



Mendizábal, Javier Alejandro

La enfermería y la búsqueda de nuevos escenarios en la modernidad : reflexionando entre la idea de redistribución y reconocimiento



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Sin Obra Derivada 2.5
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

Documento descargado de RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes de la Universidad Nacional de Quilmes

Cita recomendada:

Mendizábal, J. A. (2018). *La enfermería y la búsqueda de nuevos escenarios en la modernidad: reflexionando entre la idea de redistribución y reconocimiento. Territorios del cuidado*, 2(1), 6-14. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/3510>

Puede encontrar éste y otros documentos en: <https://ridaa.unq.edu.ar>

La enfermería y la búsqueda de nuevos escenarios en la modernidad: Reflexionando entre la idea de redistribución y reconocimiento.

INTRODUCCIÓN

Introducción: La consolidación de la hegemonía médica, religiosa, patriarcal y del mercado de consumo en salud ha impreso en la enfermería mundial una huella asimétrica y de dependencia profesional que ha colonizado al cuidado para colaborar en sostener el status quo. Algunos avances y retrocesos en la ciudadanía de las mujeres y enfermería han vertebrado el proceso de profesionalización que ameritan revisiones conceptuales permanentes para inclinar la balanza de poderes. Objetivo: Analizar el cuidado antidemocrático y las relaciones desiguales en salud a partir de la propuesta de Fraser de redistribución y reconocimiento

Método: estudio historiográfico de análisis teórico.

Resultados: Algunas líneas identitarias profesionales a través de la búsqueda de la igualdad, la diferencia o la lucha contra la opresión no han sido lo suficientemente claras para mejorar las condiciones de vida y trabajo tanto en la redistribución de la carga de trabajo y el salario como el reconocimiento. Esta lectura bidimensional de la problemática exhorta a reflexionar las relaciones entre distribución y reconocimiento como vías posibles de cuidados democráticos.

Conclusiones: Identificar algunas herramientas como la objeción de conciencia para garantizar derechos sexuales y reproductivos en las mujeres en general opera como estrategia de reconocimiento que afirma el cuidado de sí para enfermería y que transforma la redistribución hacia la equidad

Palabras clave: Enfermería moderna – escalas de justicia – objeción de conciencia

1- Licenciado en Enfermería. Docente e investigador en la Universidad Nacional de Mar del Plata.

INTRODUCCIÓN

La propuesta es una invitación a reflexionar acerca de los flujos ideológicos del cuidado en enfermería globalizadores, promotores de hegemonía, opresión y desigualdad devenidos en políticas nacionales e internacionales referenciadas por líderes de la enfermería moderna que, de alguna forma, han acompañado el recorrido histórico de la profesión y moldeado su ejercicio con impacto en la sociedad. Nuestra historia profesional es testigo del impacto de la colonización del cuidado y la subordinación profesional, las luchas y conquistas de las mujeres y su correlación con la enfermería y los obstáculos internos para ampliar ciudadanía. En la consolidación de la democracia Argentina reconozco tres representaciones identitarias que con mayor o menor presencia en la vida pública producen cuidados antidemocráticos. Para ello, se analizará a partir de la objeción de conciencia el cuidado antidemocrático y la relaciones desiguales resultantes en salud a partir de la propuesta de Fraser(1)(2) de redistribución, reconocimiento. Esta apreciación bidimensional no puede ser ajena a las disputas políticas y de poder en las instituciones sanitarias y de las cuales la disciplina no puede esconder ni reducir.(3) La amenaza que supone deslegitimar estas formas de cuidar antidemocráticas se justifican en objeciones/opresiones de conciencia y violencia institucional que requieren ser analizadas bajo la legislación actual² ya que aparecen como condicionantes a las demandas de equidad. La relevancia se centra en analizar con matriz de género las inequidades que deben ser superadas en las instituciones, a pesar de la legislación actual, haciendo foco en el rol político de los actores y una propuesta de institucionali-

zación a través del cuidado democrático permeable a la conciliación entre redistribución, reconocimiento y representación. Esta propuesta de cuidado debe entenderse como una ofensiva modernizadora desde abajo(4) posible a través de la reflexión e identificación individual profesional y, además, del debate y movilización política colectiva. En este caso el colectivo implica tanto a los cuidadores como cuidados.

