

EL CUIDADO EN DISPUTA : ENFERMERÍA COMO IDENTIDAD POLÍTICA E IDENTIDADES SUBALTERNIZADAS

CARE IN DISPUTE : NURSING AS POLITICAL IDENTITY AND SUBALTERN IDENTITIES

Est. Yael Bernat Aguirre

yaelaguirre@mdp.edu.ar // <https://orcid.org/0009-0008-1176-7588>

Est. Eva Monica Martin

evamartin@mdp.edu.ar // <https://orcid.org/0009-0000-1168-4055>

Filiación Institucional:

Departamento de Enfermería/Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social/
Universidad Nacional de Mar del Plata

Fecha de presentación: 30/10/2025

Fecha de aceptación: 16/12/2025

“No queremos ser más esta humanidad”

Susy Shock.

Resumen

El presente trabajo es una invitación a pensar el modo en que se concibe el cuidado dentro de las prácticas de enfermería, entendiéndolo como un acto que no deja de estar atravesado por relaciones de poder, posicionamientos políticos y estructuras socioculturales que, muchas veces, son productoras de exclusión. Se problematiza la falta de accesibilidad y permanencia de quienes logran acceder al sistema de salud. Se pone énfasis en identidades subalternizadas abordando las problemáticas desde una perspectiva situada, crítica e interseccional. Se propone pensar la enfermería no solo como profesión, sino como identidad política, que toma postura frente a las inequidades, y actúa como una fuerza capaz de resistir y transformar las lógicas que incluyen a cuerpos “esperados” dentro del sistema, pero excluyen identidades no hegemónicas. Para ello se profundiza en los aportes de los transfeminismos, de identidades históricamente marginalizadas y marcos legales que ayudan a cuestionar la neutralidad del cuidado para situarlo como una práctica ética y política.

Palabras clave: Enfermería, Cuidado, Identidad política, Identidades subalternizadas.

Abstract

This paper invites us to reflect on how care is conceived within nursing practices, understanding it as an act that is inevitably influenced by power relations, political positions, and sociocultural structures that often lead to exclusion. It highlights the lack of accessibility and permanence for those who manage to access the healthcare system. It emphasizes subaltern identities, addressing issues from a situated, critical, and intersectional perspective. It proposes thinking about nursing not only as a profession but also as a political identity that takes a stand against inequalities and acts as a force capable of resisting and transforming the logic that includes “expected” bodies within the system but excludes non-hegemonic identities. To this end, it delves into the contributions of transfeminisms, historically marginalized identities, and legal frameworks that help to question the neutrality of care in order to situate it as an ethical and political practice.

Keywords: Nursing, Care, Political Identity, Subaltern Identities.

1- Introducción

Tanto en experiencias personales con el sistema de salud, experiencias de pares, y prácticas como estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad de Mar del Plata, hemos podido observar que el cuidado no es neutro, pero sí se lo disfraza de neutralidad.

Muchas veces se lo suele presentar como un acto meramente “humano”, desinteresado, universal, y en los casos más reduccionistas, como una técnica a seguir, a cumplir a rajatabla como una ecuación matemática mediante la cual siempre se va a llegar al mismo resultado, sea este positivo o no, que es curar a la persona. Incluso es común observar técnicas o prácticas de cuidado que se reproducen hace años de manera sistemática, por costumbre, inercia o incluso por transmisión intergeneracional, como algo que se realiza así porque se aprendió de esa manera, sin pensar o cuestionar sobre su fundamento científico ni ético. Tal es el caso de la falta de planes individualizados donde se utilizan acciones predeterminadas sin evaluar si es realmente necesaria para la persona, o el trato infantilizado hacia les usuaries, que si bien no es algo que se enseñe ni promueva en los espacios de formación, sucede en la cotidianidad.

Pero si hablamos del “lado b”, el cuidado también está profundamente atravesado por relaciones verticalistas de poder, por decisiones políticas y por contextos sociohistóricos y culturales que rigen a la hegemonía, es decir, a los rasgos dominantes de

la sociedad donde se sitúa. Pero como advierte Butler (2020), el problema no es la universalidad en sí misma, sino cuando esta no es sensible a las particularidades culturales ni se reformula en función de las condiciones sociales de quienes incluye dentro de su campo de aplicación (p. 17).

