

Diagnóstico de la enfermería en el Perú

Una perspectiva histórica
y de equidad de género

Margarita Zegarra
Ybeth Arias
Claudia Nuñez
Mariemma Mannarelli
Erika Figueroa
Paloma Rodríguez

PLAN DE LA ESCUELA
NACIONAL DE
ENFERMERAS
"HOSPITAL
ARZOBISPO
LOAYZA"



AUSICA

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

2010

Diagnóstico de la enfermería en el Perú

Una perspectiva histórica
y de equidad de género

Diagnóstico de la enfermería en el Perú

Una perspectiva histórica
y de equidad de género

Margarita Zegarra
Ybeth Arias
Claudia Nuñez
Mariemma Mannarelli
Erika Figueroa
Paloma Rodríguez

Diagnóstico de Enfermería en el Perú
Una perspectiva histórica y de equidad de género

© Colegio de Enfermeros del Perú
Consejo Nacional
Pq. Santa Cruz 564, Jesús María
Telf. : (01) 208 - 5556
E-mail: colegiodeenfermeros@cep.org.pe
www.cep.org.pe

Primera edición: 3000 ejemplares
Lima, octubre de 2021

Cuidado de edición:
Liliana La Rosa Huertas - Roberto Jonathan Hermoza Quispe
Corrección de estilo: David Roca Basadre
Diseño y diagramación: Natalia Iguñiz - Camila Bustamante
Imágenes: CEP - INEI

ISBN: 978-612-46117-8-0
Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú
N° 2021-10718

Se terminó de imprimir en octubre de 2021 en
Tarea Asociación Gráfica Educativa
Pasaje María Auxiliadora 156 - Breña

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	9
PRESENTACIÓN	10
INTRODUCCIÓN	12
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTOS	17
OBJETIVOS	20
HIPÓTESIS	21
EJES TEMÁTICOS	22
METODOLOGÍA	23
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	25
CONTEXTO	26
1. Un breve recorrido por la historia de las mujeres en el cuidado de la salud	29
1.1 Los cuidados de la salud en el Perú Antiguo	31
1.2. Los cuidados de la salud en el período virreinal/colonial	39
1.3 Los cuidados de la salud en la república	45
1.4 De la Escuela de Enfermeras al presente	51
2. La enfermería en datos: principales estadísticas laborales y sociales	73
2.1 Estadísticas del Colegio de Enfermeros del Perú	75
2.2 Instituto Nacional de Estadística e Informática (2010-2019)	76
2.3 MINSA Información de Recursos del Sector Salud (2013-2018) y posición crítica internacional del CEP	80
2.4 Postura crítica del CEP frente a la información del MINSA	92
2.5 Personal de enfermería durante la crisis sanitaria producida por el COVID-19	94

2.6 Datos del cuestionario autoaplicado	95
---	----

3. La enfermería en la normatividad y las políticas públicas 97

3.1 Leyes	99
3.2 Decretos supremos	101
3.3 Resoluciones relativas a la práctica profesional de la enfermería	102
3.4 La actual propuesta de modificación legal del Colegio de Enfermeros del Perú	103

4. Los caminos de las enfermeras en el Perú 109

4.1 La vocación del cuidado	111
4.2 Estudiar enfermería: centros educativos públicos y privados	115
4.3 Construcción de conocimientos históricos y científicos	120
4.4 Especialidades de la profesión de enfermería	126
4.5 El trabajo en hospitales y clínicas y sus condiciones	129
4.6 Mejoras necesarias en la profesión según el personal de enfermería	135
4.7 Campañas de vacunación	138
4.8 Migraciones, riesgos y globalización	140

5. Dinámicas de género: Identidades, relaciones de poder y problemática 145

5.1 Panorámica	148
5.4 El significado de la feminización de los servicios y profesiones	158
5.5 Dinámicas entre enfermeras y médicos	161
5.6 Mecanismos con los que se perpetúa la desvalorización de las enfermeras	169
5.7 Interacciones sociales enfermera - paciente y relaciones de poder	174
5.8 Dimensiones del cuidado hospitalario y el paciente	179
5.9 Compaginar la vida familiar y el trabajo de enfermería	180

6. La enfermería diversa 185

6.1 Examen Nacional de Enfermería (ENAE)	187
--	-----

6.2 Crónicas de serumistas: El significado del SERUMS para la formación personal y profesional	188
6.3 Contrastes regionales: Costa, Andes y Amazonía	227
6.4 Enfermería e interculturalidad	232
7. Las enfermeras: luchas sociales y por la memoria	245
7.1 Un camino de lucha hacia la profesionalización de la enfermería	247
7.2 Organizaciones gremiales, huelgas y participación en los espacios públicos y políticos	251
7.3 Experiencias personales de impacto público	258
8. Sombras de la enfermería en contextos de violencia	279
8.1 El conflicto armado	277
8.2 Las esterilizaciones forzadas	284
8.3 La violencia de género	290
9. Perspectivas actuales	295
9.1 El CEP hoy: liderazgo y conflictos	297
9.2 Por una enfermería moderna y reconocida	301
9.3 Enfermería durante la pandemia	307
CONCLUSIONES	324
REFLEXIONES FINALES	331
RECOMENDACIONES	335
ENTREVISTAS	338
BIBLIOGRAFÍA	341
ANEXOS	347
RESULTADOS DEL CUESTIONARIO AUTOAPLICADO EN LÍNEA	347

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento al Colegio de Enfermeros del Perú, y a su decana Liliana La Rosa, quien, con decidida visión, abrió la oportunidad de producir un documento que brinde un panorama sobre los caminos, luchas y horizontes de la enfermería en el Perú. Este trabajo nos ha permitido acercarnos a cientos de historias a lo largo de todo el país, entrevistar a enfermeras que han servido incansablemente al Perú, y a estudiantes que miran con optimismo una disciplina que aún lucha por conquistar el espacio de reconocimiento que le corresponde.

Asimismo, queremos dedicar este trabajo a las/os miles de enfermeras/os que, en estos tiempos aciagos, vienen entregando su trabajo, conocimientos y vida para rescatar a nuestro país de la peor crisis sanitaria de su historia republicana. Hoy, el uniforme turquesa que las caracteriza, guarda un profundo simbolismo que nos recuerda a esas/os miles de enfermeras/os en la primera línea, visitando hogares presencial o telefónicamente, para saber el estado de quienes dieron la pelea a la enfermedad y, definitivamente, a todas/os aquellas/os enfermeras/os que tienen la importante misión de llevar las campañas de vacunación a todo el territorio. A todas/os ellas/os nuestra más profunda admiración.

PRESENTACIÓN

Historiadoras mujeres por primera vez realizan un diagnóstico de la situación de la enfermería en el Perú, centrando su atención en cómo vivimos este tiempo de pandemia, pero mirando a lo grande nuestra estirpe, nuestras luchas, nuestros miedos, nuestros retos, nuestras autopercepciones. Historiadoras feministas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, escriben sobre enfermeras y enfermeros desde la perspectiva de equidad de género. Con la cercanía en la memoria de nuestra Florence Nigthingale, que fundó la enfermería moderna y laica, desafiando el poder patriarcal, aquel sobre el que se estructuraba su sociedad excluyente de mujeres científicas, políticas, escritoras, que buscaban ser autónomas y ejercer la defensa de sus intereses y sueños.

Invito a todos ustedes a leer los resultados de esta investigación e ir hilvanando de la mano de las historiadoras vuestra propia historia, relejendo y reinterpretando vuestra propia vida, poniéndole el color de sus esperanzas y dolores, poniéndole la carne del entusiasmo por cuidar, del cansancio después de largas jornadas de trabajo, de la paz que se siente al vencer la enfermedad y la muerte, o el sabor de la tristeza cuando tiñe tu vida porque la enfermedad avanza o la muerte llega. Suma a la lectura de este libro, tus ideas, investigaciones, notas de enfermería, planes, iniciativas de políticas... tu presencia activa.

La memoria es la base de nuestra vida, este libro nos ofrece una mirada reflexiva, articuladora, compleja, nos ofrece lentes nuevos para mirar lo que parece pasado y refrescar lo que parece ser el presente, y replantearnos juntos, juntas, el futuro que andamos construyendo hoy.

Es nuestro deber deconstruir, mirar de frente los procesos de instalación de la desvalorización y discriminación de la enfermería y las posibles razones explicativas de la permanencia casi monolítica de formas de subordinación en el sistema sanitario, en el imaginario social y en las relaciones sociales con médicos, otros profesionales y técnicos. Este libro nos ofrece una lectura sobre las formas de interacción y organización entre enfermeras, y los mecanismos que han ido operando en nuestros imaginarios para potenciar y complejizar

las confrontaciones internas e institucionales, así como los liderazgos y nuevas formas de ejercicio profesional.

Es un honor para mi como decana nacional poner a disposición de cada uno de los lectores esta investigación maravillosa. Agradezco a María Emma Mannarelli, coordinadora de la investigación, por la paciente escucha de nuestros intereses, la empatía, la solidaridad inmediata, la rigurosidad de su labor de historiadora y esa capacidad que tiene para armar equipo y ofrecer resultados con plazos claros y harta paciencia. Gracias a cada una de las compañeras investigadoras, Margarita Zegarra, Ybeth Arias, Erika Figueroa, Claudia Núñez, Paloma Rodríguez y a Andrea Flores por las ilustraciones.

Me cabe la certeza de que luego de la lectura de este libro tendremos miles de historias que contar y releer, muchas cosas comenzarán a cambiar de lugar en nuestra memoria, y nuestros ojos podrán tener más diversidad de colores para ver lo que tal vez hoy no apreciamos en profundidad. Leamos, disfrutemos y compartamos la dicha de ser lo que somos: cuidadoras de la vida, el bienestar, la salud individual y colectiva, desde la diversidad humana, con autonomía, interdependencia, pluriculturalidad y movilización ciudadana

Como siempre digo: ¡viva la enfermería!

¡Construyamos ciencia con evidencia desde la disidencia! ¡Silencio nunca más!