Método

La revisión teórica y documental surge de la participación del proyecto de investigación: Análisis desde una perspectiva de género y desde la genealogía histórica de la profesionalización: la percepción sobre las condiciones y medio ambiente de trabajo en la enfermería que ejerce en instituciones de la salud pública. El trabajo, de tipo cualitativo, provoca interrogantes desde una profundidad que se considera sólo posible, a través de una interpretación que tome los discursos como unidades de sentido: “la inmersión del investigador en el contexto que analiza, a fin de captar el sentido de la acción de los participantes, supone la comprensión de las estructuras significativas de ese contexto que facilitan los procesos de entendimiento”(5. p.32) . Las acciones de los participantes son rescatadas de entrevistas orales y debates académicos analizados a partir del paradigma de justicia de Fraser. Éste interpela ideas tradicionales de justicia: “participa de una interpretación democrática radical que exige que en los acuerdos sociales todos los participantes actúen como pares. Tal paridad participativa es entendida en dos sentidos: por un lado, como un prin-

2- Ley 26485, 2010; ley 25673, 2003; ley 25629, 2012; ley 26743, 2012.

cipio sustantivo de justicia a través del cual pueden evaluarse los acuerdos sociales; por otro, como una a través del cual pueden evaluarse los acuerdos sociales; por otro, como una noción procesal que permite evaluar la legitimidad de las normas”(6 p.785). Los acuerdos sociales actuales en los cuales se discutirá la objeción de conciencia, demanda una revisión histórica de aquello que ha normado la práctica profesional por actores internos y externos hegemónicos. El aporte historiográfico permite elaborar una explicación científica de las sociedades en su transcurso temporal con perspectiva de género y la demostración palpable de la influencia del pasado(7) sobre la actualidad de la profesión en Argentina. Se trabajaron principalmente fuentes secundarias dedicadas a la historia de la enfermería y género en Argentina.

Revisando algunas ofensivas de la modernidad en enfermería

La enfermería occidental³ ha sobrellevado los embates ambiguos de la modernidad con el peso de la incomodidad en la piel que hoy la enviste. Los cambios en las ciencias biológicas, la economía política y lingüística como el giro de ideas centrales con respecto al Estado son un indicio en el siglo XIX del inicio de la modernidad(4) coincidente con su profesionalización y desarrollo pero a expensas de negar el cuidado de las personas por servir a la medicina y sostener las instituciones. Feminizar la enfermería en Argentina(9)(10) fue un indicador moderno sobre quién debía cuidar pero además, disciplinante de los saberes populares de cuidado arrasados por la academia masculinizada tanto como confinante en la arena pública de crecimiento disciplinar. El valor de la autonomía implica que el hombre puede darse sus pro-

pias leyes y por lo tanto pactar contratos sociales. El uso de la palabra hombre es intencional y de anclaje ideológico histórico. La libertad se reserva al varón y a la medicina donde el contrato social -patriarcal, público y universal- construye el sometimiento profesional. La feminización de la enfermería en Argentina fue por decreto pero poco se ha cuestionado en beneficio de quién.

En la institucionalización de las ciencias de la salud en la modernidad no es casual que la razón - el saber científico- haya desplazado a la religión - el saber de la divinidad- como tampoco que las jerarquías de género continúen en una asociación de roles asimétricos. Así el varón cambia de sacerdote a médico y, para garantizar el sometimiento de la mujer, se la híbrida entre monja, cuidadora inata y asistente del médico. Estas asociaciones que unifican a la mujer como una sola y son criticadas por Mouffé(8) coexistieron y en algunos casos aún lo hacen. Las deconstrucciones han sido posibles a partir de nuevos escenarios y ofensivas modernizadoras desde abajo(4) impulsadas por movimientos feministas y otros populares. En Argentina, las ofensivas modernizadoras desde arriba han sido numerosas, internas y externas a la profesión. Así se ha solidificado la invisibilización del control hegemónico a tal punto que, a pesar de contar con ley de ejercicio profesional que reconoce la autonomía frente a otras profesiones(9) el sometimiento impide reconocerlo, gozarlo. Cautivos, en términos biopolíticos, se guarecen en la gobernabilidad médica.

