sedación en las unidades de cuidados críticos. Todos esos cuidados, tan simples, pero a la vez tan significativos para las personas, son un valor agregado que, por supuesto, nadie dentro de la estructura tan vertical de los sistemas de salud dominados por el modelo médico hegemónico valora, ninguna de estas acciones son visibles ni mucho menos tienen alguna retribución ni ven la importancia para las personas a nuestros cuidados ni mucho menos son retribuidos económicamente.

UNA RUTINA DE VIDA EN UNA MUJER QUE CUIDA.

¿Cuál es tu rutina?

De lunes a viernes soy ama de casa, mi día empieza poco antes de las 7 de la mañana, despierto a mis hijos, los cambio con la ayuda de su papá, él cambia a uno, yo cambio a otro, yo la peino, la alisto para que bajen a desayunar, bajan a desayunar en lo que yo pongo los lonches que se tienen que llevar ellos a la escuela incluyendo el de Arturo (su esposo), no desayuna, se lleva su lonche para desayunar en su trabajo y se van a las 8 am.

Yo generalmente siempre estoy lavando ropa, saco la ropa que deje un día antes a la lavadora, si no pues le doy el ciclo para que termine, si tengo que sacar la ropa ya se me fue otra media hora, ya me dieron las 9 de la mañana, vuelvo a poner otra carga, en eso yo bajo hago las habitaciones...

- ¿No desayunaste?, porque desayunan ellos pero, ¿tú no desayunas con ellos? –

No, yo no desayuno, ya hasta que subo la lavadora, ya la echo andar, entonces sí, ya bajo y desayuno. Termino de desayunar, ya me dieron entre 10 y 11 de la mañana, entonces planeo lo que tengo que hacer de comer, voy al mercado, regreso, me queda a 15 min en auto, voy regreso, hago la comida, saco la ropa que ya termino de lavarse, vuelvo a echar algo más en lo que hago la comida, aseo la cocina lavo los trastes y ya más o menos acabo como a la 1 entre 1y 2 subo nuevamente a sacar la ropa, si me da tiempo arreglo algo de la sala, limpio

el comedor, porque ellos llegan entre 2 y 3 de la tarde, a veces Arturo va por ellos, pasa por ellos y vienen a comer, llegan y pues hay que ordenar la mesa, tener como ya todo preparada para cuando lleguen, comemos todos, más o menos como hasta las 4, acabamos, levanto la mesa, voy a la cocina lavo los trastes estufa, me dan como las 5 hago la tareas a veces 6 o 6:30 vamos terminando las tareas, si les toca baño (los baño un día sí y un día no) depende entonces si me toca bañarlos, terminando las tareas, tengo que meterlos a bañas, terminamos como a las 8 para que hagan su merienda y se puedan dormir a las 9. eso en un día normal.” (Diario de campo Carmina, 2024)

“El trabajo de cuidados que han realizado desde siempre las mujeres permite que el sistema social y económico pueda seguir funcionando” (Carrasco, 2017:65).

Existe una mano invisible, un sexo invisible, siempre se ha dado por hecho. Las actividades de cuidado se naturalizan, generalmente las actividades de cuidados siempre están cubiertas; esta es una afirmación que está sustentada, ya que los cuidados están inherentes a la vida, sin cuidados la vida sería insostenible, la necesidad de cuidados muestra la vulnerabilidad humana.

Las actividades de la licenciada Carmina muestran un claro ejemplo de que el trabajo de cuidados y de cómo las mujeres sostienen cotidianamente los cuerpos, su trabajo hace posible otros trabajos, comentar en este caso el de su pareja y por supuesto es parte del sustento de un entramado social y económico. Es decir, los cuidados como parte de la reproducción social están cruzados por relaciones heteropatriarcales y relaciones capitalistas como ya se ha ejemplificado.

¿QUIÉN CUIDA DE QUIENES NOS CUIDAN?

A continuación, la historia de pérdida de la salud de una mujer que cuida, vivencias y reflexión en un punto de inflexión.

Esta enfermedad, considero que fue el cúmulo de muchas emociones, del estrés de ser mamá, de ser ama de casa, de ser esposa, de ser proveedora, del estrés familiar de tu familia primaria pero, más allá, la pérdida de mi padre. Fue el cúmulo de muchas emociones de los últimos seis meses en donde al final de cuentas de lo que realmente lo psicológico impacto en lo físico, entré sin un diagnóstico, las semanas que estuve ahí, estuve sin diagnóstico, el grado de discapacidad que me generó la enfermedad fue grande, yo deje de caminar, deje de alimentarme yo sola, ni siquiera podía bañarme, fiebres interminables de 40°C donde no había medicamento que me la pudiera controlar y dolor general, el dolor jamás se iba, entonces, definitivamente aunque ahorita las tecnologías nos ayudan para no estar lejos de las personas, aunque por más que quisiera recibir videollamadas, no podía, mi estado de salud impactó tanto en mis emociones que aunque a mí me hablaran por teléfono yo estaba con gran hastío y les decía: mejor hablamos luego, me siento muy mal, no puedo” (Diario de campo Carmina, 2024)

Carmina vivía en casa dedicada con gran devoción al cuidado de su pequeña hija e hijo, con una agitada rutina diaria, la vida transcurre mientras el apoyo de su compañero estaba, pero a la distancia, en busca de una mejora en las condiciones económicas su pareja se encontraba trabajando fuera de la ciudad.

Un mal día Carmina enfermó, su movilidad se vio afectada, fue de inició súbito, con dolor en sus piernas que le impedían tan solo caminar y presencia de raras manchas en la piel, fiebres nocturnas y dolor general. La rutina se modificó, solo un día, no pudo caminar más, ese día es cuando se dispone a buscar ayuda e ir al hospital a internarse consciente de lo anormal del cuadro clínico tomó la decisión de tratar esta desconocida enfermedad.