Lima, 17 de agosto 2021

Liliana Del Carmen La Rosa Huertas

EN TÉRMINOS GENERALES, LA ENFERMERÍA CONSISTE EN LA “PROFESIÓN Y TITULACIÓN DE LA PERSONA QUE SE DEDICA AL CUIDADO Y ATENCIÓN DE ENFERMOS Y HERIDOS; así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas” (Mundaca y Oblitas, 2018, p. 15). Más bien, la Organización Mundial de la Salud, indica que la enfermería “abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal” (Mundaca y Oblitas, 2018, pp. 15-16). Por otro lado, según la Organización Panamericana de la Salud, “el profesional de enfermería representa la fuerza laboral más importante en la salud” y, al mismo tiempo, es uno de los sectores laborales con alto riesgo por su sobrecarga laboral, pues, es común que trabajen en distintos centros de salud públicas y privadas, lo que promueve fatiga física y mental. Estas condiciones afectan los servicios que ellas brindan (Berrospi y Martínez, 2018, p. 1).

Si bien existen grandes diferencias a nivel mundial, la enfermería es una profesión y un trabajo que, pese a su crucial importancia para la conservación de la salud y el cuidado de la población, ha tendido a ser considerada como subordinada a las labores de los médicos. Parte importante de la explicación es que en la enorme mayoría de los países la enfermería ha sido y es desarrollada por mujeres, pese a que cada vez más los hombres se involucran en esta profesión. Y es que sólo muy recientemente el trabajo de las mujeres está siendo visibilizado de manera crítica, tomando distancia de aquella noción que asocia las labores femeninas como parte de su naturaleza, rebajando así el derecho a una remuneración equivalente a su valor y relevancia. Es por esto que el movimiento de mujeres a nivel mundial cada vez más llama la atención sobre la urgencia de posicionar el trabajo doméstico no remunerado y las proyecciones de éste en la desvalorización de las actividades laborales desempeñadas por mujeres; lo mismo que sobre las diferencias salariales entre hombres y mujeres.

Es desde estas consideraciones que nos hemos aproximado al presente diagnóstico a partir de los siguientes ejes temáticos:

La primera parte de este diagnóstico está conformada por una narrativa histórica sobre el cuidado y la salud en el Perú. Hemos tratado de establecer un hilo conductor donde el protagonismo, en la medida en que las investigaciones y las fuentes lo permiten, está encarnado en las enfermeras.

También se ha tratado de establecer relaciones entre la configuración social, las coyunturas políticas, y las posibilidades de intervención femenina en el campo de la salud, la curación y el cuidado en general.

Otro punto que aparece son las tensiones entre el orden social, el poder masculino y el trabajo de las mujeres; es decir, la tendencia a la desautorización del saber femenino, que se nota en algunos períodos o coyunturas más que en otros. Se ve cómo el cuidado de la salud ha estado asociado a paradigmas culturales como las creencias religiosas -por ejemplo, caridad, sacrificio- y, en medio de la secularización, el encuadre científico biologizante que implica la figura maternal idealizada, que no está libre de la subordinación. Tales paradigmas han influido de modo negativo en la valoración del trabajo de las enfermeras y enfermeros.

Por otro lado, se ha recogido información estadística laboral y social de las y los profesionales de la enfermería disponible en la página web del Colegio de Enfermeros del Perú (CEP), los reportes *Estadística de Recursos Humanos de Salud*, disponibles en la página web del INEI, con información sobre el número de enfermeras/os y el número de habitantes por cada enfermera/o, según departamento, en el período 2009-2017.

Asimismo, se consultó el *Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud, Perú 2013 - 2018*, elaborado por el MINSA con la información remitida por ESSALUD, la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, la Marina de Guerra del Perú, el Ejército Peruano, la Fuerza Aérea Peruana, el Ministerio de Educación, SISOL y el sector privado. De este compendio, se seleccionaron trece cuadros que nos permiten ubicar a las profesionales de la enfermería en su sector, interviniendo algunos de ellos con fines comparativos.

A esto se agregan los datos obtenidos a través del Sistema de Información Universitaria de SUNEDU (TUNI) para explorar la oferta y demanda educativa profesional a nivel de pre y posgrado, con limitaciones pues la información disponible sobre el número de estudiantes es del año 2016, y no todas las universidades la presentan. Esta información se complementa con aquella

sobre demanda de educación universitaria del *Compendio de brechas de género del INEI (2011-2018)*.

A nivel normativo, se ha realizado una revisión a nivel de todos los rangos de norma, y elaborado una síntesis de los de mayor impacto dentro de la disciplina de la enfermería. En ese sentido, es importante partir de la Constitución Política del Perú (artículo 28), para pasar al marco legislativo: la Ley General de Salud N° 26842, la Ley del Trabajo de la Enfermera(o) N° 27669, la Ley 28512 de creación del Colegio de Enfermeros del Perú, la Ley de Trabajo y Carrera de los Profesionales de Salud N° 23536. Asimismo, se presentan los decretos supremos, poniendo particular atención a los vinculados a temas laborales (plazas directivas, residentado, etc.). Finalmente, se realizó un mapeo general de las distintas directivas emitidas por el MINSA, como órgano rector, con particular énfasis en las medidas normativas adoptadas en el marco de la emergencia sanitaria producida por la COVID-19.

Se ha dado gran importancia a la visión moderna y empoderada de la profesión de enfermería que se encuentra en la reciente propuesta de modificación de la Ley del Trabajo de la Enfermera/o (proyecto de ley n° 6474/2020-CP) presentada el 26 de agosto del 2020 por el Consejo Directivo Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú, ante el Congreso de la República.

Otro punto importante a señalar es la elaboración de un cuestionario autoaplicado en línea. En este se recogió la información de profesionales de enfermería, a través de 31 preguntas. El cuestionario estuvo en línea del 7 de diciembre al 3 de enero de este año, recibiendo las respuestas de 347 participantes y cuyos resultados serán presentados a lo largo del presente documento. Gracias a este recurso se pudo conocer aspectos sustantivos de la experiencia de la enfermería, como las relativas al SERUMS, a lo intercultural, al significado de la enfermería en sus vidas y a las enfermeras que les han resultado inspiradoras.

Luego de destacar la normativa implicada en el ejercicio de la enfermería en el Perú, que incluye las respectivas políticas públicas relacionadas con este ejercicio, en el capítulo 3, en el siguiente se aborda la formación académica de esta profesión resaltando las motivaciones de quienes estudian la carrera, las universidades públicas y privadas que brindan la oferta académica y que también posibilitan los estudios de especialización y posgrado, un panorama de cómo la enfermería produce conocimiento y promueve investigación, y algunos espacios laborales en que se ejerce la enfermería.

En el capítulo 4 se parte de que una cultura fuertemente patriarcal orienta a más mujeres que hombres hacia carreras consideradas menos prestigiosas, de menor remuneración. Se presentan las motivaciones diversas para estudiar enfermería, en dónde se estudia la carrera, qué especialidades hay y cómo se distribuyen. Se reflexiona sobre la relevancia del ámbito académico para generar mayor reflexión sociológica e histórica de la enfermería. Finalmente, se abordan las condiciones en las que se desempeñan la/os enfermera/os en hospitales y clínicas.

En el capítulo 5 se desarrolla la construcción de las identidades de las/os enfermeras/os en calidad de profesionales, trabajadoras/es y mujeres o varones. Se identifican algunos importantes problemas en el ejercicio de sus labores que se vinculan con el desenvolvimiento de sus relaciones con el Estado, el personal de salud, la sociedad y la cultura. Asimismo, se rescatan los nexos de autoridad y poder en que están sumergidas las labores de las/os enfermeras/os y que afectan su vida profesional y personal. En estos nexos resaltan las relaciones de género, y por qué social y culturalmente la enfermería ha estado asociada a la feminización de la profesión.

La enfermería diversa en el Perú es analizada en el capítulo 6, abordándose la gran riqueza cultural y prácticas ancestrales sobre los cuidados de la salud. En el territorio conviven distintos saberes sobre el bienestar del ser humano que es necesario conocer, respetar y valorar mediante una práctica intercultural. Así, a través de bibliografía, entrevistas y respuestas del cuestionario autoaplicado, conoceremos distintas experiencias, retos y aprendizajes de las/los enfermeras/os, rescatando también los contrastes regionales de la costa, sierra y selva peruanas. También, se dan a conocer las voces de enfermeras/os que han relatado las respectivas vivencias de sus SERUMS. Explicarán, entre otras cosas, lo relevante que ha sido para sus vidas, lo que les ha enseñado y se desarrollarán algunas recomendaciones para su mejor implementación. Entre ellas, se enfatiza la importancia del buen funcionamiento y el papel esencial de contar con un buen sistema de atención primario a nivel nacional.

En el capítulo 7 se desarrolla la historia reciente vinculada a la participación de las enfermeras en el espacio público. Se inicia con el proceso de sus luchas para lograr la profesionalización y mejorar sus condiciones laborales, esto último de la mano de una diversidad de organizaciones sindicales que se han formado. Con la aspiración de promover la construcción de la memoria histórica de

la enfermería, incluimos algunos relatos y reflexiones sobre enfermeras y enfermeros cuyo trabajo resulta inspirador, y una reflexión acerca de su relevante función en las campañas de vacunación.

En el capítulo 8, presentamos tres temas que se caracterizan por estar asociados a violencia y que no han recibido casi atención en la carrera de enfermería. La falta de investigaciones nos ha llevado a presentar una primera aproximación sobre lo que experimentaron alguna/os enfermeras/os durante el conflicto armado interno. Asimismo, hemos recabado referencias sobre la participación de enfermera/os en la campaña de esterilizaciones forzadas. Finalmente, hacemos algunos alcances acerca de la necesidad de investigar y proteger a enfermera/os en contextos de subordinación y riesgo, que las/os expone a diversas formas de violencia de género.

El capítulo 9 trata sobre la coyuntura actual. En lo gremial, se desarrolla el enfrentamiento en torno al CEP que ha llevado a la suspensión de las elecciones y el debilitamiento de la institucionalidad. Se analiza la relevancia de la observación y aplicación de conocimientos para realizar el “diagnóstico de enfermería” dentro de una visión holística; asimismo, se destaca la relevancia de la enfermería de práctica avanzada. Se incluyen las voces de enfermera/os que narran lo vivido durante la pandemia en diversas partes del país, como la sobrecarga de trabajo, falta de equipos adecuados, abandono de la atención primaria, desgaste de la salud mental, pero también los actos valerosos y solidarios en los que la vocación de servicio de la enfermera/o fue puesta a prueba. Termina el diagnóstico recordando las demandas que hace el CEP a las autoridades para continuar con su esfuerzo en la pandemia.