En el campo de la salud, pero especialmente en enfermería, estas disputas se expresan en quiénes ejercen el cuidado, a quiénes se lo brinda, y sobre todo de qué manera se hace. A pesar de estar explícito en la Ley 24.004 de Ejercicio de Enfermería, en los artículos 10 y 11 y en el artículo 1º inciso b, que se debe respetar la dignidad humana sin distinción alguna garantizando respeto y consideración hacia la personalidad de le usuarie y sus creencias, y en la Ley 26.743 de Identidad de Género, que reconoce el derecho de todas las personas a ser tratadas conforme a su identidad, aún hay quienes hacen caso omiso de estas normas en sus prácticas cotidianas, vulnerando derechos fundamentales y reforzando exclusiones hacia personas trans y otras identidades no hegemónicas.

Es por esto que proponemos el ejercicio de pensar el cuidado como un territorio en disputa, donde se vuelve imprescindible cuestionar y repensar las jerarquías que operan en los grupos sociales, en la estructura del modelo médico hegemónico (MMH) y en consecuencia, las exclusiones que impactan directamente sobre cuerpos e identidades subalternizadas, arrojandolas a los márgenes de la sociedad, donde muchas veces el cuidado ni siquiera llega.

Siguiendo esa misma línea, Breilh (1999) introduce el concepto de “los sin poder” para

describir a las identidades que habitan en dichos márgenes. Pero menciona que si bien pueden carecer de acceso a ciertos recursos, también desarrollan una mirada crítica con capacidad de incidir en la producción de saberes y en su propio bienestar.

Para comenzar a pensar en cómo transformar el acto de cuidar en una práctica que aloje a todas las personas en equidad, quizá sea oportuno poder introducir el concepto de la enfermería como identidad política y no solamente como una profesión que entre otras cosas, brinda cuidado. En ese sentido, como señala Butler (2020), “las normas no nos deciden de una manera determinista, aunque sí proporcionan el marco y el punto de referencia para cualquier conjunto de decisiones que tomemos a continuación” (p. 37). Cuestionar las violencias de la lógica biomédica, de la injusticia epistémica y por ende, de la falta de la construcción de conocimiento con base situada, puede ser una manera de transformar las prácticas de cuidado para que las identidades subalternizadas, oprimidas por el cissexismo, racismo, capacitismo, colonialismo, y demases sistemas de opresión, puedan no solo tener una mayor accesibilidad, y permanencia dentro del sistema para mejorar y mantener sus saludes.

En muchos de estos casos, el cuidado que se ofrece desde las instituciones, tanto públicas como privadas, está sesgado, es mínimo, iatrogénico o directamente (y por lo general) inexistente, faltando también a lo expresado en la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, donde deja explícito que la persona tiene derecho a ser asistida por les profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición.

Nos preguntamos entonces ¿Qué tipo de cuidado ofrecemos como profesionales cuando no nos preguntamos desde dónde cuidamos, cómo y para quién? ¿Somos realmente neutrales en nuestra práctica? ¿Existe dentro de ella la meritocracia en cuanto a les sujetos de cuidado?

A través de una mirada situada y crítica, basándonos en experiencias comunitarias, aportes de los transfeminismos, e identidades subalternizadas, buscamos problematizar la idea del cuidado como acto asistencial y abogar por una práctica, o mejor dicho, una identidad

enfermera que asuma su dimensión política, ya que como advierte Haraway (2018) “la lucha política consiste en ver desde las dos perspectivas a la vez, ya que cada una de ellas revela al mismo tiempo tanto las dominaciones como las posibilidades inimaginables desde otro lugar estratégico” (p. 20). Cuidar, en contextos donde impera la violencia, es una decisión, que como todo acto humano, no deja de ser político.

2– Metodología

El presente ensayo se desarrolla desde una metodología cualitativa, crítica e interpretativa que busca problematizar las prácticas de cuidado y la relación con las estructuras de poder. Se intenta comprender desde un enfoque fenomenológico, las experiencias y posicionamientos políticos que atraviesan les enfermeras y las de les usuaries durante las prácticas en la atención primaria.

Este análisis se realizó a partir de una revisión bibliográfica de diferentes autoras y autores que aportan marcos teóricos vinculados a la epistemología feminista, los transfeminismos y la teoría crítica de la salud, tales como Butler, Haraway, Breilh, Wayar, Crenshaw, Sandoval y Merhy, entre otros. También se realiza un estudio de marcos legales vigentes en Argentina (Ley 24.004 de Ejercicio de la Enfermería, Ley 26.743 de Identidad de Género, y Ley 26.529 de Derechos del Paciente), que permiten situar el análisis dentro del contexto normativo nacional.

Se incorporan relatos y testimonios de personas pertenecientes a identidades subalternizadas que han atravesado experiencias de exclusión o maltrato dentro del sistema de salud. Estos testimonios se presentan con nombres fantasía a fin de cuidar la identidad de quienes los brindaron. Los relatos, obtenidos de espacios comunitarios y de experiencias compartidas en el marco de la formación en enfermería, son interpretados desde una mirada situada e interseccional, entendiendo que las vivencias personales son también producto de relaciones estructurales de poder.