Apoyada por familiares y amigos, Carmina se hospitaliza sin un diagnóstico preciso, sus hijos quedan al cuidado de sus suegros, su pareja regresa y se mantiene al cuidado de ella y en ratos de sus hijos. Después de varios estudios y un considerable tiempo hospitalizada, no hay certidumbres, le realizan toma de muestras sanguíneas constantes, multipunciones por la

fragilidad de sus vasos sanguíneos. Las fiebres sin control, la incapacidad de moverse, la distancia con sus hijos y la incertidumbre de no tener un diagnóstico certero la tenían en un estado de total angustia. Ese momento de su vida tuvo un momento de inflexión, mostrando la fragilidad humana y dando el valor a los cuidados que brindamos, pero en ese momento a sus propios cuidados. Carmina menciona que en esos momentos ni siquiera piensas, solo sientes el dolor, sientes angustia, sientes desesperación y sientes miedo, incluso piensas en la muerte. “¿Quién cuidará de mis hijos si yo no estoy?” (*Diario de campo, Carmina 2024*) Los cuidados dentro del hospital estuvieron cubiertos por familiares y amigos, una de las preguntas fue el ¿por qué pasan estás cosas?, ¿por qué a mí?, ¿por qué ahora? Después de muchos estudios de sangre, tomografías, valoraciones por diversas especialidades médicas, inclusive la toma de una biopsia, no había certezas. Después de algunos días la salud de Carmina tuvo una ligera mejoría, pero nunca un diagnóstico preciso, un día un resultado positivo de COVID fue un parteaguas para la toma de una decisión: egresar voluntariamente del hospital. Ante el rechazo de entrar a una terapia de cuidados críticos por el nuevo diagnóstico y que eso conllevara un aislamiento aún mayor, ya que sus familiares no podrían estar con ella, sus actividades aún se verían más limitadas, incluso la poca movilidad que podía tener con asistencia se iba a terminar. Y así fue que Carmina egresó del hospital y, poco a poco, con cuidados, con compañía de su familia, fue mejorando su salud, no hubo fármacos ni tratamientos especiales, simplemente su cuerpo sanó. Ante el hecho hubo una evidente incertidumbre, muchas preguntas sin respuestas.

La cotidianidad de la vida de mujeres y hombres que cuidan nos muestran el importante papel que juegan las personas que cuidan dentro del sistema de reproducción social y lo significativo que representa un quiebre dentro de la vida de ellos y de quienes los rodean.

Una realidad que no se quiere ver es que la enfermería por su estatus de profesionalidad se resiste a la idea de la raíz doméstica pero al igual que el trabajo doméstico y de cuidados muchos profesionales trabajan en precariedad laboral, sin estabilidad, bajo estructuras de poder y dominación inmersas en el modelo médico hegemónico que prevalece en la mayoría de las instituciones de salud, ya sean públicas o privadas.

Se necesita darles valor a los cuidados y con ello reconocer su origen e importancia que tienen para la supervivencia humana, social y económica.

EMOCIONES

Durante el proceso de construcción de esta tesis me he cruzado con personas que han sumado significativamente en mi práctica profesional pero sobre todo en mi vida.

En una ocasión, un colega y amigo me invitó a participar en un curso titulado “Abordaje Integral al Paciente Nefrocrítico con Soporte Multiorgánico”, en su invitación se me asignaba el tema desde la perspectiva social, elegí hablar de “Perspectivas sociales de los cuidados a los pacientes críticamente enfermos” en ese momento lo que me influyó a aceptar fue nuestro vínculo de amistad, más que por el hecho real de querer participar en un evento de ese tipo “tan académico”. Cuando leí el temario todo iba relacionado a las tecnologías, las principales temáticas estaban relacionadas a los dispositivos biomédicos de más alta tecnología en el soporte de la vida, como por ejemplo las máquinas de reemplazo renal de última tecnología, los máquinas que brindan soporte hepático, los filtros más sofisticados de soporte cardiaco y respiratorio, mucha tecnología al servicio de la salud. En ese momento me sentí “intimidada”, sentía que el tema social era el único tema que estaba ahí para que el curso fuera “integral”, un tokenismo de la educación continua en la salud de un hospital de alta especialidad.

Como el tema principal tenían que ver con la Enfermedad Renal Crónica (ERC) y los tratamientos de sustitución renal que están en vanguardia en hospitales públicos y privados, pretendía hacer búsqueda en la literatura ya escrita por las ciencias sociales. Recordé unas conferencias del CIESAS del sur en algunos casos de enfermedad renal en niños que trabajaban en el campo, encontré cosas interesantes, sin embargo, no lo que realmente buscaba, y después me dispuse a hacer caso a todo lo que he escrito y estudiado en estos años de carrera antropológica, ante mi búsqueda para realizar mi presentación quería hacer ciencia desde las epistemologías sociales, no podía no hacerlo, entonces quería hacer etnografía con personas que encarnan la enfermedad, fue difícil concretar una cita con una persona que quisiera colaborar a pesar de que un 12% de la población mexicana padece enfermedad renal, es decir, unos 13 millones de personas²¹, sin embargo, pienso que hablar de los problemas de salud resulta muy difícil y más si no hay un claro beneficio para ellos, el tratamiento de la ERC en hemodiálisis requiere asistir a sesiones 3 veces por semana con gasto que están por arriba de los 1500 pesos en los tratamientos más económicos, los sistemas de salud se ven rebasados y subrogan los servicios a establecimientos particulares, es por ello que considero

que no tuve respuesta positiva, pensé en mi gran amiga Constanza, aunque, había reservado la entrevista porque me parecía que podría abrir una puerta que quizá cerrar sería difícil, pero cuando se lo planteé aceptó.