Si Wagner(4) reconoce que el discurso de la modernidad trae una contraposición entre libertad y sometimiento y el Estado aparece como “receptáculo -protección y límite- de la modernidad”(4.p34) el respeto por los derechos individua-

1- La aclaración pretende destacar tanto la idea del fluir ideológico global sobre la profesión pero con la precaución de excluir parte del mundo que ha sido influenciado de forma diversa -social, cultural e histórica- por el capitalismo, el industrialismo y la religión.

les son posibles sólo con representación en el Estado. La feminización de la profesión (9)(10), la permanencia de mujeres religiosas en la salud pública (9)(11), la proliferación de auxiliares de enfermería desde la década del 60, el reclamo por institucionalizar colegios profesionales aparecen como decisiones del bien común desde los grupos hegemónicos (internos y externos) por la disputa y control de la profesión justificados bajo la mayor aptitud racional.

La herencia de la modernidad así percibida permite reconocer la situación actual de injusticia que según Fraser “puede yacer dormida bajo largas temporadas de la historia si se le otorga carta de naturaleza a un marco hegemónico y se da por hecho”(1.p.16). Necesariamente se deberá ampliar el mapa para reflexionar sobre el impacto de la injusticia profesional y las huellas residuales en el cuidado que pondrán en riesgo el reclamo a la sociedad de igualdad y/o reconocimiento con la medicina tradicional -balanceado- si la estrategia es el uso de la razón para el sometimiento de la persona cuidada o continuar la hibernación bajo el instinto maternal del cuidado, subordinado y la omisión de los cuidados centrados en la seguridad.

Histoincompatibilidad: Del rechazo del cuidado en la modernidad en el tejido profesional.

Dietz (12) presenta un marco sobre la ciudadanía y el feminismo donde advierte algunos problemas -y reconoce además las ventajas- de la lucha por la igualdad, la diferencia y contra la opresión. Esta situación es reconocible en la formación superior con distintos enfoques de cuidado que abonan en estas corrientes y pueden darse inclusive en simultáneo en la misma institución académica. Los progresos científicos de la profesión han aumentado y continúan incrementándose en cantidad y calidad pero, la propuesta de la autora motivó apropiarse de las advertencias para reconocer ciertos aspectos, y

que respetuosamente se han puesto en discusión (13). Quienes, de alguna manera, busquen la igualdad en saberes y prácticas en el campo de la salud e intenten liberarse del sometimiento, corren el riesgo de identificarse con el opresor que es donde se anida la libertad: posiblemente cerca de la medicina mientras no construyan una identidad en la diversidad. En sentido opuesto, quienes se refugien en la diversidad defendiendo al cuidado maternal esencialista como fortaleza cultural, corren el riesgo de padecer la multiplicidad de sometimientos de las hegemonías que se intersectan (las de género, las de la medicina y sus saberes, las de la religión, las de clase, las del mercado) ante la imposibilidad de interponer discursos igualitarios. Por último, la lucha contra la opresión para enfermería apela a refundar hacia adentro los vacíos disciplinares, la reducción de la vocación de servicio en el mercado de trabajo, la impermeabilidad política y las reducciones que apelan a la unión para acreditar a los mismos líderes que responden a las hegemonías antes señaladas y que poco han contribuido a la emancipación. Práctica compleja y efímera si no hay reflexión y capacidad de cuidado de sí y no se discuten en términos de políticas y ciudadanía sobre el cuidado del otro.

Sin cuestionar las ofensivas de la modernidad y su propuesta intelectual resultan prácticas vacías de análisis crítico naturalizadas entre relaciones de libertad/sometimiento que pueden conformarse como cuidados antidemocráticos si privilegian los intereses institucionales antes de los derechos de las personas. Afirmar la redistribución actual de poder se difunde en afirmar también un reconocimiento superficial de identidades(2) de todos los grupos en el campo de la salud. Es repetido el clamor por reconocimiento profesional tanto como las mismas soluciones modernas de amarre(9) disciplinar.