El análisis crítico y reflexivo intenta describir cómo el proceso de investigación puede ser un acto político en sí mismo. Es por eso que, se asume que quien investiga no es neutral ni externo al objeto de estudio, sino parte activa del campo del cuidado, si no que se implica en las mismas dinámicas que se busca

problematizar. Desde esta posición epistemológica e ideológica, el trabajo propone dar entidad a las tensiones y disputas dentro del cuidado enfermero y reivindicar la práctica como identidad política capaz de resistir, transformar y generar conocimiento desde la experiencia.

3- Enfermería como identidad política

El concepto de identidad política comenzó a utilizarse en la década del '70, más precisamente en 1977 por The Combahee River Collective Statement, un movimiento clave en el feminismo negro, para introducir la idea de que las luchas más profundas partían directamente de su identidad en base a la opresión que la violentaba. Las personas oprimidas luchan desde los lugares concretos en los que sus cuerpos, sus historias y sus existencias son negadas y violentadas. Entonces la noción de identidad política no es sólo una categoría identitaria, es posicionamiento ético, colectivo y consciente que articula resistencia, produce conocimiento e impulsa una transformación.

Pensar en trasladar esa noción de identidad al ámbito del cuidado, y en específico a la enfermería puede resultar significativamente enriquecedor, sobre todo si se piensa en la historia de la profesión, cuya importancia ha sido soslayada bajo la jerarquía de la lógica del campo de la salud, que toma como profesión superior a la medicina, y sobre todo aquella ejercida por varones hetero-cis y blancos.

Concebir la idea de la enfermería como identidad política, entonces, implicaría reconocer que no se cuida desde la neutralidad, ni sería equitativo hacerlo. Quien ejerce cuidado lo hace desde un cuerpo que tiene historia, género, clase, cultura y territorio, pero principalmente, quien recibe o construye conjuntamente el cuidado también. Por eso es que la práctica exige desarmar no sólo las estructuras verticalistas del sistema de salud, sino también los modos en que nos pensamos como sujetos profesionales.

Identificarse políticamente como enfermere implica reconocer que no sólo se brinda un cuidado, sino que se interviene en la reproducción o en la interrupción de violencias estructurales. Claro que muchas veces puede resultar difícil no naturalizarlas cuando la misma profesión es también víctima de múltiples actos de violencia económica, laboral, e institucional,

que si bien jamás justifica otro accionar violento, puede llevar a la omisión de ello.

Desde esta perspectiva, la enfermería no puede ser pensada exclusivamente como una práctica técnica que se reproduce sistemáticamente casi por repetición e inercia, ni atender en base a planes de cuidado estandarizados. Es necesario pensarla como una práctica política, no partidaria, situada, crítica, interseccional, y comprometida a transformar las condiciones de desigualdad estructural que atraviesan tanto a quienes cuidan como a quienes son cuidados, dejando de internizar las prácticas que sostienen la exclusión. Si cuidar es un acto político, la identidad enfermera no puede ser neutra.

Santoro (2019) explica en el capítulo 3 de Cuerpos Marcados (López y Platero, 2019) que “las políticas públicas en el ámbito del cuidado y la prevención de la salud constituyen uno de los lugares centrales en los que el poder se pone en acción, marcando los cuerpos, las vidas y las subjetividades” (p. 87), entonces si podemos reconocer esas marcas, esas huellas que dejan en los cuerpos y subjetividades, ¿qué esperamos para entrar en acción?

Reconocer una identidad política enfermera es también una forma de defender la profesión frente al silenciamiento histórico, la falta de jerarquía dentro del sistema, el disciplinamiento de nuestras emociones y nuestras formas de cuidar, posicionarnos políticamente nos permite recuperar agencia, autonomía y sentido colectivo, sobre todo frente a tanto terreno perdido por el surgimiento de hiper especializaciones que fueron reemplazando el trabajo enfermero en diversas áreas.

Pero retomando el posicionamiento frente al cuidado, es importante reconocer que no sólo se trata de una disputa por jerarquías institucionales o reconocimiento profesional. El cuidado está en lo cotidiano, en lo más mínimo, en cada palabra o decisión que se tome respecto al cuerpo e identidad de le otre, no debemos olvidar que, aunque se trabaje de manera horizontal incluso, habrá diferencia de poderes entre profesionales y usuarios o sujetos de cuidado, por eso pensar y repensar antes de actuar para hacerlo a conciencia es fundamental. Como señala Emerson Merhy (2006), cada encuentro entre quien cuida y quien es cuidado constituye una micropolítica relacional, un espacio donde “siempre existe una disputa entre

quien cuida y quien es cuidado”. Esto nos obliga a revisar críticamente cómo operamos en esos intercambios: ¿reproducimos las lógicas cissexistas, racistas, capacitistas, coloniales? ¿O generamos espacios donde puedan desarmarse esos mandatos?