A Constanza la conocí hace tiempo en el servicio de urgencias, ella tenía una hermana que yo sabía había sufrido de ERC, consecuencia de Lupus. Le expuse los objetivos de la charla y si ella estaba dispuesta a compartir con la audiencia que se había inscrito al curso, lo que no esperaba es que la colaboración iba a tocarme profundamente porque reafirmó la premisa de que el dato etnográfico va más allá del dato duro, al obtener la información de primera mano en colaboración con las personas que están detrás de los números las que piensan, ven, interpretan, sienten, porque lo encarnan.

A continuación, la historia de Ana.

“EL CUERPO QUE RESISTIÓ 15 AÑOS: UNA HISTORIA DE ENFERMEDAD, CUIDADO Y DIGNIDAD”

Ana vivió quince años con Enfermedad Renal Crónica, consecuencia del Lupus, su diagnóstico no sólo marcó su cuerpo, sino también la vida de quienes la acompañaron en el proceso. Durante este tiempo, su travesía médica fue larga y compleja, atravesada por distintos sistemas de salud, decisiones difíciles y un vínculo profundo con el cuidado, el dolor en todas sus aristas y la esperanza.

Al principio, la enfermedad la llevó a la hemodiálisis debido a su inestabilidad hemodinámica (estado en el que se mantiene un flujo sanguíneo adecuado y una presión arterial estable para ser capaz de satisfacer las demandas de los órganos y tejidos del cuerpo). Sin embargo, más tarde fue tratada con diálisis peritoneal, un tratamiento que mantuvo durante doce años con disciplina ejemplar.

Ana no contaba con seguro al inicio pero su entorno familiar hizo todo lo posible para garantizar acceso a la atención médica. En ese tiempo su esposo consiguió un trabajo que le permitió afiliarse al IMSS y ahí comenzó a recibir tratamiento con bolsas de diálisis, primero Baxter y luego Pissa, la cuales requieren de una técnica específica.

A pesar de los mayúsculos cuidados, Ana presentó algunas complicaciones como peritonitis

y una grave tunelitis que requirió cambio de catéter y de tratamiento sustitutivo renal, pasando nuevamente a hemodiálisis. Ana cuidó su acceso vascular con mucho esmero, evitando infecciones durante toda su etapa de hemodiálisis. Sin embargo, la insuficiencia de recursos en el sistema público la llevó a recibir sus sesiones de hemodiálisis en una clínica subrogada particular. Esta experiencia, lejos de ser negativa, fue significativamente mejor para Ana. Sus hermanas refieren que “fue lo mejor que pudo pasar”: más higiene, controles de estudios de laboratorio estrictos, atención humana, ella y su familia encontraban alivio en la constancia y humanidad de esa atención.

La relación con el IMSS fue difícil. A pesar de depender de este sistema para parte del tratamiento, Ana y su familia evitaron usarlo cuando podían; el tiempo de espera, el trato indiferente de algunos médicos y la falta de empatía generaban un desgaste adicional; en contraste, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán encontraron otro tipo de atención: rápida, especializada y con un trato más humano. A pesar de que este hospital quedaba a más de dos horas de distancia, Ana prefería desplazarse hasta allá, incluso si sólo se trataba de una cita mensual. Su confianza en el Instituto de Nutrición era total.

Sin embargo, no todo fue esperanza, la progresión del Lupus, junto con el deterioro causado por los años de insuficiencia renal, minaron lentamente el cuerpo de Ana. En una ocasión padeció de una celulitis mal atendida en el IMSS que terminó por agravar su situación, fue en Nutrición donde finalmente sanó esa herida, con cuidados especializados y seguimiento en la clínica de heridas.

Años después, una cirugía mayor por un tumor en el ámpula de Váter (ámpula localizada en el páncreas) representó el punto de inflexión, sus órganos ya no resistieron. Las suturas internas fueron difíciles de cerrar, hubo fugas continuas, lo que representaba que Ana constantemente estuviera húmeda de su piel y requería constantes cambios de ropa y pañales; a pesar de los lavados quirúrgicos y los intentos de instalar un sistema Vacuum Assited Closure VAC (es una terapia que se utiliza para promover la cicatrización de heridas complejas a través de presión negativa) su cuerpo estaba agotado.

Ana ingresó finalmente a terapia intensiva, fue un quiebre emocional para su familia, nunca antes la habían visto así: intubada, inmóvil, drenando, con señales apenas perceptibles de conciencia. La distancia emocional que mostraba el personal en cuidados intensivos se volvió una carga emocional pesada a tal grado que las hermanas aún lloran al recordar.

Las visitas eran breves, las explicaciones frías, la falta de interacción humana contrastaba con el afecto que en otros momentos ella misma había construido con médicos y enfermeras. Solo una enfermera, que la conocía de antes, le hablaba al oído con ternura, le sonreía, le daba un poco de dignidad en ese silencio clínico. En palabras de sus hermanas, “ella le hablaba bonito” y para sus hermanas esa fue la diferencia, las palabras, el tono, la calidez, eran esenciales incluso en el momento más crítico. La despedida llegó con dolor.

La partida fue dolorosa, sí, y aunque ya se había vuelto inevitable, también dolieron las experiencias no gratas que la rodearon, como; recibir pronósticos tajantes, gestos entre médicos que restaban esperanza delante de quienes aún escuchaban, incluso inconscientes. Y después de casi un mes en cuidados intensivos, Ana falleció el 27 de septiembre del 2024.

A través de la historia de Ana, reflexioné sobre la interrelación epistemológica de las ciencias, principalmente la necesidad de mirar (también) a la enfermería como una ciencia social, los cuidados como eje central de la enfermería y cómo estos están cruzados por los afectos, algo que privilegio en mis reflexiones como el plusvalor del trabajo de las enfermeras.