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTOS

PARA ACERCARNOS A LA EXPERIENCIA DE LA ENFERMERÍA EN NUESTRO

PAÍS hemos usado varios instrumentos teóricos y conceptuales y hemos tratado de enlazar Estado, género y economía del cuidado. A esto se han sumado las nociones de público y privado.

En lo referido al Estado, consideramos la noción clásica weberiana (Weber, 1977), que nos remite a este en su capacidad para monopolizar la violencia, física y simbólica como añade Bourdieu (2014), con sus efectos relativos a la pacificación de territorios y regulación de comportamientos. Aunado a esto, se encuentran las funciones de invertir en una administración pública destinada a cumplir con las tareas del Estado moderno, relativas a los sistemas de salud. Los criterios que orientan estas decisiones públicas se vinculan a las concepciones del cuidado y de los derechos de los ciudadanos. Los elementos conceptuales relativos a lo público y a lo privado de Arendt (1974), y de Elias (1987) nos llevan a los terrenos de las implicancias de las desigualdades de género y a la concepción de cuidado.

En este diagnóstico consideramos la relación existente entre el acceso a las instancias de poder público y el lugar que ocupan ahí las redes de parentesco, ya que estas son una matriz de las jerarquías; esto ayuda a construir una noción que engarce Estado y patriarcado. Así, la naturaleza de las relaciones entre hombres y mujeres determinan las formas en que las personas ingresan al mundo público. Así, tenemos que a mayor vinculación del poder político con la lógica del parentesco, mayor control sobre las mujeres, mayor subordinación, menor autoridad pública.

Otro aspecto de esta dupla Estado/patriarcado alude a cómo el comportamiento de las autoridades públicas se inspira en consideraciones que provienen del mundo doméstico y sus jerarquías, más allá del vínculo de sangre en sí. En el Perú los espacios públicos están impregnados de una lógica doméstica, lo que desde cierto punto de vista podría explicar parte de su incapacidad para

regular lo público y hacerse cargo de sus responsabilidades para con el mundo privado. La débil presencia de la administración pública en buena parte del territorio nacional, supone un gran dominio de la cultura doméstica y la ausencia de referencias extra domésticas. Estas características socavan tanto la actuación pública como las posibilidades de ejercicio de los derechos y libertades. Esto tiene que ver con un desequilibrio de poder entre hombres y mujeres, donde la fuerza de los grupos familiares sigue siendo grande y un referente significativo, lo que marca también la experiencia de las personas que integran la burocracia en el Perú en general y la sanitaria en particular.

“Género” es una categoría de análisis que ha revolucionado las posibilidades de conocer e interpretar las dinámicas y procesos sociales. Desde hace poco más de cuarenta años las ciencias sociales y las humanidades han experimentado un cambio epistemológico al considerar que los artefactos culturales y las estructuras sociales están configurados por agencias y sujetos sexuados; que el acceso a los recursos materiales y simbólicos está pautado por las formas en que hombres y mujeres se relacionan; que las jerarquías de género, al lado de las de clase y étnico/raciales, hacen parte del tejido social.

Por otro lado, todas las sociedades, sin excepción, regulan de muy variadas formas el ejercicio de la sexualidad. Tal regulación, hasta ahora, ha atribuido funciones diferenciadas y asimétricas a hombres y mujeres, y en ellas descansan buena parte de las desigualdades sociales. Por último, lo femenino y lo masculino constituyen nociones que significan la experiencia en una sociedad dada (Scott, 1986). Es importante señalar que el enfoque de género trasciende a las mujeres, e incluye no sólo las relaciones entre estas y los hombres, sino que también es pertinente para la comprensión de eventos políticos, y para el ámbito de lo estatal.

En términos de una propuesta metodológica, tal enfoque considera la experiencia subjetiva, y cómo esta se relaciona con los símbolos culturalmente disponibles. Considera también los sistemas educativos y familiares, además de aquellos relativos a las creencias y a las instituciones religiosas.

En el Perú, a pesar de haber firmado una serie de tratados y convenios internacionales, no existe un marco normativo efectivo y políticas públicas adecuadas que protejan a las mujeres que realizan labores de cuidados. El cuidado ha estado asociado con la servidumbre -mayormente indígena-, con

la esclavitud y con las mujeres; y esto a su vez con lo inferior y lo maltratado: cuidan los inferiores. Esto deteriora a las personas que realizan ese trabajo porque las coloca en un lugar subordinado y vulnerable, pues subestima su trabajo y malogra el sistema de salud mismo.

Las tareas del cuidado están asociadas a ciertas “naturalezas”, lo que explica que no sean remuneradas. Cuando lo son, el pago suele ser muy bajo. En estas circunstancias, cuando el cuidado es la manera más importante de salvar vidas y las fuentes de riqueza y la economía de un país, las tareas relacionadas a este deben ser las más valoradas, así como los conocimientos relativos al cuidado, los más reconocidos.

La pandemia ha puesto al desnudo la vulnerabilidad e interdependencia de los seres vivos entre sí y con la naturaleza. Esto plantea lo insoslayable de la necesidad de que el Estado garantice el bienestar y el acceso equitativo de la ciudadanía a los servicios públicos. Así, se pone de relieve la urgencia de discutir la economía del cuidado y de ponerla en el centro de la política. La calidad de los vínculos que se organizan para cuidar determina la forma de sobrevivencia individual y colectiva. La pandemia ha mostrado igualmente los nefastos efectos de la división sexual del trabajo, de la segregación laboral y de los estereotipos de género en la situación de desventaja de las mujeres en general y en especial de aquellas que viven en los territorios con menor acceso a recursos y oportunidades en momentos de crisis del cuidado y de la pandemia. Por eso este concepto y las nociones que giran en torno a él han sido puntos de observación del material empírico encontrado.

En el concepto del cuidado convergen varias agendas transformadoras. Enlaza la agenda feminista con el buen vivir de aquella de los pueblos originarios y la de la sustentabilidad de los movimientos ambientalistas. Permite tomar distancia del paradigma neoliberal y de los individuos concebidos más allá de las determinaciones familiares y económicas en general, donde las diversas formas de discriminación y desigualdad no tienen peso alguno. Como sostiene Virginia Guzmán, este concepto cuestiona y supera las dicotomías planteadas por la modernidad que oponen lo privado a lo público, el poder político al patriarcal y la división sexual del trabajo que sitúa a las mujeres en la esfera de la reproducción y les asigna una posición subordinada en el mundo público, laboral y político (Guzmán, *Argumentos*).

OBJETIVOS

Objetivo principal

Realizar un diagnóstico integral de la situación de la enfermería en el Perú utilizando un enfoque histórico y de género que visibilice sus principales aportes, identidades, luchas y problemáticas a partir de información cualitativa, cuantitativa y bibliográfica.

Objetivos específicos

- Establecer un panorama general sobre la historia del cuidado de la salud en la historia peruana, enfatizando sobre todo en la época republicana con el fin de reconocer el papel de la enfermería en la salud de los/as peruanos/as.
- Presentar algunas cifras y normativas que reconozcan las principales tendencias laborales, sociales y profesionales de las/os enfermeras/os peruanas/os.
- Identificar los ambientes de formación, profesionalización, identidad y problemáticas profesionales de las/os enfermeras/os peruanas/os.
- Determinar los aspectos más significativos del trabajo de las/os enfermeras/os relacionados con la diversidad cultural de los/as peruanos/as.
- Registrar las principales luchas históricas, profesionales y cotidianas de las/os enfermeras/os peruanas/os en las últimas décadas y en la actualidad.

HIPÓTESIS

LA SITUACIÓN DE LAS/OS ENFERMERAS/OS PERUANAS/OS HA SIDO INFLUENCIADA por las formas en las que se ha establecido su profesión en la historia del cuidado de la salud de los/as peruanos/as, especialmente desde inicios del siglo XX, además del desarrollo coyuntural de los ambientes formativos, profesionales y de género en los cuales las/os enfermeras/os se desenvuelven de manera cotidiana.

EJES TEMÁTICOS

El diagnóstico lo hemos estructurado en 8 ejes temáticos, que permiten dar cuenta de aspectos relevantes de la realidad a ser analizada. Los ejes han sido abordados a lo largo del diagnóstico y se indica entre paréntesis el o los capítulos correspondientes.

- Historia de las mujeres y el cuidado (1, 4)
- Relaciones de género (1, 5, 6, 7, 8)
- Marco legal (3)
- Formación profesional (4, 6)
- Condiciones laborales (2, 3, 4, 8)
- Atención comunitaria e interculturalidad (4, 6, 7)
- Actividad político-sindical y presencia en los espacios públicos (7, 9)
- Problemática actual gremial y nacional, desafíos y proyecciones (2, 7, 9)

Período de ejecución del diagnóstico

El presente diagnóstico inició su ejecución el 23 de octubre del 2020, concluyendo el día 3 de abril del 2021. Acorde a lo estipulado en el contrato, se desarrolló tres productos:

- **Producto 1:** Metodología y Plan de Trabajo.
- **Producto 2:** Presentación de resultados preliminares.
- **Producto 3:** Presentación del diagnóstico.

METODOLOGÍA

EL PRESENTE DIAGNÓSTICO SUSTENTA SU INVESTIGACIÓN EN UN ENFOQUE HISTÓRICO DE GÉNERO, haciendo uso de una metodología mixta mediante el análisis de datos cualitativos y cuantitativos:

ANÁLISIS CUALITATIVO

a. Entrevistas y cuestionario autoaplicados:

El presente diagnóstico ha realizado recolección de datos mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada, la cual contó con la participación de once (11) participantes. La selección de la muestra se sustentó en varios criterios.

El primero fue el interés de explorar a profundidad en la biografía de enfermeras emblemáticas, las que por sus años de ejercicio profesional podían brindar una mirada temporal importante. El segundo aspecto que se consideró, fue la necesidad de una exploración de perfiles de diferentes departamentos del país, a fin de recoger miradas diversas que representen la diversidad de realidades a lo largo del territorio nacional. Finalmente, se buscó entrevistar a mujeres y hombres para poder explorar perspectivas que podrían estar atravesadas por cuestiones de género.