Asumir una identidad política enfermera es una práctica cotidiana que implica elegir, una y otra vez, cuidar con consciencia, desde una mirada situada, crítica e interseccional. Supone reconocer que cada acto de cuidado está atravesado no sólo por relaciones de poder, sino por discursos que habilitan o niegan ciertos cuerpos, por estructuras que definen qué vidas son merecedoras de ser cuidadas y cuáles quedan fuera sin cuidado ni oportunidad. La enfermería, en este sentido, debería ser un espacio político donde se disputen sentidos sobre saludes, enfermedad, autonomía y dignidad.

Es necesario reconocer que el cuidado puede transformarse en cómplice del “cis-tema” y la opresión, en las micropolíticas se reproducen o se desarmen las violencias estructurales. Y es ahí donde el gesto más simple puede volverse un acto de resistencia. Cuidar con consciencia implica repolitizar lo sensible, militar la ternura, reconocer que los cuerpos cargan historias, marcas, e identidades, pero también desigualdades que deben revertirse. Es tiempo de correr el eje, de ser herramientas de transformación, y practicar una ética del encuentro, donde el otro no sea objeto de intervención, sino sujeto de derecho.

Entonces nos preguntamos, ¿estaremos todos dispuestos a repensar nuestras prácticas?, esta es una invitación a desnaturalizar la obediencia, a ser terques e insistir en las cosas que creamos necesarias modificar.

4- Cuerpos y saberes subalternizados en la práctica del cuidado

Para comenzar proponemos pensar en las siguientes preguntas: ¿Quiénes pueden hablar de saludes? ¿Con qué cuerpos y desde qué cuerpos se construyen los saberes? ¿El cuidado es verdaderamente ético cuando no se construye en conjunto con quien lo recibe?

Según Wittig (1978) el lenguaje tiene el poder de crear y sostener las categorías sociales, si bien lo aplica particularmente a las de géneros y sexualidades, da cuenta que el lenguaje no sirve sólo para dar nombre a, sino

que construye desde una lógica que naturaliza las relaciones de poder. También menciona que como una cuestión política ha aparecido recientemente, pero advierte que desde la época clásica de los griegos las técnicas oratorias ejercían poder político. Si el lenguaje de la biomedicina incluyendo al enfermero, continúa replicando categorías universales, binarias, y por lo tanto patologizantes, entonces el cuidado que se brinda desde ese lugar seguirá estando atravesado por una visión completamente excluyente.

Complementariamente Wayar (2018) menciona que “hay que pensar otras formas de futuro y romper el lenguaje, porque esa ruptura del lenguaje nos permite que podamos romper nuestros pensamientos y sentimientos y acciones. Tiene que haber coherencia entre el pensar, el decir y el accionar.” (p. 124)

Crenshaw (1989), comienza a desarrollar el concepto de interseccionalidad en su ensayo “Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics”, donde critica cómo las mujeres negras no estaban contempladas por el racismo en igual manera que los hombres, ni tampoco por el sexismo, que contemplaba en su gran mayoría a las mujeres blancas. Entonces daba cuenta de cómo las estructuras de poder y opresión no actuaban de manera aislada, sino que se entrelazaban y generaban múltiples espacios de exclusión simultáneos. En base a eso, podemos afirmar que no es lo mismo ser una persona trans migrante, joven y con un empleo registrado, que una persona trans adulta, migrante, sin acceso a educación formal ni empleo registrado; del mismo modo que no es lo mismo ser una persona cisgénero heterosexual y neurodivergente, que una persona cisgénero homosexual, neurodivergente y pobre.

En estos casos ficticios, pero no irreales, se puede evidenciar cómo las diferentes dimensiones que construyen la identidad de las personas pueden entrecruzarse y generar múltiples opresiones a la vez. Porque como menciona Millet (2019) “vivimos en un mundo cissexista, racista, capacitista, xenófobo, especista, heteronormado, clasista, gordofóbico, cuerdista; injusto. Sin dudas vivimos en un mundo que expresa sus injusticias de formas infinitamente variadas.” (p. 84)

El solapamiento de estos múltiples sistemas de

opresión puede verse reflejado en diversas áreas como la educación, la economía, el ámbito laboral, la salud y la justicia, evidenciando cómo ciertos cuerpos e identidades parecieran valer menos que otros y, por lo tanto, deben enfrentar más barreras a la hora de acceder a servicios básicos, como en el caso que nos compete, el acceso a la salud y particularmente, al cuidado.