“Considerando lo común que es la enfermedad, los tremendos cambios espirituales que trae consigo, lo asombroso que nos parece que la salud decrezca, las extensiones y desiertos del alma que traen a nuestra vista un débil ataque de gripe [...] es extraño que la enfermedad no tenga un lugar en el amor, las batallas y los celos, como un lugar central de la literatura”. Virginia Woolf, Sobre estar enferma

Los estudios de las emociones han tenido en los últimos años una mirada importante para las investigaciones. Besserer (2019) explica que se podrían estar relacionando a causas precisas como son: el poder y la organización de la economía global. Él refiere, de acuerdo con otros autores como Richard y Rudnykyj (2009), que los afectos son la manera en que los sujetos

son “afectados” en el plano de la experiencia, por otro lado, él expresa que las emociones son aquellos sentimientos que movilizan a los sujetos “Son tácticas que nos proponemos para enfrentar con alegría, resignación, agresividad o entusiasmo el quehacer cotidiano. Son un poder productivo, político, que nos hace responder con agencia” (Besserer, 2019: 112); por otro lado, los sentimientos los refieren como la manera en que se percibe y se da sentido a la experiencia, es la manera que le damos sentido al mundo.

Me es relevante destacar que estas definiciones orientan a reflexionar ¿cómo mirar a las emociones nos permite analizar y comprender el poder? En el caso mencionado, los sentimientos, emociones y afectos no sólo jugaron un papel central en las experiencias de quienes compartieron su etnografía, sino que continúan presentes en ellas y también en quienes reciben y reflexionan sobre estos relatos.

Estas emociones pueden influir directamente en las prácticas profesionales del cuidado, abriendo la posibilidad de transformarlas. Como he señalado previamente, las perspectivas feministas han sido clave para revalorizar la subjetividad dentro de la investigación, marcando un parteaguas que ha permitido guiar este trabajo y otorgarle un sentido ético, político y epistémico.

“Una epistemología que parta de la experiencia, e incluya a los sentimientos como un componente en el proceso de aprehender la realidad, resulta en una “mejor ciencia” (Harding, 1986, citada en Besserer, 2014: 63).

Es importante mencionar que con las reflexiones de Besserer podemos entender que las emociones no son naturales, ni individuales, sino que están construidas políticamente y están sumamente contextualizadas.

Dentro de las instituciones de salud generalmente se nos instruye en la manera de sentir, pensar y actuar, existe un régimen de sentimientos que moldea el deber ser y de comportamiento dentro de la atención a las personas, parece que hay una lógica sentimental de los cuidados, una lógica que ha pasado por el posmodernismo, que implica que los afectos ya no son profundos sino que están regulados y tienen que ser funcionales, con ello hay un repercusión en la proporción de los cuidados porque el vínculo con las personas atendidas quedan mediatizadas por las normas institucionales, los tiempos laborales y las exigencias de

productividad. Se institucionaliza y se regula el cómo se debe sentir, escuchar y acompañar.

Con la historia de Ana aprendo que es muy importante mirar la posibilidad de nuevos regímenes de sentimientos, más justos, basados en la colectividad, en la reciprocidad y reconociendo el valor político de los cuidados. Sin duda, la historia de Ana ha marcado profundamente mi visión de los cuidados en general, pero en especial en las salas de cuidados críticos.

CONCLUSIONES

Después de esta investigación etnográfica reitero y pongo al centro de mis reflexiones y del ejercicio profesional de las personas profesionales de enfermería a los cuidados.

A la enfermería la defino como: la disciplina que proporciona cuidados que se sustentan desde la biomedicina, pero no solamente. La enfermería también brinda cuidados básicos que sostienen la vida. El trabajo de los profesionales de enfermería representa el plusvalor de las instituciones de salud porque cuando los cuidados se ejecutan, en diversas ocasiones están cruzados por afectos, empatía y humanidad, cuyo valor no suele recibir una retribución económica. (Definición propia)

Los cuidados han estado en la mira de las reflexiones desde las ciencias sociales hace ya más de 40 años. Hoy en México se trabaja para desarrollar un Sistema Nacional de Cuidados que reconoce la importancia de los cuidados básicos, como el cuidado de las infancias, cuidados de las y los adultos mayores y de las personas con discapacidad, los cuales frecuentemente no son remunerados. Este reconocimiento del trabajo de los cuidados a escala nacional valora en toda su amplitud (incluyendo su aporte a la economía) a estos trabajos básico. Esta es una oportunidad para reivindicar que quienes trabajamos en la enfermería realizando trabajos de cuidados en el campo de la biomedicina, realizamos nuestro trabajo con un alcance y responsabilidades que incluyen también la dimensión afectiva, humana y empática que están aún por ser reconocidos en nuestra labor. Valorar el trabajo de la vida que enmarca y da sustento a la dimensión biomédica de nuestra labor es una manera de dignificación, es decir, de establecer que quienes realizamos estas tareas somos dignas y dignos de derechos y reconocimiento por la totalidad del espectro de nuestro trabajo. Por ello, necesitamos incluirnos en esos espacios, mirar a los cuidados desde todas sus perspectivas.

A lo largo de esta tesis, he descubierto un espacio importante para la reflexión del ejercicio profesional de los y las enfermeras, pero también de mi propia práctica profesional. A través del desarrollo de la investigación pude entretejer múltiples saberes, voces y experiencias que me invitan a mirar los cuidados desde otras perspectivas más humanas, más críticas, más integradoras.

Esta investigación aborda la diversidad de epistemologías que atraviesan a la enfermería y la antropología, reconociendo que los saberes del cuidado no son únicos ni universales, sino situados, complejos y profundamente políticos.

En este trabajo reflexioné sobre cómo las determinantes sociales marcan el ejercicio profesional, las formas de injusticia epistémica que muchas veces silencian la voz de la enfermería y las maneras en que el género, la interseccionalidad y la presencia de los hombres en esta profesión también configuran el paisaje del cuidado, dentro y fuera de las instituciones de salud.