Asimismo, se elaboró un cuestionario autoaplicado el cual contó con la participación de 286 enfermeras/os de todo el país (Ver Anexo 1). El interés de la investigación estuvo centrado en medir el grado de satisfacción de las/los participantes, así como brindar espacios de reflexión sobre relaciones de poder dentro del ámbito laboral, estereotipos de género, activismo, entre otros. El deseo de las investigadoras fue realizar preguntas abiertas que permitan recoger testimonios extendidos.

b. Análisis documental:

Se realizó la revisión de información documental secundaria (libros, artículos, revistas, periódicos, etc.) a fin de recoger datos relevantes para fortalecer la línea narrativa del diagnóstico. En ese sentido, la revisión documental permitió establecer temas centrales para la discusión del diagnóstico: desarrollar una lectura, desde una perspectiva de género, de la situación de la enfermería en el

Perú. Asimismo, abrió la posibilidad de establecer recomendaciones necesarias en base al análisis comparado con otros países de la región.

La información generada mediante el análisis de entrevistas, cuestionario autoaplicado y revisión documental, ha derivado en la definición de ocho (08) ejes temáticos:

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Se ha realizado una exploración descriptiva y analítica de la data estadística existente vinculada a la enfermería en el Perú. En ese sentido, se ha utilizado información del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y del Colegio de Enfermeros del Perú. Se ha puesto particular interés en entender el impacto del número de enfermeras/os por personas en el país, desagregando las cifras por departamento; esto con el fin de entender el impacto diferenciado de ciertos quiebres históricos y sociales, siendo el último y uno de los más importantes, la crisis sanitaria producida por la COVID-19.

Asimismo, producto del cuestionario autoaplicado se ha podido medir niveles de satisfacción a través de un análisis cuantitativo de la información cualitativa respecto a la percepción de las/os enfermas/os sobre su condición laboral, remuneración y reconocimiento.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

EXISTE ESCASA INVESTIGACIÓN ACADÉMICA EN EL PERÚ SOBRE EL QUEHACER DE LA ENFERMERÍA, sus problemáticas, luchas y recorrido histórico. Así, el siguiente diagnóstico servirá para plantear un acercamiento con enfoque histórico a las problemáticas que enfrenta la profesión desde los tiempos del Perú Antiguo hasta la emergencia sanitaria actual. Asimismo, se abordará la realidad intercultural, necesaria tanto en el país, como en la profesión de enfermería, que estudia y comprende la enfermedad y la salud desde una perspectiva holística. Y, sobre todo, el enfoque transversal del diagnóstico será el de género, el que permitirá evidenciar por qué se ha solido invisibilizar a la profesión, unido al desprestigio de una sociedad patriarcal que subestima las labores de cuidado, al naturalizarlas como propias del género femenino. También, aquel enfoque permite analizar tratos discriminatorios o de sumisión con otros profesionales de salud, y cómo ello repercute en la autoestima profesional. De igual manera, permite comprender las nuevas masculinidades que se han comenzado a gestar en los enfermeros más jóvenes, y las luchas por la visibilización y reconocimiento de la enfermería.

Es por ello que el presente estudio aporta una nueva perspectiva y abre preguntas y áreas para futuras investigaciones sobre la profesión, que son escasas, por lo que se hace necesario pensar, problematizar, y seguir profundizando en la labor e historia de la enfermería en el Perú.

CONTEXTO

EL PRESENTE DIAGNÓSTICO SE LLEVA A CABO EN UN MOMENTO DE EXTREMA CRISIS, en la que se combinan de modo dramático factores políticos y económicos. Esta coyuntura se caracteriza por pugnas entre diversos grupos e intereses que llevan a un constante deterioro de las instituciones. Por estas razones las respuestas a la profunda crisis sanitaria están lejos de estar a la altura que las circunstancias demandan. Sin duda, esto afecta el desempeño profesional del personal sanitario y en particular de aquel involucrado con la enfermería.

Como sostiene Humberto Campodónico, basándose en las cifras del INEI, en el 2020 “la pobreza en el Perú tuvo un aumento de 9.9% (enorme), pasando de 20.2% en el 2019 a 30.1%. Ahora hay, entonces 9.8 millones de pobres, lo que implica que 3.3 millones de personas cayeron en la pobreza en el 2020.”¹ La razón estriba en que la paralización de la mayoría de las actividades económicas debido al Estado de Emergencia Nacional, sobre todo en el II trimestre del año pasado, implicó medidas de aislamiento social obligatorio. Sin embargo, el aumento de la pobreza ha tenido un impacto mucho mayor en las zonas urbanas que en las zonas rurales, ya que las medidas de confinamiento y paralización de las actividades económicas tuvieron lugar sobre todo en las ciudades.

Lamentablemente, las medidas de aislamiento social fueron inútiles respecto a sus objetivos de evitar la propagación del Covid 19. La capacidad del Estado de orientar el comportamiento de las personas se reveló claramente inoperante dada la complejidad que estas medidas demandaban a la administración estatal, la que mostró su inoperancia y su conducta errática. Esto se expresó también en las dificultades para la asignación y distribución de las diferentes modalidades de bonos, destinados a paliar los estragos de la reducción drástica de ingresos sobre todo de aquellos grupos más vulnerables. Por otro lado, a diferencia de otros países de la región, este apoyo se limitó a dos entregas lo que hizo que fuera limitado su impacto, tanto para la reactivación económica como para el alivio de las familias más golpeadas por la pandemia. Fue claramente insuficiente.

¹ <http://www.otramirada.pe/pobreza-hemos-regresado-los-niveles-del-2010>

La crisis sanitaria afecta a las mujeres de manera particular en el día a día. Y esta constatación no sólo atañe a las mujeres con las que el Estado y el sistema de salud tienen obligaciones directas, sino que la manera en que están afectadas y los recursos que se destinan a mitigar su situación y apoyarlas, incide en la sociedad toda. Además, el encierro doméstico, cuando tuvo lugar, llevó a un aumento grave de la violencia de género, que ya antes de la pandemia mostraba cifras inadmisibles que vienen dañando a las mujeres peruanas hace un buen tiempo y no daban señales de una posible disminución. Los sucesivos gobiernos han fracasado en el control de la violencia masculina en nuestro país. Aumentó también sensiblemente el número de mujeres adultas, adolescentes y niñas desaparecidas. Esto nos da una idea de la debilidad del Estado en la regulación de la conducta masculina y en el cumplimiento de sus funciones en relación a la garantía de proteger los derechos de un significativo número de la población.

La grave crisis sanitaria inevitablemente lleva al deterioro de las ya de por sí endebles regulaciones externas y las casi inexistentes regulaciones internas. El Perú es un país con muchas dificultades para la autocoacción. Y la violencia ha sido un recurso legítimo en el ejercicio de la autoridad. Lo más llamativo y preocupante es la violencia física, sexual y psicológica contra las mujeres; de allí la urgencia de atenuarla, de hacerse cargo de esta situación que vulnera a las ciudadanas y a las niñas y jóvenes, y afecta el control del contagio.

Como ocurre con las sociedades de orientación jerárquica, en el Perú los patrones de autorregulación no están precisamente arraigados. Las presiones externas son en la práctica las que operan sobre la conducta de los individuos. El proceso de democratización experimentado en los últimos años no ha sido acompañado por una mejora de los servicios educativos, por ejemplo. Y ello, pese a la ampliación de su cobertura. Esto, entre otras cosas, ha recortado las posibilidades de los sujetos de identificar al otro como un igual que lo obligue a interiorizar la norma. Las condiciones para contener el impulso a través de mecanismos internos y psíquicos son escasas. Esto explica también la violencia en la vida diaria y las agresiones físicas y sexuales contra las mujeres.

En el Perú existe una pronunciada división sexual del trabajo doméstico, en detrimento de las mujeres: más carga laboral con efectos físicos y psíquicos. Las mujeres peruanas ocupan más del doble de horas que los hombres en actividades domésticas no remuneradas y no reconocidas. Los hombres sienten

una infantil y sintomática aversión por las tareas domésticas y la crianza; los disminuye, los emascula. Por otro lado, el 34.7% -un tercio- de los hogares están encabezados por mujeres (Censo 2017), y la deserción paterna es crónica en nuestro país.

El cuidado es un punto central, tanto en la cuarentena como durante el delicado y complejo proceso de ir levantando algunas restricciones. Lamentablemente, en el Perú, como hilo que hilvana siglos de nuestra historia, el cuidado ha estado asociado con la servidumbre -mayormente indígena- y con las mujeres; y esto a su vez con lo inferior y lo maltratado: cuidan los inferiores. Esta actividad medular para la reproducción de la vida social no ha sido una fuente de reconocimiento, de estatus, de prestigio. Las tareas asociadas a ella no son particularmente pensadas ni sofisticadas. Este no es el cuidado que necesitamos para cuidarnos y cuidar a los demás en plena pandemia.

Esta pandemia nos enfrenta con límites que encontramos para la sostenibilidad de la vida que resultan de nuestra actual forma de organización como sociedad y como Estado. Plantea desafíos enormes para nuestra viabilidad, y también surge como posibilidad de una convivencia más segura, colectiva, cooperante y solidaria.

Junto con ello, un tema crucial es el de la creación de un Estado más redistributivo que invierta lo necesario en servicios de salud y educación de calidad. La pandemia nos lleva a repensar las instituciones, como por ejemplo la segmentación del sistema de salud en el Perú, la ausencia de condiciones mínimas de trabajo y bioseguridad, así como de los insuficientes esfuerzos que todavía se han hecho para enfrentar conocidos condicionantes sociales de la salud como el acceso a agua segura y desagüe, y a la seguridad y soberanía alimentaria.

Por otro lado, los estragos de la pandemia pusieron en evidencia el maltrecho sistema de salud pública. Esto hizo notar sobre todo el descuido estatal hacia el Primer Nivel de Atención (PNA), que se expresa en el desequilibrio de los servicios, lo que en parte explica el atiborramiento de los hospitales y las limitaciones para desplegar una política pública del cuidado. Sin duda esto concierne de manera especial a las actividades del personal sanitario que encara el trato cotidiano con la población en general y su peligrosa exposición al contagio. Este descuido estatal se expresó en la errática conducta del Estado con relación a la contratación de enfermeras, y el maltrato laboral experimentado por estas.