Esas barreras a las que deben enfrentarse las diferentes identidades subalternizadas, no sólo implican un obstáculo a la hora de acceder al sistema de salud, sino que muchas veces, también limita o impide su permanencia dentro de él. Y esto no es una cuestión menor si hablamos de salud integral, porque no es solamente lo biomédico lo que se descuida, sino la integridad de la persona, aumentando y reforzando espacios de crueldad que exponen a vulnerabilidades, que muchas veces es difícil reparar. Teniendo en cuenta que cuando hablamos de cuidado hablamos de salud integral, no podemos dejar de lado estas cuestiones que hacen a la construcción de la identidad.

En su gran mayoría los espacios de salud actúan bajo la lógica biomédica que acostumbra a pesar, medir, diagnosticar, fragmentar, y luego derivar al área más indicada según cada patología, a cada cuerpo para ser atendido. Y teniendo en cuenta que debemos abordar el cuidado desde una mirada integral, ¿podemos entonces separar lo social de lo clínico cuando brindamos atención a una persona que ya ha pasado por una situación de vulnerabilidad?

Hemos visto tanto en propias experiencias como en relatos de pares y amigos, que es muy común que, al llegar a una consulta se les brinde atención en base a lo que le profesional considera que es una característica dominante. Es decir, si la persona es trans, se cree que acude a la consulta por una cuestión hormonal; si la persona tiene un cuerpo gordo, se le aconseja que realice dieta, beba agua y haga ejercicio; si la persona es neurodivergente el problema se adjudica a una medicación que ni siquiera fue expuesta por la persona misma y se deriva a un psiquiatra. Entonces pareciera que las personas no pueden acudir a una consulta por alguna particularidad que no esté relacionada con sus identidades.

Esta forma de atención es muy común y demuestra el modo en que la práctica se guía más por estereotipos que por la verdadera escucha, entonces en lugar de considerar la

singularidad de cada persona, se la ubica dentro de categorías ya definidas, dónde se la despoja de identidad, y se la diagnostica en base a lo que le profesional que la atiende considera oportuno, reafirmando no sólo la asimetría de poderes, sino que reproduciendo una mirada sumamente patologizante, heterocisnormativa, y en muchos casos, también capacitista.

Así como Millet (2019) utiliza el concepto de “escáner del género” para describir el proceso mediante el cual se le asigna un género a una persona a través de ciertos rasgos, sentidos y modismos, pareciera que el personal de salud en base a esa característica que considera “dominante”, adjudica instantáneamente una patología y por ende un proceso de cuidado o restitución de su salud sin saber aún el verdadero motivo por el cual la persona ha llegado allí.

Estas respuestas automatizadas no sólo invisibilizan la subjetividad de quien acude a la consulta, sino que además obstaculizan el verdadero motivo de ella reforzando estigmas, prejuicios e incrementando la violencia estructural tanto por parte del sistema como de la sociedad, buscando la respuesta clínica a un posible diagnóstico y no atendiendo el problema real.

Un claro ejemplo de eso es el relato de una persona que ha pasado por dos internaciones por motivos de salud mental y que si bien eran les enfermeras quienes debían cuidarle, eran ellos mismos quienes más violentaban a su persona. Ha pasado por destrato, por gritos en momentos de angustia dónde le decían, aún encontrándose en llanto, que de esa manera no saldría más de allí. La falta de escucha también era extrema, ya que no dejaban que vea a le medique salvo que sea por una emergencia, pero tampoco eran capaces de escuchar que era lo que le estaba pasando, y estas situaciones no las ha vivido como episodios aislados, sino que eran constantes. Todos estos hechos han repercutido hasta el día de hoy de manera negativa en su salud integral, según sus palabras textuales:

“Empecé a tener miedo de atenderme en la salud , así que poco a poco fui perdiendo la capacidad de ir a un hospital o ir al médico a atenderme por tener miedo al maltrato, eso se fue incrementado dejándome afuera del sistema de salud. A punto que

cuando llega el Covid, me seguía pasando que yo le tenía mucho miedo en particular a les enfermeras y al intentar anunciarlo y explicar que me daba temor, me pasó de ir a vacunarme y no poder hacerlo, me negaron un derecho básicamente, porque al hablar con la enfermera y explicarle que le hablaba entrecortado porque me daba miedo, no me entendía y me me empezó a maltratar, me despertó una crisis y terminé en la puerta del lugar sin vacunarme y con tres patrulleros que llamaron porque a mí me había dado un ataque, esa situación se repitió muchas veces en mi vida...me llevo muchos años de terapia poder volver a entrar a una clínica y aún así, si lo tengo que hacer elijo hacerlo acompañade y no solo por el maltrato que sufrí y el miedo que me da estar en una situación vulnerable y vuelvan a abusar de su poder en ese sentido". (María, 34 años)