Me atrevo a nombrar a la enfermería como una ciencia que desafía la separación entre ciencias biomédicas y ciencias sociales, pues es una práctica profundamente implicada en los entramados culturales, económicos y simbólicos de nuestra sociedad.

En este trabajo retomé herramientas etnográficas propias de las ciencias sociales para realizar un trabajo que permitió desde la observación de los símbolos de identidad en el arte que habita en un hospital de alta especialidad, hasta explorar cómo es que existen otras formas de curar. Todo ello nos permite enriquecer nuestra mirada y abrir caminos de pensamiento y acción.

En esta investigación pude ver cómo los cuidados (aunque invisibilizados) se encuentran en el centro del capitalismo y se alojan allí a través de cadenas de cuidados. Estas cadenas de cuidados son responsables de la transmisión de valor de las sociedades del Sur Global hacia las sociedades del Norte Global (que experimentan una “crisis de los cuidados” por el creciente proceso de envejecimiento). Pero este proceso no solo sucede a través de conexiones que articulan realidades distantes a miles de kilómetros, lo vivimos diariamente de una manera muy cercana en los hospitales, pues el trabajo de cuidados de otros hace posibles las tareas institucionalizadas de quienes laboramos en el campo de la enfermería.

Así, el conjunto articulado de estos trabajos de cuidado está en la base del funcionamiento de los hospitales y estos a su vez en la base del cuidado necesario para la reproducción del sistema social en su conjunto.

Estas reflexiones nos permiten mantener una mirada distinta de la enfermería como ese agente social y de cambio que requiere una autocrítica, una autovaloración y así poder resistir desde el compromiso ético y político de quienes cuidan. Es por ello que me reconozco y reconozco en cada uno de los y las enfermeras como agentes de cambio social y, por supuesto

con un largo camino por recorrer.

Todo esto me permite hacer también una autocrítica sobre cómo hemos sido “instruidos” en la profesión, que si bien existen créditos en todas las universidades que enseñan enfermería inmersos en las ciencias sociales, me parecen insuficientes. Requerimos una reestructura de los planes de estudio en donde exista un verdadero compromiso social y descolonizador que nos permita concientizar la manera en que pensamos y enseñamos el cuidado.

Reflexionar desde los afectos, también abona a un cambio de perspectivas ante situaciones de cuidados a pacientes críticamente enfermos dentro de las unidades de terapia intensiva, lo que nos invita a pensar en nuevos regímenes de sentimientos, más justos, más empáticos, más recíprocos, reconociendo la humanidad pero también el valor político de los mismos, el desarrollo de nuevas y mejores intervenciones verdaderamente profesionales con bases sólidas de conocimiento, ética, moral y reflexión crítica.

Y también estoy consciente de que los cambios no pueden darse de la noche a la mañana y que el recorrido es largo y lento. Es por ello que cito nuevamente: “Las telarañas de la hegemonía no pueden ser desmanteladas por un simple y repentino acto voluntarista, sino que deben ser reconocidas y destejidas, paulatinamente, de la misma manera en que fueron tejidas, en el mismo terreno subjetivo que recubrieron” (Modonessi, 2012 :37)

No quisiera olvidar lo que menciona Karina Batthyány, “el reconocimiento tiene que venir desde abajo” es decir, desde nosotras y nosotros.

Considero que si bien esta tesis tiene una finalidad académica, también ha tenido un doble objetivo: autoanalizar, reflexionar y modificar la propia práctica. Es por ello que expreso gratitud, a mis lectoras y lectores, y a mi director Federico Besserer, quién me ha dado instrucción, saberes, paciencia, inspiración y, sobre todo, el deseo de seguir reflexionando colectivamente y construyendo otras formas de cuidar y de habitar el mundo, desde la inclusividad, el respeto y la transformación social.

Bibliografía:

- 1.- Aceves, Jorge (1998) “La historia oral y de vida: del recurso técnico a la experiencia de investigación” en *Galindo LJ Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación Pearson Educación*, México, pp 207-276.
- 2.- Alvarado, Alejandra (2004) “La ética del cuidado” en *Revista Aquichan*- ISSN 165-5997, Colombia, pp. 30-39.²¹
- 3.- Bárcena, Alicia (2018) Los cuidados en América Latina y el Caribe. Páginas selectas de la CEPAL, Santiago de Chile, 218 pp.
- 4.- Batthyány, Karina (2020) *Miradas latinoamericanas a los cuidados*, Siglo veintiuno, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO 503 pp.¹
- 5.- Beltran Irma, Luviano Yotzin, Mora Giovane, Pérez Manuel, Ruiz Laura (2025) *Relación entre síndrome de Burnout e ideación suicida en Médicos Residentes del HRAEI, en el periodo del 01 de marzo 2024 al 28 de febrero 2025* [Protocolo de investigación], Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública (IESAP) MAH y SP 410. disponible en: [TESIS RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT E IDEACIÓN SUICIDA.docx](#)¹⁹
- 6.- Besserer, Federico (2014) “Regímenes de sentimientos y la subversión del orden sentimental. Hacia una economía política de los afectos” en *Nueva Antropología*, vol. XXVII, núm. 81 julio-diciembre, 2014, pp 55-76.
- 7.- Biblioteca digital de la Suprema Corte (2022) El trabajo en el hogar...el reconocimiento de lo importante, sala 1. <https://bibliotecadigital.scjn.gob.mx/exposiciones/hogar-cuidados/sala-1.html>⁸
- 8.- Boniol, Mathieu (2022) “The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and ‘universal’ health coverage?” en *BMJ Global Health* 2022;7, Londres, pp 1-8.
- 9.- Camps, Victoria (2007) “Excelencia en las profesiones sanitarias” en *Humanitas, humanidades médicas* N° 21, Barcelona, pp. 1-13.