Fraser propone superar esta división que considera una “falsa antítesis”(2.p.21) para abordarlo como paradigmas populares que pueden pensarse y

permitirían avanzar hacia la idea de cuidado democrático. Se discuten tres partes que se contrastan y son recuperadas por la autora. El primero se relaciona con concepciones diferentes de justicia. Para las teorías tradicionales de justicia distributiva, los debates se escurren entre libertades individuales e igualdad pero se agotan o permanecen bajo cierta ceguera que al no incorporar otros aspectos como los culturales y su cómo se intersectan, por ejemplo desde el género. Para la enfermería, la redistribución será socioeconómica e involucra la explotación laboral y económica, en cambio el reconocimiento será cultural, entre ellas, una de las más sentidas, es la falta de reconocimiento como profesión autónoma, es decir, la problemática es una, relacional e intentar resolver una no es suficiente para alcanzar la justicia deseada, con mucho haber avanzado en una escala. Esta primera aproximación permite pensar que la búsqueda de igualdad o diferencia no construye un camino de justicia completa para enfermería. De esta manera, la rotación permanente de servicio y horarios, los premios y castigos en las horas extras, permanecer en el servicio post guardia bajo la amenaza de abandono de persona y otras no muy distintas perversiones en las instituciones de salud son ejemplos que deben leerse desde esta relación bidimensional. Además, no debe escaparse al análisis otros actores: en particular el rol de los colegas en cargos de supervisión y gestión, para poder, en términos de Fraser, “articular las reivindicaciones, que amenaza con dar al traste con la imagen convencional de imparcialidad”(1.p.17). Se deberá en este caso, superar el reclamo de la explotación buscando afirmar los derechos colectivos en tanto trabajadores de igual forma que deconstruir la idea de embanderarse en el cuidado maternal y el amor incondicional bajo vocación de servicio y/o identifica al cuidado reproductivo privado.

El segundo contraste se presenta por las soluciones que proponen ante la injusticia. La transformación de la redistribución buscará la reestructura-

ción económica y el reconocimiento el cambio cultural y simbólico. La reestructuración no puede mercantilizar el cuidado en un Estado de derecho y negar la afectividad social en relación al cuidado del otro. En contraposición ¿Cómo esperar un cambio simbólico si un profesional no defiende los derechos laborales que le permiten garantizar el cuidado de sí? Con respecto a este contraste, más que buscar la igualdad y querer formar colegios profesionales que mercantilizan los cuidados a través de micropolíticas de trabajo muerto(14) como las unidades de producción de enfermería (UPE), se puede pensar la reestructuración de las condiciones de medio ambiente y trabajo a través de la representación en espacio de decisión (comités, gremios y otros espacios políticos) que representa un cambio cultural y simbólico en enfermería: la lucha por ampliación de ciudadanía bajo la interpelación al Estado, a través de políticas de salud para los trabajadores de salud en coherencia con el cuidado de sí que garanticen el cuidado del otro.

En tercer lugar se contraponen en las “concepciones de las colectividades que sufren injusticia”(2.p.23). La redistribución reconocerá a las clases afectadas y el reconocimiento al de menor estatus. Esta situación presenta un problema complejo desde la enfermería. Buscar mayor estatus no debe confundir el objeto de estudio y acercarse al de la medicina para recibir su aprobación. Pero además, debe decidir politizar el cuidado para avanzar en su construcción. Resolver la injusticia redistributiva no implica replicar el cuidado reproductivo privado a la esfera pública ni promover el cuidado mercantilizado convertido en fabril.