En los relatos de las personas que han sufrido maltrato por parte del personal de salud, suele repetirse esta situación de angustia y miedo, sobre todo a enfermería, y cómo esto puede derivar en un alejamiento sostenido del sistema sanitario. Tal es el ejemplo del siguiente testimonio:

"Caí en un hospital y no me respetaron ni mi nombre ni mi pronombre. Sería bueno que por parte del personal sea todo un poco más integral y ameno, porque realmente es salud, es necesario y a veces nos dejamos estar, nos dejamos morir porque lo preferimos antes que caer en un espacio donde no nos sentimos cómodos. Tuve que caer en un hospital, y tuve que ir con amigas que estaban dispuestas a dar la batalla, me decían que no atendían esa área, ninguna de las enfermeras me quería atender. Me internaron como un masculino, me internaron en una habitación donde solo había varones cis porque así estaba en el

documento, fue super violento el trato. Yo por eso no me estaba atendiendo en el sistema de salud y me estaba dejando estar la hepatitis por ese trato. Tuve otra experiencia bastante grave, que ejerciendo el trabajo sexual, había tenido una violación, un abuso sexual por parte de un cliente que terminó en un desgarró anal y HPV, y fue super incómodo, super estigmatizante, me atendió una enfermera mayor que hacía comentarios...siempre es una lucha para nosotros y nosotras atendernos en el sistema de Salud Pública y es un motivo de ansiedad, mi herramienta es no ir sola." (Martina, 25 años)

Estos relatos evidencian la forma en que las violencias institucionales dejan huellas que exceden exclusivamente al momento de atención, no son sólo "malas experiencias" que se dan de manera aislada, sino que son prácticas normalizadas que generan miedos, desconfianza y por ende, desalientan el acceso a los espacios de cuidado. El maltrato es reiterado y prueba de ello también lo es el siguiente relato:

"Me tomé la presión en una farmacia. Me dijeron que vaya a la guardia porque la tenía muy alta, antes de saber que era hipertensa. Cuando llego a la clínica y me ve la enfermera me toma la presión. No me escuchaba bien, tengo el pulso muy bajito. Entonces empezó a apretar más el tensiómetro y quejarse diciéndome que como era gorda le complicaba el trabajo, que tenía que bajar de peso para que me puedan evaluar. O sea, el problema era mi cuerpo, no el tensiómetro pequeño y su mala onda. Le dije que se me escuchaba muy bajito el pulso, que me estaba lastimando. Me dijo que no tenía que ser tan descuidada con mi cuerpo, que después todo era más difícil para los que me tenían que atender, que a lo sumo salía con unos moretones. Le dije que si tenía un mal día no era mi culpa y en todo caso la que estaba yendo a la guardia porque se sentía mal

era yo. Ahí se quedó callada. Me pasó como baja prioridad en una guardia llena. Tenía la presión en 19.” (Camila, 37 años)

Según el Mapa Nacional de la Discriminación, un estudio nacional del que participaron mas de 11. 000 personas realizado por el (ahora inexistente) INADI en 2019, Argentina es un país con una alta tasa de discriminación, siendo que el 93 % de la población de las zonas relevadas de nuestro país perciben que se discrimina mucho o bastante, entendiendo por discriminación el 41% de les encuestados como segregación/maltrato, y el 36 % como negación de derechos, el 23% restante la define como estigmatización/prejuicios. Dentro de los grupos más discriminados se encuentran personas gordas, personas trans y personas de aspecto racializado para describir un estereotipo instalado relativo a la juventud, la peligrosidad y la marginalidad, asociado con la criminalización de la pobreza. Estos no son datos menores siendo que son quienes mayormente advierten maltrato o violencia por parte de los sistemas de salud, tanto públicos como privados.

Frente a esta lógica que escapa al verdadero sentido del cuidado, y por lo tanto nos atrevemos a decir, de la esencia de la enfermería (o al menos de la que debería ser) es que debemos dar lugar al conocimiento situado de las personas desde la escucha activa, co-construir un plan de cuidado que contemple todas las dimensiones de la misma y contemplarnos a nosotres mismos enfermeros como actores políticos.