- 10.- Carrasco, Cristina (2017) “ La economía feminista. Un recorrido a través del concepto de reproducción” en *Ekonomiaz* N° 91 1° semestre, Barcelona, pp. 53-77.
- 11.- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), (2007). *Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros*. Naciones Unidas, Santiago de Chile, 419 pp.
- 12.- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2020) CEPAL destaca los cuidados como una necesidad, un trabajo y un derecho en el Foro Nacional de Cuidados de Uruguay. <https://www.cepal.org/es/notas/cepal-destaca-cuidados-como-necesidad-un-trabajo-un-derecho-foro-nacional-cuidados-uruguay>
- 13.- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2022) *La sociedad del cuidado Horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género*, Publicaciones de las Naciones Unidas, Santiago, 187 pp.¹¹
- 14.- Consejo Internacional de Enfermeras, Directrices de práctica avanzada 2020. Ginebra Suiza. pp 48.
- 15.- Crenshaw, Kimberle (1989) "Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics," *Foro Legal de la Universidad de Chicago*: Vol. 1989, Artículo 8. Disponible en: <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8> ¹²
- 16.- Daly Mary y Lewis Jane (2000) “El concepto de Social care y el análisis de los Estados de bienestar contemporáneos” en *British Journal of sociology*, vol. 55 N° 2, pp 281-298.
- 17.- Diario Oficial de la Federación (DOF): 11/12/2014 MODIFICACIÓN a la Convocatoria para la promoción por profesionalización del personal de enfermería, de trabajo social y de terapia física y rehabilitación. (México) ⁴
- 18.-Diario Oficial de la Federación (DOF): 11/10/2023 DECRETO por el que se desincorporan por fusión el Centro y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad que se indican con el IMSS-BIENESTAR. (México) ¹⁴

- 19.- DW Documental (30 de noviembre 2021) *Alemania: Escasez de enfermeros y el negocio de las agencias privadas de colocación* [Archivo de Video]. Youtube. [Alemania: Escasez de enfermeros y el negocio de las agencias privadas de colocación | DW Documental](#)
- 20.- Escalante, Pablo (2022) “El imperial colegio de la Santa Cruz de Tlatelolco” en *Relatos e historias de México*, año XV número 170, México, pp 48 ¹⁵
- 21.- Esquivel, Valeria (2011) *La economía del cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo, Panamá, pp. 41.
- 22.- Federici, Silvia (2010) *Calibán y la bruja mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Tinta limón, Buenos Aires, 405 pp.
- 23.- Gobierno de México (2022, 1 de julio) Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. <https://hraei.gob.mx/conocenos> consultado el 5 de junio del 2024. ¹³
- 24.- Gobierno de México (2025, 28 de junio) Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) https://salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id_URL=numeralia& Tipo=pasantes& Id=2 consultado por segunda vez el 28 de junio del 2025. ⁹⁻¹⁶
- 25.- Graever, David (2018) *Hacia una teoría antropológica del valor: la moneda falsa de nuestros propios sueños*. Fondo de Cultura Económica, Londres, 427 pp.
- 26.- Haraway, Donna (1995) *Ciencia, cyborgs y mujeres. La invención de la naturaleza*. Ediciones Cátedra, Valencia, 431 pp.
- 27.- Hernández, Isabel (1985) *Sociología de una profesión: el caso de la enfermería*. Centro de estudios educativos A.C. México, 326 pp.
- 28.- Hidalgo, Brenda y Altamira Ramiro (2020) “Qué es y qué no es el cuidado de enfermería? en *Enfermería Actual* N° 40, Costa Rica, pp. 1-10.
- 29.- Hochschild, Arlie (2021) *La doble jornada*. Capitán Swing Libros, España, 344 pp.

30. Hochschild, Arlie (2001) “Las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional” en Will y Anthony Giddens (Coords): *En el Límite: la vida en el capitalismo global*, Barcelona pp. 197-208
- 31.- hooks, bell (2020) *El deseo de cambiar, Hombres masculinidad y amor*, ediciones Bellaterra, Manchester, 164 pp.
- 32.- hooks, bell (2021) *Todo sobre el amor*, Editorial Planeta, España, 216 pp.
- 33.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2023, 3 de octubre) *Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASI) 2022*, [Comunicado de prensa número 578/23] [Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados \(ENASIC\) 2022](#) ¹⁷
- 34.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2024, 28 de noviembre) *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad* [Comunicado de prensa núm. 684/24] [Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas con Discapacidad](#) ²⁰
- 35.- Jame Selma, Dalla Mariarosa (1975) *El poder de la mujer y la subversión de la comunidad*. Siglo veintiuno editores, España, 103 pp.
- 36.- Jimenez Gutierrez Marcio (2019). “Los hombres en la enfermería: una revisión de la literatura”, en *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, México, pp.18-30 ⁷
- 37.- Jiménez, Marcio (2020) *La experiencia de los hombres en la enfermería: un estudio de aproximación feminsita* [Tesis de maestría Universidad Nacional Autónoma de México UNAM] Dirección General de Bibliotecas, Tesis Digitales.
- 38.- López, Patricia (2023) “El suicidio aumentó más de 400 por ciento en 20 años” en *Gaceta UNAM*, N°5413, México. pp. 18. ¹⁸
- 39.- Martín Palomo, María Teresa (2008) “Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados” en *Cuadernos de relaciones laborales* año 2008, 26 número 2, Madrid, pp 13-44.