1 Un breve recorrido por la **historia de las mujeres** en el cuidado de la salud



COMO SE INDICÓ ANTERIORMENTE, EL CUIDADO DE LAS PERSONAS HA RECAÍDO DE FORMA TRADICIONAL SOBRE LAS MUJERES. EN LOS SIGUIENTES ÍTEMS, SE DESARROLLA DE MANERA PANORÁMICA ESTA TENDENCIA HISTÓRICA Y, AL MISMO TIEMPO, SE ABORDA LAS DINÁMICAS Y LAS CONCEPCIONES DE LA SALUD EN DISTINTOS MOMENTOS HISTÓRICOS.

1.1 LOS CUIDADOS DE LA SALUD EN EL PERÚ ANTIGUO

El Perú alberga conocimientos ancestrales de salud que se configuran como un universo propio de creencias y costumbres que, de muchas maneras, ha sobrevivido hasta la actualidad. Así, durante más de 14 mil años, diversas sociedades que ocuparon esta parte de los Andes centrales lograron generar una conexión directa e importante entre la salud y la naturaleza, como una forma de equilibrio y reciprocidad de cuidado entre las personas y su entorno.

Bajo esa mirada, la aproximación al cuidado de la salud en el pasado prehispánico nos exige pensar desde una perspectiva lejana a la occidental. En el mundo prehispánico las dolencias del cuerpo están -también- conectadas con la naturaleza y la forma en que esta expresa su relación con entidades humanas a través de manifestaciones corpóreas. Así, las “enfermedades” no tienen que ver con una dolencia individual, sino, por el contrario, con males que aquejan al grupo y, por lo tanto, impactan el equilibrio social.

Desde esa perspectiva, para aproximarnos a los cuidados para el período prehispánico es necesario hacer un breve repaso por el tipo de fuentes desde las cuales, arqueólogas/os e historiadoras/es, han reconstruido el cuidado de la salud antes de la llegada española. En ese sentido, las fuentes materiales son un punto de partida formidable, ya que muchas sociedades inmortalizaron en sus representaciones iconográficas, enfermedades como una forma de expresar esta alegoría de encuentro entre el cuerpo humano y algo que lo excede., Así, vemos -por ejemplo- representaciones en cerámica escultórica que dan cuenta de la observación minuciosa de enfermedades y que, a su vez, al estar ligadas con la muerte, las dotan de aspectos divinos.

Otra fuente, son los mismos cuerpos, los cuales han sobrevivido -en muchos casos- por miles de años. Si bien, en la mayoría de los casos, solo se conservan restos óseos, los avances científicos han llegado a tal nivel de fineza que permiten dar luces sobre muchos aspectos de las enfermedades y su manejo en el pasado prehispánico. Las ramas de la arqueología encargadas de estos estudios son la bioarqueología y la paleopatología, cuyos especialistas analizan la morfología de los huesos en busca de información médica, pero también realizan exámenes más detallados, como el de ADN, para determinar algunas patologías genéticas y análisis de isótopos en base a los cuales los/as arqueólogos/as pueden reconstruir aspectos muy específicos, como la dieta a lo largo de la vida de una persona y, junto a ello, su movimiento a través del territorio.

En ese sentido, es importante realizar un breve repaso por los diferentes períodos en los que la arqueología ha dividido el pasado prehispánico, a fin de entender las diferentes estrategias en torno al cuidado de la salud y, junto a ello, pensar la forma en que roles como el femenino guardan un protagonismo importante en su desarrollo y, en gran medida, en la conservación de conocimiento hasta la actualidad.

1.1.1 El período Arcaico

Los estudios y fechados relacionados a las y los primeras/os habitantes del Antiguo Perú se remontan a 14 mil años a.C. en la sierra central del actual Perú. Tomaría casi dos milenios para que estas poblaciones lleguen y dominen -de alguna manera- la geografía y clima de la zona costera. Debemos imaginar a estas/os primeras/os peruanos en un entorno un tanto hostil, producto de la última glaciación (*Younger Dryas*) fechada entre los 10 mil y 11 mil años a.C. Si bien los datos sobre este período son bastante limitados, debemos pensar en la importancia de estrategias para que estos cuerpos puedan resistir las bajas temperaturas, mediante una adecuada dieta que, a su vez, exigía conocer a los animales y las plantas que -junto a ellas y ellos- batallaban por sobrevivir.

Junto con la estabilización del clima llegó la horticultura, un avance importante en la estabilización de grupos, los cuales comenzaron a detenerse por períodos más prolongados dentro de los campamentos. Aunque la arqueología ha puesto particular importancia en la tecnología de caza, normalmente asociada a la esfera más masculina, es el cuidado y conocimiento sobre las plantas la verdadera estrella de este período. Si coincidimos con lo propuesto por los investigadores,

que concluyen que la división del trabajo colocaba a las mujeres de manera más prolongada en las actividades del campamento, entonces también debemos coincidir en que fueron, ellas, artífices de lo que hoy se denomina “civilización”. Así, las mujeres fueron las encargadas de conocer las distintas plantas que crecían en los territorios, y estas fueron usadas por ellas no solo para alimentar a sus grupos, sino también, para curarlos. En ese sentido, no es exagerado decir que la esfera femenina fue la fuente proveedora durante miles de años, ya que la recolección es la fuente principal de alimento para la época; pero, también, las primeras en desarrollar maneras de curar y cuidar de modo integral los cuerpos de sus grupos.

Pasarían varios miles de años para que un nuevo giro ambiental traiga cambios importantes en el tipo de organización de los grupos humanos. Para el cuarto milenio antes de Cristo, la estabilización de las corrientes coincide con la aparición de arquitectura de mayor envergadura y la evidencia de formas de organización más complejas. Es en este período que aparecen sitios como Caral, donde existe importante evidencia para sustentar que el intercambio de plantas medicinales con otros valles era una de las actividades económicas más importantes (Shady, 2005, p. 112). Con el acceso, mediante el trueque, a plantas de diferentes territorios de la costa, sierra y selva, quien tuviera el conocimiento sobre su manejo y uso, definitivamente ocupaba un lugar importante dentro de la sociedad. Este conocimiento de plantas y su poder para curar va de la mano con la existencia de espacios adecuados para realizar ritos.

En conclusión, durante el Arcaico podemos rastrear la forma en que la esfera femenina, encargada de la recolección y posterior domesticación de las plantas, tuvo a su cargo lo que quizá es el gran paso civilizatorio: el uso de plantas para alimentar y curar. Debemos entender que para que esta empresa tuviera éxito y deviniera en los subsecuentes desarrollos sociales, requirió de un cuidado del conocimiento sostenido, por lo que se puede sugerir que estos saberes femeninos tuvieron que ser enseñados y heredados de manera cuidada durante miles de años.

1.1.2 El período Inicial

Durante esta etapa (1000 y 3000 a.C) el descubrimiento de la cerámica trajo consigo cambios importantes y vertiginosos dentro de las sociedades del Antiguo Perú. Es, en este período, donde aparecen desarrollos ampliamente conocidos como el de Chavín. Este período es de particular importancia ya que nos permite aproximarnos a las formas diversas en que las sociedades

del pasado encontraron formas de curar el cuerpo y el espíritu, y que, hasta la fecha, son practicadas por sociedades tradicionales.

Un ejemplo de esto son las plantas psicotrópicas, las cuales tendrán un rol importante dentro de varios grupos a lo largo del tiempo. El uso de estas plantas maestras colabora a que el cuerpo se conecte de manera más clara con esferas no terrenales y, junto a ello, encuentre espacios de sanación. En el caso de Chavín la presencia del San Pedro o Wachuma en la iconografía señala la importancia de este cactus dentro de los rituales realizados por las personas que peregrinaban a este centro religioso.

La importancia de las plantas psicotrópicas o maestras nos llevan a pensar en la sanación del cuerpo a través del traslado de la mente a otros planos que, dentro de la medicina occidental, no son contemplados. La exploración del cuerpo, sus dolencias y la sanación, mediante la experimentación, de manera ritual, con plantas, es una forma que aún se mantiene vigente en muchos grupos y sigue siendo utilizada para curar enfermedades para las cuales la medicina occidental, en muchos casos, no tiene respuesta.

1.1.3 El período Temprano

Entre los años 100 y 600 d.C aparecen sociedades con rasgos estatales, las que manufacturan materiales a gran escala y que ya pueden ser rastreadas por expresiones artísticas diferenciadas (León, 2013, p. 73). Es en este período que aparecen sociedades como Moche, Nasca, Lima, entre otras.

El imponente legado iconográfico y artístico de este período es una fuente sustancial para poder imaginar de manera bastante realista cómo es que aspectos que hoy en día son vistos como “cotidianos”, en otros contextos y tiempos eran altamente ritualizados. Este es el caso, por ejemplo, del parto. Existe evidencia tanto iconográfica como arqueológica de la importancia del rol de las parteras dentro de estas sociedades. Por ejemplo, en el importante hallazgo de la Señora de Cao en la huaca moche de El Brujo, se encontró una pieza cerámica que representa a una mujer con un manto que evoca un pallar, imponiendo su mano sobre el ombligo de otra mujer que sostiene a un niño/a. La presencia de estas mujeres curanderas es frecuente en varios hallazgos de desarrollo mochica, frecuentemente relacionados a partos, curando mediante la imposición de manos, o en estado de transición sosteniendo plantas de San Pedro (Villavicencio, 2016, p. 35).



Mujer Pallar curando a través de la imposición de manos a un niño/a que está lactando
Fuente: Archivo Fundación Wiese - Proyecto El Brujo

La evidencia sugiere la presencia de estas mujeres curanderas en calidad de entes que conectan dos espacios importantes dentro de la configuración del cosmos: la vida y la muerte, pero también existe un consenso entre los investigadores sobre el rol adivinatorio de estos personajes, lo que las dota -a su vez- del control del tiempo futuro, presente y pasado.

Bajo esa mirada, el poder que emana del conocimiento de la vida, mediante la labor de partera; de la muerte, a través del conocimiento curativo de plantas y de poderes que provienen del propio cuerpo de la curandera, y se manifiestan a través de la imposición de manos; así como el dominio de distintos tiempos (presente, pasado y futuro), nos habla de un tipo de poder femenino que no es frecuentemente presentado como importante cuando se describe a sociedades como la Moche.