Chela Sandoval (1984) propone el modelo de “conciencia opositiva”, un modelo de identidad política, que surge desde los feminismos marginales, poscoloniales, e implica posicionarse crítica y estratégicamente frente a las estructuras hegemónicas, dominantes, que perpetúan estructuras de opresión en base a las interseccionalidades reconociendo, además, la heterogeneidad dentro de ellas y la falta de múltiples voces dentro de cada categoría. Si aplicamos este concepto al campo de la salud, pero específicamente a la enfermería, significaría reconocer que estamos dentro del sistema, pero no como una parte pasiva de él. Sino como sujetos capaces de transformar las prácticas que siguen reproduciendo desigualdad.

La conciencia opositiva, enfatiza la movilidad o la habilidad de moverse de manera

estratégica, es decir, la capacidad de adaptarse, negociar y actuar según el contexto, pero sin perder la perspectiva crítica y enfrentar el desafío de mantenerla cotidianamente, sobre todo frente a las presiones del sistema y las instituciones dónde trabajamos. Este modelo es indispensable para pensarnos como identidad política, porque nos permite reconocer que cada gesto, cada decisión y cada interacción dentro del sistema de salud tiene peso ético y político.

Adoptar la conciencia opositiva, nos ayudaría a cuestionar tanto los mandatos institucionales, como las propias acciones que, al estar tan naturalizadas, pasan como actos de violencia inadvertidos, lo que hace más difícil que se puedan transformar.

5- Conclusión

Es necesario pensar, o mejor dicho practicar, una enfermería que no se limite a la reproducción de un conjunto de técnicas, que no se quede solamente en el vacío de la idea de la escucha activa, de la comprensión. Sino que se permita cuestionar activamente las jerarquías del MMH, las lógicas biomédicas de normalización y etiquetación de los cuerpos, y los modos en que se construye el cuidado.

Cuidar es un acto político que debe hablar de posicionamiento frente a la violencia, la inequidad, la opresión, y está en nuestras manos el poder de transformar esos espacios desde micropolíticas dónde se construya junto a la persona, contemplando sus subjetividades, sus posibilidades, y sobretodo, su deseo.

Lorey (2017) indica que “los sujetos no son solo el producto nunca concluido de las relaciones de poder y dominación, sino que también producen dichas relaciones y por lo tanto son campos de partida de prácticas de resistencia.” (p. 39), nos preguntamos entonces si enfermería no podría acaso romper con esas relaciones de poder que ejerce el MMH sobre la profesión y actuar desde la resistencia como herramienta transformadora de las prácticas en los sistemas de salud.

Como enfermeros, muchas veces nos preocupa el terreno que venimos perdiendo dentro del sistema de salud. Quizá sea un buen comienzo no perder lo más importante, la confianza en nosotres mismos, la de quienes cuentan con nosotres, y recuperar la de quienes, dentro del sistema, no tuvieron oportunidad.

Porque es ahí donde existe toda posibilidad de transformación.

Para avanzar hacia esa transformación necesitamos compromiso ético y acciones concretas que hagan de la enfermería una profesión que practique el cuidado de una manera crítica, situada y equitativa. El deseo de cambio es necesario, pero no alcanza solo con eso, ni con ser conscientes de las desigualdades y las violencias estructurales. Tenemos que comprometernos con una formación que interpele, que no tenga miedo a hacer valer su voz, que promueva el valor del conocimiento situado, y pueda ser capaz de analizar las determinaciones sociales para reflexionar éticamente sobre el cuidado que se va a brindar.

Quizá sea motivo de otro ensayo reflexionar sobre el vacío que hay entre la formación y la práctica, y en qué momento las personas olvidan la afectividad al atender para transformarse en reproductores de técnicas sin contextualizar sus acciones. Nos preguntamos si es que la violencia del sistema las absorbe y las moldea, si acaso serán las condiciones laborales de precariedad, las jornadas extensas, la cantidad rebosante de pacientes por enfermarse, la falta de reconocimiento por todo lo que brinda la profesión a las sombras de otras con mayor jerarquía, o si simplemente hay quienes prefieren ir a su lugar de trabajo, cumplir con lo justo y no involucrarse mucho más.

Una posible respuesta para transitar el camino hacia el cambio que se necesita puede que se aloje en la formación académica. Se nos forma para trabajar con empatía y para ejercer un cuidado holístico, pero por lo general con cuerpos e identidades “esperadas”, que responden a la idea de normalidad que impone el MMH y la sociedad en general, dejando fuera a quienes no encajan en esos moldes de hegemonía, perfectamente diseñados para practicar la crueldad sin darnos cuenta de las violencias que ejercemos contra nuestra voluntad. De este modo el aprendizaje se termina dando dentro de límites invisibles que sin proponérselo, reproducen estas exclusiones que luego no tenemos herramientas para revertir.