- 40.- Martín Palomo, María Teresa (2010) “Epistemología, metodología y métodos. ¿Qué herramientas para qué feminismo? Reflexiones a partir del estudio del cuidado” en *Quaderns de Psicologia*, año 2014, vol. 16, N° 1, pp 35-44.
- 41.- México ¿Cómo vamos? Grupo SOHIN (2022) *El sector salud: ambiente disparejo para las mujeres*. Editores Buena Onda S.A. de C. V. México, 27 pp.²²
- 42.- Moreno, Manuel (2018) “Hacia una antropología del cuidar” en *Index de enfermería* vol.27 n°3, Madrid, pp. 113-114.⁵
- 43.- Modonessi, Massimo (2012) “Subalternidad” en *conceptos y fenómenos fundamentales de nuestro tiempo* UNAM, Instituto de investigaciones sociales, México, pp.1-12.
- 44.- Nadasen, Premilla (2023) *Care the Highest Stage of Capitalism*, Haymarkel Books, Columbia, 288 pp.
- 45.- NANDA Internacional (2024) *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación (2024-2026)*. 13 edición, Elsevier, Nueva York, pp. 590.⁶
- 46.- Ngozi, Chimamanda (2012) *Todos deberíamos ser feministas*. Literatura random house grupo editorial, Barcelona, 56 pp.
- 47.- Oehmichen, Cristina (2014) *La etnografía y el trabajo de campo en las ciencias sociales*, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, México, 376 pp.
- 48.- Orozco, Amaia (2007) *Cadenas Globales de Cuidado*. Naciones unidas instraw, República Dominicana, 31 pp.
- 49.- Plan de desarrollo municipal de Ixtapaluca 2022-2024. Gobierno de Ixtapaluca. Consultado el 7 de agosto de 2022. [Revisión Final Plan de Desarrollo Municipal de Ixtapaluca 2022-2024](#)
- 50.- Plan de desarrollo municipal de Juchitepec 2022-2024. Gobierno de Juchitepec. Consultado el 7 de agosto de 2024. [Ayuntamiento de Juchitepec Plan de Desarrollo Municipal de Juchitepec-2022-2024](#)¹⁰

- 51.- Robles, Anabel (2020) *La ciudad de los afectos: un acercamiento a la ansiedad en la experiencia de los habitantes de la ciudad de México y su relación con procesos económicos y de poder* [Tesis de maestría Universidad Autónoma Metropolitana TESIAMI]
52. Romero, Laura (2025) “Casi 12% de la población sufre de enfermedad renal crónica en México” en *Gaceta UNAM* G5549, México, pp. 20-21.
- 53.- Rubio, Susana (2020) “Diversidad cultural en salud, competencia de la enfermería transcultural” en *Enfermería cardiológica* N°80 volumen 30, Madrid, pp 1-7.
- 54.- Secretaria de Salud (2013) NOM-019-SSA3-2013. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Diario Oficial de la Federación 2 de septiembre del 2013. (México). ³
- 55.- Universidad Nacional Autónoma de México- Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, *Antología de Teorías y Modelos de Enfermería*, 2 edición México 2009. UNAM-ENEO. pp 313. ²
- 56.- Universidad Nacional Autónoma de México- Facultad de Enfermería y Obstetricia, Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería. México: UNAM-ENEO. 2022.²³
- 57.- Winker Gabriele y Degele Nina (2011) “Interseccionalidad as multi-level análisis: dealing with social inequality”, en *European Journal of Women’s Studies*, 18 (1). Germany, Pp.51-66.
- 58.- Wolf, Virginia (2019 [1926]) *Estar enfermo*. ALBA editorial, Barcelona, 104 pp.

ANEXOS

El producto de la investigación, revisión de textos y etnografías no solo se verá reflejada en una nota en mi Kardex de calificaciones, me es grato comentar que las reflexiones han trascendido del espacio académico universitario y se situaron en un curso hospitalario titulado: “Cuidados y salud: perspectivas integradas”, el cual tuvo lugar en el auditorio de Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, los días 25, 26 y 27 de junio del 2025, con temas realmente diversos (anexo programa) con participación de ponentes de diferentes espacios tanto educativos, como hospitalarios, comunitarios, artísticos y con cargos públicos; se contó con la asistencia de personal interno y externo de enfermería en activo así como de pasantes del servicio social incluso las gestoras de enfermería del mismo hospital, un curso que llenó de satisfacción a asistentes y organizadores ya que fue el primer curso de su tipo, cumpliendo con el objetivo de mirar otras maneras de reflexionar los cuidados, así como el propio ejercicio profesional. El compromiso no queda ahí, se trabaja en el proyecto de un seminario permanente de ciencias sociales y salud dentro de la misma institución con una sesión al menos mensual que permita expandir las reflexiones sobre estos temas a la comunidad hospitalaria.



Cuidados y Salud: Perspectivas Integradas

25, 26 y 27 de junio 2025



Horario: 7:30 a 15:00 horas



Sin costo



Modalidad: Presencial



Constancia



Teléfono: 55 59 72 96 00
55 59 72 97 00
55 59 72 98 00

Extensión: 1215



Auditorio del HRAEI

Carretera Federal México-Puebla Km. 34.5,
Pueblo de Zoquiapan, C. P. 56530,
Ixtapaluca, Edo. de México.



Email: acarino@hraei.gob.mx



Inscripción:

<https://bit.ly/inscursocuidadosalud25>

Fecha límite de inscripción:
24 de junio de 2025



f t i h hrael.gob.mx



Cuidados y Salud: Perspectivas Integradas

Programa Académico

Profesora Titular:
E.E.A.E.C Beatriz Pavón González

Profesor Adjunto:
E.E.P Daniel García Sandoval

Objetivo:
Integrar los conocimientos en el personal de la salud, basados en las ciencias sociales, en su práctica profesional hospitalaria.

Dirigido a:
Enfermeras, enfermeros, profesionales de la salud, recursos humanos en formación e interesados en el tema.