Hasta aquí se aprecia que las problemáticas que debieran ocupar a la enfermería necesitan ser pensadas en cuanto a distribución y reconocimiento. Según Fraser:

combina características de clase explotada con otras de la sexualidad despreciada ... Los grupos

bidimensionales subordinados padecen tanto una mala distribución como un reconocimiento erróneo en formas en las que ninguna de estas injusticias es un efecto indirecto de la otra, sino que ambas son primarias y cooriginales.(2.p.28)

Se necesita entonces repensar la enfermería y el cuidado en el campo de la salud indisociable a las críticas que el feminismo propone para interpelar al proyecto moderno. Fraser destaca la relación entre la necesidad de políticas bidimensionales para abordar divisiones de las mismas características. Y en definitiva reconoce al género como “una diferenciación social bidimensional”(2.p.28) . Esta conceptualización sirve para pensar en políticas públicas que garanticen una mayor percepción de las injusticias populares, en este caso internas en la profesión pero también de qué manera han moldeado el cuidado y el impacto en quienes son cuidados. Las afirmaciones y transformaciones de una profesión feminizada en la actualidad tienen como piso el marco legal profesional en tanto ejercicio, como aquellas leyes nacionales que intentan ampliar la ciudadanía en el campo de la salud. Reconocer derechos y proteger a las mujeres es una herramienta para institucionalizar el cuidado democrático como ofensiva medernizadora desde abajo y vehiculizar políticas públicas de cuidado de sí y del otro desde enfermería.

Institucionalizando el cuidado democrático a partir de las políticas de género en el Estado Argentino.

En Argentina desde la consolidación del Estado de derecho se ha discutido, visibilizado y reconocido desigualdades que afectan a las mujeres. Las conquistas representan la materialización de la actividad de movimientos feministas que a nivel local,

nacional y global han iniciado un motor de cambio y de permanente monitorización. El debate de las desigualdades de género protagoniza cada conferencia y reunión internacional en base al diálogo democrático y con respeto multicultural. Ante la propuesta de Fraser parece indispensable ponderar la necesidad de participación política que se presenta como oportunidad para la enfermería con la consagración de los derechos reproductivos en el año 1984 en el IV Encuentro Internacional de Mujer y Salud en Amsterdam.(3) Discutir desde la igualdad de oportunidades y celebrando la diversidad no ha sido suficiente para romper los condicionantes simbólicos y políticos. El movimiento feminista con alcance transnacional ha logrado articular sus propuestas gestando estructuras y documentos de intermediación entre los Estados y la sociedad. De esta forma el programa de salud sexual y procreación responsable (PNSSyPR) recupera desde el 2003 un marco legal(15) que abre camino a otras leyes vinculadas a la salud sexual⁴ y reproductiva.

Este marco legal y las políticas públicas en salud deberían proponer a la enfermería guías de cuidado que viren de posiciones de búsqueda de igualdad o diversidad donde una arriesgue en detrimento de otra y se transformen en políticas de cuidado institucional. Según Guzmán “Las institucionalidades de género son entonces expresiones empíricas y materiales de relaciones políticas, prácticas sociales y visiones de mundo que se institucionalizan como cosas públicas y oficiales, por medio de procesos históricos que involucran luchas políticas”(16.p.2) .

De esta manera los derechos sexuales y reproductivos y su goce son un deber de cuidado para la enfermería. Una posible amenaza frente a la práctica profesional y este plexo de derechos aparece con

4 Ley N° 26618 de matrimonio igualitario, ley N° 26743 de identidad de género, ley N° 25673 de anticoncepción hormonal de emergencia, ley N° 26130 de anticoncepción quirúrgica definitiva, ley N° 26485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, ley N° 26150 de educación sexual integral, ley N° 25808 inhibición de acciones institucionales en el ámbito educativo para prohibir o limitar educación en mujeres embarazadas

la objeción de conciencia si no se visibiliza, discute y planifica. La objeción, como derecho individual constitucional debe respetarse en tanto se comprenda su esencia y quede escindido de todo tipo de discriminación. La Constitución Nacional Argentina expresa:

“...no ser obligado a realizar acciones que contrarían convicciones éticas o religiosas muy profundas del individuo. Este derecho emana de la protección que la Constitución garantiza a la libertad de culto y de conciencia, y a las acciones que no perjudiquen a terceros”.(17. art.14y19)

Estas convicciones deben ser claras para disipar cuidados antidemocráticos y explícitas para evitar interferir con otros derechos. El de mayor preocupación será el acceso a la salud en tanto posibilidad de recibir cuidados y atención. No sólo debe ser efectivo geográficamente y financiable para cualquier ciudadano, más allá de las distintas posiciones políticas en cuanto el Estado deba garantizarlo. Sino que, además, deben las prácticas de cuidado tener la pericia y especificidad que la problemática requiera. De lo contrario los cuidados no podrían denominarse como tal ya que se incurriría en discriminación y/u opresión de conciencia.