1.1.4 Horizonte Medio

Entre los años 600 d.C y el 900 d.C surgieron en los Andes Centrales formas de organización mucho más complejas. Quizá la más resaltante sea la sociedad Wari, que heredaría de otros grupos que la antecedieron, una larga tradición de curación y exploración del cuerpo a través del consumo de plantas alucinógenas. Así, para muchos especialistas, las representaciones de dioses wari, guardan una directa relación con representaciones de las deidades principales en lo que es el soporte más importante de este desarrollo: la cerámica. Así, los

famosos personajes de báculos, heredados de tradiciones como la de la cultura Tiwanaku, parecen emular un estado bajo efectos alucinógenos, expresados en la bipartición del ojo (Mulvany, 1994, p. 205).

Estos aspectos iconográficos tienen un correlato importante con la evidencia arqueológica. Por ejemplo, en la famosa tumba de la denominada Señora de Huarmey se ha hallado una cantidad importante de restos botánicos, muchos de ellos relacionados a plantas curativas, así como otras de carácter alucinógeno como la willka. En ese sentido, vemos que esta mujer que representa el nivel más alto en la jerarquía wari, ostenta como parte de su parafernalia este tipo de productos, que son una alegoría al poder que emana de quien conoce el uso de estas plantas.

Asimismo, se ha registrado en este período la importancia del árbol pati, una especie propia de la sierra central y que crece de manera extendida en Ayacucho y Huancavelica. Este árbol que, en la actualidad, no tiene un uso particular para las poblaciones ayacuchanas, ha sido registrado arqueológicamente en sitios asociados al apogeo Wari. Los análisis realizados a este árbol revelan que su uso no está relacionado con la alimentación. Sin embargo, la alta presencia de sustancias alcalinas en el pati, podría referirlo a un uso curativo (González Carré, 2018, p. 90).

1.1.5 Intermedio Tardío

Al colapso Wari le sucede la aparición de una cantidad dispersa y numerosa de sociedades a lo largo del actual Perú. Así, entre los años 1000 y 1470 d.C existieron varios grupos que se caracterizaron por la alta presencia de conflictos y zonas de tensión política, lo que los llevará a vivir de manera cercada y ubicarse -en muchos casos- en zonas amuralladas de difícil acceso.

En un período de constante tensión y donde la violencia producto de conflictos es frecuente, la necesidad de estrategias que puedan contener las heridas producto de los conflictos es importante. Los estudios de cuerpos con evidencia de trauma producto de violencia, muestran muchos casos donde las heridas fueron atendidas de manera exitosa evitando la muerte del individuo. Es así que podemos imaginar a un grupo de personas dedicadas al cuidado de heridas, un escenario similar al que sucedería -en períodos más recientes- en la guerra.

Asimismo, y continuando con una tradición territorial, existe -para este período- evidencia abundante en la costa norte sobre los roles femeninos vinculados a la

salud. Por ejemplo, en la famosa tumba del denominado Señor de Sicán, resalta la presencia de una mujer que se encuentra en posición de parto, acompañada de otra que recibe la nueva vida. Una vez más, queda explícita la importancia de las mujeres parteras como cuerpos encargados de traer vida a la tierra. El hecho de encontrar esta escena en una cámara funeraria refuerza la conexión íntima entre la vida y la muerte.

1.1.6 Período Inca

El desarrollo Inca se inicia alrededor de 1470 d.C. Si bien aún no existe un consenso sobre esta fecha, lo que sí se puede decir es que la presencia inca se extendió rápidamente por un extenso territorio, logrando una hegemonía incuestionable en una diversidad de territorios. En ese sentido, los incas fueron -en buena medida- los herederos de un conjunto de conocimientos desarrollados por miles de años por sus antecesores, entre ellos -y de manera notable- los relacionados a la sanación.

El famoso Inca Garcilaso de la Vega mencionaría el amplio conocimiento herbolario de sus antepasados, y la forma en que este se transmitía, de manera sostenida, de generación en generación. Dado que para este período se cuenta con información procedente de fuentes históricas, se puede conocer de manera un poco más detallada sobre las prácticas de la salud durante este período. Así, por ejemplo, se conoce el poder de la ortiga para la ciática, el apyco como vermífugo, el mastuerzo para tratar el escorbuto, la chilca para las articulaciones, el sauco para afecciones de la garganta, y el sauce como antipirético (Chirinos, 2015, p. 221). Sin embargo, y como bien hemos señalado a lo largo de esta sección, los males que se atienden no solo tienen que ver con dolores que afectan al cuerpo, sino también, otras manifestaciones más abstractas como descompensación del cuerpo por encuentro con el “viento”, para el cual la muña jugará un rol central, y otros males como la melancolía, las cuales eran tratadas con brebajes elaborados de huayruro.

Una planta que ocupa un rol privilegiado y que materializa de manera excepcional esta conexión entre el cuerpo individual y el social, entre la presencia terrenal y divina, es la coca. Las hojas de coca, presentes en los rituales de mayor jerarquía y valorada dentro de la escala más alta del sistema material andino, no solo servirá para curar algunos males, sino que también tiene un rol adivinatorio y, por lo tanto, representará un vínculo entre los tiempos.

El nivel de especialización dentro del cuidado de la salud se da de manera diferenciada por status social. Así, la salud del inca y su panaca estaría a cargo de los hampi camayoc, mientras que el resto del pueblo debía recurrir a los ccamasmas (Lain, 1978, p. 37). En ese sentido, debemos resaltar una división importante entre los cuerpos, siendo los relacionados mediante vínculos de parentesco al inca, y por lo tanto a las deidades inca, los más importantes de mantener.

1.1.7 Enfermedades en el Antiguo Perú

Todas estas fuentes, han llevado a develar muchas de las enfermedades endémicas de este espacio geográfico y que, en muchos casos, fueron transmitidas a los europeos como parte del proceso de colonización. En ese sentido, mencionaremos cinco enfermedades que no solo se ven representadas en cerámica, sino de las que también se ha encontrado individuos del Antiguo Perú afectados por las mismas, lo que confirma la existencia de estos males en fechas anteriores a la invasión española.

En primer lugar, tenemos a la tuberculosis, enfermedad cuya cepa en el caso peruano prehispánico parece haber sido transmitida por la familia animal de los lobos marinos y que, a la llegada de los españoles, se fusionó con una cepa que provenía del viejo mundo, provocando muertes masivas durante la conquista. Cabe señalar que una de las consecuencias de esta enfermedad es su expansión a las vértebras, produciendo un tipo de joroba, la cual podría estar asociada a personajes míticos representados en distintas culturas como los Moche, Chimú e Inca.

Otra enfermedad reconocida tanto en fuentes escritas como en representaciones materiales, como la cerámica, es la Bartonelosis o verruga peruana, la cual es producida por un tipo de mosquito que es endémico de esta parte de los Andes Centrales. Si bien la posibilidad de encontrar evidencia es bastante complicada, ya que esta requiere de tejido blando bien conservado, y este es el primero en desintegrarse, hay referencia de algunas momias con algunos rezagos de esta enfermedad. Asimismo, la uta es una enfermedad propia de la región andina la que, al igual que la verruga peruana, es transmitida por los mosquitos, los cuales suelen atacar las partes más expuestas durante el período nocturno, como la cara y los brazos y piernas.



Representación mochica de personajes con sífilis
Fuente: Museo Larco

Finalmente, se debe resaltar que si bien la colonización española trajo consigo enfermedades mortales para los pueblos indígenas como la viruela y la gripe, existen otras que fueron contraídas por los españoles a su llegada y que generaron verdaderas catástrofes en Europa. Quizá, la más anecdótica sea la sífilis, ya que esta se contrae a través del contacto sexual. En ese sentido, la violencia sexual cometida durante la invasión tuvo como resultado -en muchos casos- que los agresores terminen muertos por esta enfermedad o que la transmitan de vuelta en su viaje trasatlántico. Otra enfermedad es la artritis reumatoide, que aqueja de manera particular a las mujeres jóvenes, la cual, al igual que la sífilis parece haber sido contraída durante la conquista y llevada a Europa.

1.2. LOS CUIDADOS DE LA SALUD EN EL PERÍODO VIRREINAL/COLONIAL

Con el establecimiento del orden virreinal, las tradiciones andina-amazónica, hispana-mediterránea y africana se entremezclaron para generar conocimientos y prácticas relacionadas con el cuidado del cuerpo de aquellos que habitaban los territorios del virreinato peruano. En la tradición andina, el protagonismo de este cuidado recayó en sacerdotes/isas, curanderos/as, shamanes/as y otros que usaron técnicas y plantas medicinales, muchas veces, en contextos

ritualistas con el fin de curar enfermedades, dolores y heridas. Este carácter ritualista se reconfiguró durante el proceso de la conquista, cuando se desataron pandemias que diezmaron a un importante sector de las poblaciones indígenas y que, al mismo tiempo, significó solicitar protección no solo al panteón divino andino, sino también, al cristiano.

Los saberes acumulados por las poblaciones andinas y amazónicas fueron revalorizados y utilizados por el clero. Este interés por las plantas y técnicas medicinales fue plasmado en escritos de autoría clerical. Incluso, los extirpadores de idolatrías reconocían estos conocimientos, pero criticaron su uso en contextos paganos. De otra parte, en 1570 se estableció una ley general que nombraba a protomédicos en los reinos americanos. Ellos regularon los excesos de médicos, cirujanos, licenciados y farmacéuticos en los quehaceres de la salud pública. Tal ley fue fortalecida con la implementación del Tribunal del Protomedicato que tuvo coordinación directa con la Audiencia de Lima y el virrey.

El clero, como el otro brazo del poder virreinal, tuvo una participación activa en el cuidado de la salud de sus feligreses, especialmente, a partir de las parroquias. Una de sus expresiones fue la asistencia que brindaron en los últimos momentos de la vida de los fieles por medio de la denominada extrema unción de los enfermos, y en el proceso de sus enterramientos. Habría que indicar que el cuidado de la salud durante el periodo virreinal no tuvo una clara frontera con el ejercicio de la caridad que era considerada como una virtud teologal. Es decir, junto a la fe y la esperanza formaba parte de las virtudes que todo buen cristiano tenía que cumplir. Entonces, formó parte de las labores que cumplieron las órdenes religiosas, la elite diocesana, los párrocos y los doctrineros.