Junio 25 | 2025

Horario	Actividad
7:30 - 8:00	Registro de asistencia
8:00 - 8:50	Diversidad epistemológica en las ciencias de la salud: ¿Cómo se enseña la ciencia del cuidado? Dra. Esmeralda Soledad Covarrubias López <i>Profesora Investigadora - UAM Xochimilco</i>
8:50 - 9:40	Determinantes sociales de la salud y su impacto en el cuidado Mtra. Marlene Sánchez Vargas <i>Profesora Investigadora - UAM Xochimilco</i>
9:40 - 10:30	Panel de expertos: ¿Es la enfermería una ciencia social? Dra. Esmeralda Soledad Covarrubias López <i>Profesora Investigadora - UAM Xochimilco</i> Mtra. Olivia Arcos García <i>Gestora de Enseñanza, Investigación y Capacitación Continua de Enfermería - HRAEI</i> Mtra. Arianeth Edith Bahena Armillas <i>Coordinadora del Posgrado de Enfermería Quirúrgica - HRAEI</i> Coordinadora: Dra. Ivonne Areli García Santa Olalla <i>Coordinadora de Programas de Innovación y Posgrados en Enfermería - HRAEI</i>
10:30 - 11:00	Inauguración
11:00 - 11:20	Receso
11:20 - 12:10	Enfermería intercultural, ¿existe? Mtra. Paula Guevara Lara <i>Profesora Universidad Intercultural del Estado de México - Asociación de Parteras Profesionales</i>
12:10 - 13:00	Género: "División sexual de los cuidados." Los hombres en la enfermería Mtro. Marcio Jimenez Gutiérrez <i>Enfermero Adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos - HRAEI</i>
13:00 - 13:50	Interseccionalidad en las ciencias de la salud Mtra. Berenice Vargas García <i>Profesora Investigadora UAM Iztapalapa</i>
13:50 - 14:40	Mesa de discusión Injusticia epistémica: Experiencias en la enfermería de práctica avanzada E.E.P María Concepción Reynoso Vallejo <i>Enfermera Especialista Perinatal Adscrita al Servicio de Ginecología y Obstétrica - HRAEI</i> M.T.H y E Catalina Santana Romero <i>Líder de la Clínica de Heridas - HRAEI</i> Mtro. Eder Alan Villegas Sánchez <i>Enfermero Especialista Adscrito al Servicio de Urgencias - HRAEI</i> Coordinadora: EEAEC Beatriz Pavón González <i>Adscrita al Servicio de Terapia Intensiva - HRAEI</i>



f t i h hrael.gob.mx

Junio 26 | 2025

Horario	Actividad
7:30 - 8:00	Registro de asistencia
8:00 - 8:50	El cuidado como hecho cultural Dr. Víctor Manuel García Torres Académico Facultad de Enfermería y Obstetricia - UNAM
8:50 - 9:40	El cuerpo en la práctica enfermera: Biopolítica y control Dra. Silvia Gabriela Hernández Salinas Médica Tradicional y Partera
9:40 - 10:30	Investigación cualitativa en enfermería: Herramientas desde otras ciencias Dra. Ivonne Areli García Santa Olalla Coordinadora de Programas de Innovación y Posgrados en Enfermería - HRAEI
10:30 - 10:50	Receso
10:50 - 11:40	El rol de la enfermera como agente de cambio social E.E.N Alma Alicia Urrutia Tinoco Jefe de Servicio de Quirófano - Hospital Nacional Homeopático
11:40 - 12:10	Mercantilización de los cuidados enfermeros Mtro. Armando Sánchez Reyes Profesor Adscrito a la Facultad de Enfermería y Obstetricia - UNAM
12:10 - 13:20	Mesa de diálogo El Trabajo de cuidados. ¿En dónde estamos y hacia dónde vamos? Lic. en Enf. Fabián Infante Valdez Enfermero Adscrito al Servicio de Hospitalización - HRAEI Mtra. Isabel Guzmán García Secretaria General CES 103 - HRAEI Lic. Arturo Don Juan Horta Enfermero Adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva - HRAEI Coordinador: Mtro. Ulises Nava Vergara Médico Adscrito al Servicio de Urgencias - HRAEI
13:20 - 14:10	Políticas de cuidados en México: Sistema nacional de cuidados. ¿En dónde están las enfermeras? Dr. Héctor Olivera Carrasco Coordinador de Enseñanza de Enfermería - CCINSHAE
14:10 - 15:00	La representación en el cine de la enfermería mexicana Mtro. Barut Cruz Cortes Académico de la Facultad de Enfermería y Obstetricia - UNAM

Junio 27 | 2025

Horario	Actividad
7:30 - 8:00	Registro de asistencia
8:00 - 8:50	Arte y ciencia. Tlapahtekuanetl, el Árbol de la medicina Lic. Emilia Solís Artista Visual
8:50 - 9:40	"Del otro lado", ¿quién cuida de quienes nos cuidan?. A propósito de un caso Mtra. Cecilia Luna García Enfermera Especialista Adscrita al Servicio de Hospitalización Pediatría - HRAEI
9:40 - 10:30	Pimping: Relaciones de poder en la educación clínica Dr. Abraham Díaz Ramírez Médico Adscrito al Servicio de Terapia Intensiva - HRAEI
10:30 - 11:00	Receso
11:00 - 11:50	Maneras diversas de cuidar las Dis-CAPACIDADES Dr. Oswaldo Ángeles Zavala Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia - UNAM
11:50 - 12:20	Enfermería descolonial. Otras maneras de cuidar y de curar Mtra. Vianey Reyes García Directora General de la Revista CuidArte "El arte del cuidado" - Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM
12:20 - 13:00	En busca de la flexibilidad en políticas hospitalarias, más incluyentes y empáticas Mtra. Dulce Belén Bastida Hernández Jefa de Trabajo Social - Hospital Municipal Ixtapaluca "Leona Vicario Bicentenario"
13:00 - 13:50	Implementación del Modelo de Atención a la Salud con Mecanismos Incluyentes (MOASMI) Mtra. Verónica García Hernández Gestora del Cuidado y Calidad de Enfermería- HRAEI