Las leyes vinculadas al PNSSyRP expresan la posibilidad de ser objetores reconociendo el derecho a la libertad religiosa mientras otras no lo mencionan como la ley sobre salud sexual integral pero aún con respaldo constitucional. No hay intención de obligar a las instituciones religiosas (de educación y/o salud) a hacer prácticas contrarias a su fe mientras se pueda garantizar el acceso a la información y la autonomía en materia de salud sexual. Los usos y abusos de la objeción de conciencia pueden garantizarse y denunciarse a nivel constitucional (18). A pesar de ello, los proyectos de ley actuales de libertad religiosa son parte de una agenda oculta o reproducen la imprudencia –por el avance temerario e irresponsable que aumenta la tensión entre los

derechos individuales y colectivos- e/o impericia en la gestión intentando avanzar en nueva legislación cuando el marco legal/constitucional es suficientemente claro al respecto . Volviendo a los cuidados de enfermería, si deciden celebrar el multiculturalismo como también comprender las injusticias derivadas de las desigualdades distributivas pueden reconocer, bajo el derecho a la objeción de conciencia, la posibilidad de garantizar derechos en el cuidado de sí tanto como en el cuidado del otro. En primer lugar, ante la posible amenaza de una institución objetora que niega derechos frente al acceso a la salud puede contraponerse un cuidado que prevenga una distribución desigual comprometidos en garantizar lo que el Estado reconoce por ley en materia de salud sexual y reproductiva. En segundo, la enfermería podría objetar distintas prácticas subalternas de histórica presión del poder médico, religioso y patriarcal. Este compromiso podría dar reconocimiento desde el Estado hacia reconocimiento desde el Estado hacia la profesión en su función de cuidado social y mediante la iniciativa colectiva ganar financiamiento para investigación y docencia para el cuidado democrático a través de la garantía de los derechos de las mujeres en particular y la humanidad en general.

El tercer propósito de cuidado sería trabajar las desigualdades socioeconómicas y continuar el reconocimiento del cuidado profesional ante la sociedad requiere una apropiación distinta de la objeción de conciencia. Si usualmente se ha utilizado como opresión de conciencia(18)-especialmente en materia de salud sexual y reproductiva- para imponer ideales biologicistas, conservadores morales y religiosos bajo un falso perfil paternalista. Más que primar desde el principismo, la beneficencia y aquello que como experto se piensa como bueno para el otro, se disciplina bajo un ideal propio despojado de aquellas necesidades individuales y derechos ciudadanos.

Transformar esta idea de opresión para los derechos sexuales y reproductivos bajo el abuso de la idea de la objeción es una herramienta para reivindicar la idea de cuidado permeando en la sociedad la fortaleza profesional en la defensa de los derechos de los pacientes y en particular de las mujeres. Así, para cuidar a los trabajadores objetores que en su derecho individual se niegan a determinadas prácticas, debe planificarse estrategias para prevenir que esta objeción individual se traslade por casualidad en la coincidencia de suma de individualidades a toda la institución. De igual forma, diferenciar de causalidades en objeciones individuales que implican opresiones de conciencia que por acción u omisión se traducen en cuidados antidemocráticos, llegan a violar derechos y disciplinan desde los sectores conservadores y hegemónicos a través de instituciones objetoras. La planificación requiere conocer quien objeta y a qué cosas para prevenir la obstrucción de derechos colectivos. En paralelo, debiera afirmarse bajo el poder de la objeción de conciencia la resistencia ideológica para posicionarse ante el reclamo de condiciones laborales y ambiente positivos. Objetar desde la ética aspectos tan naturalizados de subordinación como por ejem-