La caridad se instituyó en beneficencia mediante los hospitales que asistían a los enfermos, especialmente pobres, brindándoles alimentación, descanso, rehabilitación, operación y administración de sacramentos. Los hospitales recibieron la ayuda de integrantes de cofradías quienes, al mismo tiempo, asistían a sus compañeros enfermos. El sistema hospitalario fue apoyado por diversas autoridades regionales y locales en su financiamiento y administración. Además, sobre todo, los ricos los apoyaron con donaciones y limosnas. Cofrades y familias acomodadas no dudaron en entregar esclavos para apoyar el cuidado de enfermos. A los hospitales se sumaron las casas de recogimiento -exclusivas para las mujeres- y los hospicios como lugares que cuidaban enfermos.

Las enfermedades eran percibidas en calidad de castigos divinos por gran parte de los habitantes del virreinato peruano; ideas que fueron fortalecidas por razonamientos providencialistas que consideraban que las enfermedades eran producto de los pecados o de pruebas de Dios. Ello se explica por el desprecio del cristianismo por el cuerpo que considera un mero envoltorio del alma, que era el elemento a cuidar y era proclive a corromperse por la fragilidad de los cuerpos. Por ende, los religiosos eran los mejores en apoyar el proceso de curación de los cuerpos alejándolos del pecado.

Los hospitales en Lima respondieron a criterios étnicos. Así, uno de los más conocidos fue el hospital de Santa Ana, fundado en 1548, y enfocado en el cuidado de los indígenas. Cuatro años más tarde fue fundado el de San Andrés para españoles pobres, aunque el hospital anterior tuvo un mejor manejo administrativo y atención para quienes requerían atención. En 1560 se estableció el hospital de San Bartolomé para la población afrodescendiente. Quince años después se fundó un hospital cerca del puerto del Callao: el del Espíritu Santo. A ellos se sumaron otros más. En 1559 se creó el Hospital de La Caridad que se destinó a la atención de mujeres (Rodríguez, 2017, pp. 18-44; Deza, 2005, pp. 35). En el siglo XVIII, con el ingreso de las ideas ilustradas, la atención de la salud empezó a destacar “la valoración científica y organizacional en la administración de la salud y cómo junto al rol de la caridad, se fue creando un perfil más moderno y sistemático que dotó al Estado colonial de un sentido renovador involucrado en la salud, que superó el punto de vista inmedatista centrado en los resultados, y se preocupó de la prevención de enfermedades” (Rodríguez, 2017, pp. 46-47).

De ahí que parte de la vida de las mujeres que deseaban llevar una vida religiosa, sea dentro o fuera de beaterios o monasterios, era realizando visitas constantes a enfermos de todo estrato social, o inclusive destinando una habitación en sus casas para cumplir esta labor. Es probable que visitaran también algunos hospitales. Uno de los casos más conocidos en torno a estas acciones fue el de santa Rosa de Lima, en cuya casa familiar tuvo una habitación donde cuidaba a cualquier enfermo que lo requiriera, sobre todo a aquellos que no contaban con recursos suficientes. A los demás los visitaba en sus respectivas casas. Por ello, las enfermeras peruanas celebran la fiesta anual de la santa, el 30 de agosto.

En referencia al cuidado de los enfermos, las mujeres que destacaron en la historia virreinal peruana fueron aquellas que lo hicieron en el interior de los monasterios. Conocemos que en los monasterios convivieron las monjas de velo negro y velo

blanco (mujeres de las elites y de los sectores medios que cumplían sus votos religiosos), las donadas (mujeres de sectores medios y populares que cumplían sus votos religiosos), las seglares (mujeres de elite y sectores medios) y las esclavas y las criadas (mujeres de sectores populares que servían a sus amas), y así se reunían poblaciones femeninas de cientos o miles. Los monasterios contaban con una habitación grande para enfermería, donde las enfermas eran cuidadas por monjas, donadas, criadas o esclavas. Algunas de ellas poseían amplios conocimientos de sanación, aunque, en casos graves, los pacientes eran revisados por un cirujano.

A su vez, para la cosmovisión andina, las enfermedades ocurrían por faltas o “pecados” con sus ancestros y divinidades o wak’as, que aumentaron en el Perú virreinal. Tanto en los confesionarios quechuas realizados durante el siglo XVII, como en los juicios de extirpación de las idolatrías, se encuentran nuevos pecados ligados con la cultura occidental, el sincretismo, y el mal culto a las wak’as.

Lozada (2006) recuerda que:

“En los Andes imperaba una concepción cosmocéntrica que hace que el hombre se conciba a sí mismo como parte integrada al mundo, un elemento más de las fuerzas naturales y sagradas, y un objeto en movimiento constante sin ninguna finalidad ulterior: flujo que renueva el equilibrio cósmico de manera cíclica en el rito” (p. 72).

De esta manera, el mantener los ritos era necesario para conservar el flujo y equilibrio con el cosmos en sí, con el conjunto de seres que se encontraban conectados.

En la visita de Bernardo de Noboa, una mujer encargada de los cultos a las wak’as afirmaba que ellas estaban enojadas porque “las tienen olvidadas y que las mochen y adoren y hagan sacrificios que con eso no se morirán ni les sucederá cosa mala” (AAL, Hechicería: Leg. III: Exp: 10: f. 7). Las wak’as se encontraban molestas porque los andinos se estaban convirtiendo a la nueva religión y estaban olvidando de adorarlas correctamente, y, en consecuencia, les mandaban enfermedades que podían incluso causarles la muerte.

Un ruego a Libiac, o el rayo, también evidencia que las enfermedades respondían a castigos por el incumplimiento de las normas y pautas sociales que habían sido enseñadas por sus ancestros y divinidades.

“Señor Rayo, cría a los hombres y mujeres chacaras puquios dadnos plata hacienda comida vestidos, no estéis enojado con nosotros recibe esta

ofrenda que os dan vosotros hijos y criaturas. Y quando ofrecían los cuyes vio este testigo los degollaban con las uñas sacaban hígados y bofes y estaban todos llenos de sangre los dichos hechiceros decían que Libiac estaba enojado y les había de castigar y enviar enfermedades y que para que no lo hiciesen les adorase con todo su corazón y lágrimas y gemidos". (AAL, Hechicería: Leg III: Exp. 10: f. 24).

Se consideraba pecado "haber comido la raccha micuna o yana micuna, es decir, comidas hechas con carnes de animales traídos por los españoles, particularmente cuando se rendía culto a los camaquenes" (Taylor, 2007, p. 17).

Por otro lado, la chicha, el maíz, algunos animales como los cuyes y las llamas, entre otras comidas, se ofrecían en los sacrificios y diferentes festividades. Los andinos basaban su reciprocidad en la comida, se debía alimentar bien a las wak'as, sino ellas podían generar una catástrofe o enfermedades.

Tenían opinión que todas las enfermedades venían por pecados que hubiesen hecho. Y para el remedio usaban de sacrificios y ultra y [e]so también se confesaban vocalmente, casi en todas las provincias, y tenían confesores, diputados para esto, mayores y menores, y pecados reservados al mayor, y recibían penitencias y algunas veces ásperas, especialmente si era hombre pobre el que hacía el pecado y no tenía que dar al confesor. Y este oficio de confesor también lo tenían las mujeres. En las provincias del Collasuyo fue y es muy universal este uso de confesores hechiceros, que ellos llaman *ichuri*, vel *ichuiri* (Taylor, 2007, p. 11).



Sacrificio de una llama a una huaca.

Nueva Crónica y Buen Gobierno (1615), Guaman Poma de Ayala

Así, la confesión con las autoridades religiosas servía para curarse del pecado que se había realizado de manera individual, o del pecado familiar. Otra falta que aparece durante el siglo XVI -y que tiene estrecha relación con mantener la pureza cultural - es prohibir la ingesta de cualquier comida española y de tomar vino. Las diferentes “hechiceras” que veían la suerte por arañas, predicaban que si un indio se hinchaba era porque había comido pan, carne o guiso, es decir, la causa de los malestares físicos fue asociado directamente a la ingesta de comidas españolas por parte de la población indígena.

Las enfermedades serían producto de haber comido los alimentos prohibidos, siendo un castigo de las wak’as por no rendirle los cultos debidamente, o de no llevar el estilo de vida requerido. La vigilancia de las wak’as y las autoridades religiosas en conjunto sobre la vida de los habitantes de cada ayllu, tiene que haber sido crucial durante este período de urgencia religiosa, como se percibe en los procesos de extirpación de idolatrías.

Los hospitales en el periodo de dominio español no se orientaban por la sanación de los que sufrían ciertas dolencias, sino que combinaban el hospedar y cuidar, pero el énfasis no estaba puesto en el sanar del modo como lo entendemos hoy. El curar estaba más bien extendido en distintos grupos de la sociedad, y no era una tarea especializada, aunque sabios, “brujos” y curanderas se dedicaron a aliviar a la población de sus malestares. Se recurrió a una farmacopea popular, transmitida casi siempre de modo oral y que, si bien careció de una recopilación sistemática, fue parte de una cultura popular rica e importante. Más de una vez esos conocimientos fueron asociados a prácticas demoníacas y perseguidas, tanto por el Tribunal de la Inquisición en las ciudades, como por el Tribunal de Extirpación de Idolatrías cuyos recursos represivos actuaron especialmente sobre la población indígena. Se debe recordar que la mayor parte de los procesos vistos por el Tribunal de la Inquisición relativos a brujería o hechicería, fueron aquellos donde las mujeres tuvieron un protagonismo decidido; y en una parte considerable de dichos procesos las mujeres declararon sobre sus saberes curativos. Al mismo tiempo, las mujeres llamadas beatas y que buscaban un acercamiento a Cristo de modo personal y directo, muchas veces al margen de la jerarquía eclesiástica, también apelaron a sus bondades terapéuticas, estas concebidas como un favor de la divinidad.