¿Acaso cuando hablamos de respeto nos preguntamos de quienes son los cuerpos que se respetan? ¿Pensamos qué es lo humano cuando hablamos de cuidado humanizado? Porque si lo humano son esas personas que naturalizan y justifican la violencia, sea en mayor o menor

medida, entonces quizá el problema sea justamente ese, y debamos “deshumanizar” el cuidado en realidad. Porque como citamos al principio de este ensayo a Susy Shock, “no queremos ser más esta humanidad”. Puede que la formación termine generando profesionales competentes en la realización y conocimiento de técnicas y procedimientos, pero ¿qué tan útil resulta sin posicionamiento ético y político? Una enfermería que se piense autónoma tiene que formarse desde la incomodidad, desde la pregunta constante hacia nuestras propias certezas, desde la escucha hacia todo lo que no encaja en lo cotidiano. Formar profesionales críticos, es formar personas que comprendan al cuidado como acto político, no como un “servicio” o una “vocación”, necesitamos transformar la enfermería en un espacio de resistencia, de construcción colectiva, con memoria y una identidad propia en común. ¿Estamos realmente dispuestos a hacerlo? y si lo estamos ¿Podremos sostener el compromiso?

De todos modos, entendemos que la formación es sólo una de las patas necesarias para realizar y sostener el cambio. Ya que por sí sola no alcanza para lograrlo, sobre todo si las instituciones que habitamos luego no están dispuestas a revisar sus prácticas y protocolos. Quizá habilitar espacios institucionales de reflexión ética sobre las prácticas sea una opción posible, espacios donde podamos repensar cómo y desde dónde brindamos cuidado, qué violencias seguimos reproduciendo, y qué imaginarios seguimos sosteniendo en torno a las identidades que mayor opresión sufren. Sería útil que en estos espacios podamos sostener el diálogo entre pares para seguir tensionando los límites que nos impone el MMH, poder cuestionar protocolos patologizantes y construir así otras estrategias de cuidado más equitativas y justas. Reflexionar no sólo sobre cómo evitar el daño, sino poder asumir la responsabilidad política de transformar las condiciones para que ese daño se materialice.

Quizá el comienzo esté en nosotros, y en recordar siempre por qué elegimos este camino, recordar también que cuidar es sostener la ternura cuando el mundo empuja al olvido, que cada mínimo gesto puede ser el inicio de un cambio, y que toda práctica se vuelve política cuando nos atrevemos a imaginar otros futuros posibles, donde entre la resistencia y la ternura encontremos la

enfermería que queremos habitar.

6- Referencias bibliográficas

- Breilh, J. (1999). *La Inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género. Cuerpo, diferencias y desigualdades*. pp. 130-141
- Butler, J. (2005). *Dar cuenta de sí mismo. Violencia ética y responsabilidad*. Amorrortu Editores, 2020.
- Combahee River Collective. (1977). *The Combahee River Collective Statement*. <https://combaheerivercollective.weebly.com/the-combahee-river-collective-statement.html>
- Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics*. University of Chicago Legal Forum, 1989(1), Article 8. <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Haraway, D. (1991). *Manifiesto para cyborgs. Ciencia, tecnología y feminismo socialista a finales del siglo XX*. Letra Sudaca Ediciones, 2018.
- INADI Instituto Nacional contra la discriminación, la xenofobia y el racismo (2019). *Mapa Nacional de la Discriminación*.
- Ley N° 24.004 *Ejercicio de la Enfermería*. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. 1991.
- Ley N° 26.529 *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. 2009.
- Ley N° 26743 *Identidad de Género*. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. 2012.
- López, S & Platero, L. *Cuerpos marcados. Vidas que cuentan y políticas públicas*. Edicions Bellaterra, 2019
- Lorey, I. (1996). *Disputas sobre el sujeto. Consecuencias teóricas y políticas de un modelo de poder jurídico: Judith Butler*. Ediciones La Cebra, 2017.
- Merhy, E. (2021). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2021.
- Millet, A. (2020). *Cissexismo y salud. Algunas ideas desde otro lado*. Puntos Suspensivos Ediciones.
- Sandoval, C. (2000). *Methodology of the Oppressed. Theory out of Bounds*, Volume 18 University of Minnesota Press.
- Wayar, M. (2018). *Travesti/ Una teoría lo suficientemente buena*. Muchas nueces.
- Wittig, M. (1978). *El pensamiento heterocentrado./ El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Egales, 2005.