plo, responsabilizarse en el cuidado de más personas de las que se pueden cuidar. No hay niveles de dependencia y servicio que puedan normar la complejidad de los pacientes, y mucho menos los servicios donde pueden escasear insumos, donde se adiciona la falta de personal, la absorción voluntaria de actividades de otros trabajadores –desde camilleros, maestranza, técnicos e inclusive de otros profesionales sin dimensionar el ejercicio ilegal de la profesión que implica y otros residuos de nuestra feminizada profesión y su historia en las instituciones. Parece muy importante la noción de reparación transversal de Fraser “explota la imbricación de status y clase social con el fin de mitigar ambas formas de subordinación al mismo tiempo”(2.p80). Es posible iniciar un cambio hacia los cuidados democráticos recuperando el marco legal que se ha materializado a través de las luchas de género y a pesar de limitaciones en la intervención política e institucional, consiste en una oportunidad de reformular la conciencia y sus límites en el ámbito profesional. Si se interpela a la sociedad entera por reconocimiento para la enfermería se deberá aceptar las responsabilidades éticas y legales de una profesión autónoma.

REFERENCIAS

- (1) Fraser, N. Escalas de Justicia. Barcelona, España: Herder. 1997.
- (2) Fraser, N. & Honneth, A. ¿Redistribución o reconocimiento? Madrid, España: Morata. 2006
- (3) Bonan, C. Derechos sexuales y reproductivos, reflexividad y transformaciones de la modernidad contemporánea. Buenos Aires, Argentina: PRIGEPP. 2004
- (4)Wagner, P. Sociología de la modernidad: Libertad y disciplina. Barcelona, España: Herder. 1997.
- (5) Vasilachis de Gialdino I. Métodos Cualitativos. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1992.
- (6) Gonzalez, Cámara, N La búsqueda de marco para la justicia. ARBOR CLXXXVI 744 777-788. Madrid, España, julio-agosto, 2010.
- (7) Filho, AJA. A pesquisa histórica: teoria, metodologia e historiografia. Here. Historia da enfermagem; 7 (2):381-2. 2016
- (8) Mouffe, C. Feminismo, ciudadanía y política democrática radical. Revista Debate feminista. Año 4. Vol 7. España: Unifem. 1995.
- (9) Morrone, B. Soltando amarras. Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina. 4ª ed. Argentina: Suarez. 2014.
- (10) Wainerman, C. & Binstock, G. El nacimiento de una ocupación femenina: La enfermería en Buenos Aires. Revista Desarrollo Económico, vol. 32(126). pp. 271-284. Argentina. DOI: 10.2307/3467331. 1992.
- (11) Sacchetti, L & Rovere, M. (2011) Surgimiento de la enfermería moderna: Mitos victorianos, tecnologías de poder y estrategias de género.1ª ed. Rosario. Argentina: El Agora.
- (12) Dietz, M. Ciudadanía con cara feminista. El problema con el pensamiento maternal. En: Ciudadanía y feminismo (Comp. Marta Lamas). 1ª ed. México: Instituto Federal Electoral. 2001.
- (13) Mendizábal, J. La democratización del cuidado en la enfermería Argentina. Aspectos sociohistóricos develados con perspectiva de género. Cultura de los cuidados. Alicante, España: en prensa.
- (14) Merhy, E. Salud: Cartografía del trabajo vivo. Argentina: Lugar Editorial. 2006.
- (15) Ley N° 25673 sobre el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Expediente N° 2002-4994/03-7. Decreto Nacional 1.282/2003. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. 2003.
- (16) Guzmán, V. Sostenibilidad social y política de los mecanismos para el adelanto de las mujeres. Trigésima novena reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. México: CEPAL. 2006
- (17) Constitución Nacional Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos SANTA FE, 22 de Agosto de 1994. Boletín Oficial, 23 de Agosto de 1994. Id SAIJ: LNS0002665, Buenos Aires, Argentina, 2005.
- (18) Alegre, M. Opresión a conciencia: La objeción de conciencia en la esfera de la salud sexual y reproductiva. Seminario Jurídico de la Universidad de Palermo. Argentina: Facultad de derecho. Universidad de Palermo. 2009.