1.3 LOS CUIDADOS DE LA SALUD EN LA REPÚBLICA

El interés de las instituciones públicas por el cuidado de la salud de los habitantes apareció tarde en el Perú. A finales del periodo colonial, un virrey como José de Abascal (1806-1816) se impresionó por el descuido de las personas enfermas que ofrecían imágenes que empezaban a herir la sensibilidad de la época. Ordenó entonces medidas destinadas a crear centros de formación de médicos y a transformar las estructuras de la profesión terapéutica (Diccionario biográfico Mendiburu). También promocionó la vacunación antivariólica entre los habitantes del virreinato bajo su autoridad. En esta oportunidad reunió los aportes del doctor José Salvany y Lleopart por tierras hispanoamericanas y el trabajo del protomédico Hipólito Unanue. Creó el primer cementerio fuera de las murallas de la ciudad de Lima. Hasta ese momento la gente enterraba a sus muertos en las iglesias y en los conventos capitalinos, que empezaban a ser considerados un atentado contra la salud y la higiene de sus habitantes. Fundó también el Colegio de Medicina para la formación de galenos y especialistas. Por supuesto que las mujeres no fueron consideradas dignas de ninguna tarea reconocida en este terreno del cuidado y del conocimiento oficial.

A inicios de la república el Protomedicato -un equivalente al Colegio Médico- estaba en declive. Había sido creado en el siglo XVI y la obsolescencia de su orientación resultaba cada vez más notoria. Este estado de cosas también incluía las tensiones entre médicos y aquellos que ejercían la terapéutica de forma autodidáctica. Estudios señalan que las enemistades entre médicos y charlatanes cuajaban la atmósfera social de la ciudad (Chávez Lara, 2012). De este escenario son parte por lo menos dos mujeres: Benita Caudeu de Fessel y Dorotea Salguero; con prácticas médicas distintas pero unidas por varios de los rasgos de la época en cuestión.

El pensamiento ilustrado expresaba un nuevo interés por la mortalidad infantil en relación al bienestar de las naciones. Una nueva sensibilidad proponía posponer la caridad propia de la Iglesia católica, y enarbolar la confianza en la ciencia y en el progreso. Estas ideas que, de alguna forma, apoyaban una moral laica si bien no expuestas de modo expreso por los fundadores de la república del Perú, sí fueron declaradas en sus proclamas y legislaciones. La educación de las niñas y jóvenes también fue parte del programa republicano, pero ese propósito se asfixió en medio de las ambiciones de patriarcas y

caudillos. Fue el caso de la Escuela de Partos, fundada por la partera francesa Benita Cadeau de Fessel. La necesidad de contener el deceso de los infantes coincide con que los médicos van ganando prestigio, y con ello la regulación de los saberes femeninos que pretendían convertir la práctica obstétrica en un terreno subordinado, aunque crucial, a ese creciente prestigio.

1.3.1 Al cuidado de las mujeres de parto: Madame Fessel²

Las mujeres daban a luz con muy poca ayuda cuando se fundó la república. Parteras confiaban en los conocimientos que habían recibido de forma oral y se basaban en la observación, podían hacer que ciertas dificultades de algunas parturientas se aliviaran. Entre los médicos no había ginecólogos, y poco hacían por las mujeres. Morir de complicaciones en torno al parto no era poco común; la maternidad estaba asociada con el temor a la muerte y era parte de la vida de las mujeres que se embarazaban. La obstetra Benita Cadeau de Fessel, nacida y formada en Francia, llega a Lima en 1826 y a través de Simón Bolívar e Hipólito Unanue quién era su médico personal, es recibida por el Protomedicato General de la República. Ese mismo año se propuso la creación de la Casa de la Maternidad de Lima que fue aprobada por el presidente Santa Cruz. Sin embargo, la agitación política y la violencia caudillista que vivía el país esos días, impidió ejecutar las medidas dictadas. La persistencia de Fessel, para crear en Lima la escuela de parteras, determinó al fin su fundación en mayo de 1830. Recién ese año, a tres de su llegada, el gobierno peruano proporcionó un edificio, y dinero, para que funcionara, contiguo a lo que había sido durante la colonia el Hospital de la Caridad para mujeres. Este gesto puede ser considerado el nacimiento de la Casa de la Maternidad. En este caso, el Estado asignó recursos que, si bien parecían escasos en comparación con lo que podía disponer una mujer con las cualidades profesionales de Madame Fessel, despertaron la envidia y la crítica de ciertos grupos que no veían con simpatía lo que ella ofrecía para mejorar la atención del parto y cuidar a las mujeres en la capital de la naciente república.

Los afanes de Benita Cadeau de Fessel nos llevan a la historia del cuerpo y del espacio público, así como de la educación de las mujeres. Fessel usó la escritura para definir un espacio propio de las mujeres, donde los hombres no tenían lugar. Los médicos no contaban con la experiencia, y por ende, con los

² Parte de la información sobre Benita Fessel, Dorotea Salguero y Justa Retamoso proviene del proyecto de investigación "La República prometida. Mujeres y agencia en la construcción del espacio público (1823 – 1928)" (PUCP, 2015-2017). Fue presentado y desarrollado por Maria Emma Mannarelli y Fanni Muñoz.

conocimientos que esta concedía. Pero para eso tendría que elevar el estatus de las parteras y diferenciarse de las recibidoras, a las que la pura empiria inferiorizaba. Así, Lima se convirtió en la primera ciudad de América meridional que contó con un centro docente para preparar obstetras (Lissel Quiroz-Pérez, 2014). Combinó el entrenamiento clínico con una escuela de partos, es decir, la formación profesional, la experiencia y el estudio (Quiroz-Pérez, 2014, p. 205). En este caso los hombres parecen haberse sentido disminuidos con la presencia de las mujeres; dijeron que estas carecían de cultura y conocimientos. El entrenamiento de estas mujeres – se calcula que en cuatro años estaban presentes en 40 a 100 partos – despertaba actitudes ambiguas: sin duda era una experiencia que superaba a aquella que podían tener los doctores de la época, y por otro lado las ponía en contacto con el cuerpo y sus fluidos, que todavía en esas épocas estaba asociado a la contaminación, a lo bajo y a lo sucio.

En una de sus publicaciones (publicó varios libros) Fessel explicaba que a los quince días más o menos de haber llegado a Lima capital, fue llamada a las 2 am a la casa de una joven, mujer de un zapatero nombrada Luisa Baquijano, Calle de la Concepción número 238. Hacía cinco días se hallaba con los más fuertes dolores de parto, y a quien asistía una recibidora venida desde un principio.

Pregunté a esta última cuáles eran los obstáculos que habían retardado el parto por tanto tiempo y me contestó con la mayor franqueza, que esto provenía de la falta de valor en la madre, pues la criatura estaba perfectamente situada y presentada la cabeza naturalmente en la vulva, y añadió que, a su entender, para dar en iguales casos la energía necesaria a la parturienta, y terminar pronto el parto, era necesario sacudirle unas cuantas bofetadas ganadas [sic]; se dispuso a reconocer a la parturienta: La salida de la placenta se verificó sin dificultad alguna. La madre se levantó sana y buena a los cinco días.” (Mannarelli y Muñoz, 2015-2017)

Entre sus observaciones, Fessel incluyó el caso de una sirvienta de la ciudad. Luego de doce horas de dolores de parto, “de un sacudimiento verificado por la persona de la primera” es decir, por la señora de la casa, “por dos vigorosos negros, apareció en la vulva un tumor del tamaño de la cabeza de una criatura recién nacida” (Quiroz-Pérez, 2014, pp. 42-43). La obstetra, como en otras ocasiones, hizo comentarios sobre las prácticas tradicionales: le llamaba la atención que mujeres de las clases altas aceptaran ese tipo de conducta. La violencia física atentaba contra el hecho natural del parto.

El trabajo de Fessel y sus actitudes eran las mismas ante las mujeres de distinta condición social y étnica. En todos los casos de lo que se trataba era de disminuir el sufrimiento de las mujeres, más allá de quiénes fueran. Esto la llevó a tener una actitud crítica hacia los médicos que se acercaban al trabajo de parto de las mujeres. El parto era una función natural del cuerpo femenino, que afectaba por igual a todas las mujeres. Su apuesta por el método rápido la oponía a los doctores que parecían simplemente observar, no intervenían ni se conmovían por el sufrimiento de las mujeres de partos.

1.3.2 Dorotea Salguero, sus conocimientos y los ataques recibidos

En 1830 Dorotea Salguero fue perseguida por el Protomedicato - algo análogo al Colegio Médico en la actualidad - para que dejara de curar. Ella respondió en un largo escrito sobre su vocación autodidacta, y argumentó sobre sus conocimientos y su experiencia. Las acusaciones en su contra y su propia defensa se inscriben en momentos de tensión para la medicina y su reputación a inicios de la república.

Salguero nació en un pueblo de La Libertad hacia 1790 aproximadamente. Instalada en Lima, Dorotea Salguero se dedicó a curar enfermos. Según sus propias declaraciones, sus conocimientos los había adquirido

"con una contraída educación y al doctrinaje de un sabio botánico, logró adquirir algún conocimiento de la caridad y virtudes de muchas yervas de montaña y campo, proporcionadas al alivio de la humanidad en sus ordinarias dolencias. Por una larga y bien calculada experiencia he sido avisada de que en ellas positivamente residen el desahogo vital, la salud y el medio de prolongar la vida (cuando la naturaleza lo permite)" (Alegato, 1831, p. 50).

La fama de sus prácticas terapéuticas despertó el recelo del Protomedicato, y en junio de 1827 el doctor Tafur presentó un oficio ante el juez denunciando los quehaceres de doña Dorotea, "atrevida mujer". No había hecho caso a advertencias anteriores del Protomedicato por lo que debía someterse a la pena del destierro, e incluso había sido puesta en prisión sin mediar proceso penal alguno.

A esta mujer no le faltaban argumentos ni puntos de apoyo: se queja de acoso ante el Congreso. Sostuvo que no podía dejar de prestar auxilio, y además, sostuvo que cada uno podía elegir con quien quería curarse. Salguero se resistió

a aceptar los cargos: negó que en su casa funcionara hospital alguno, dijo que atendía solo en ciertas circunstancias, especialmente cuando se trataba de personas que habían sido abandonadas por médicos reconocidos. Aseguraba que nunca había “avanzado en males peligrosos” (Alegato, 1831, p. 5), y en casos de ese tipo había consultado con cirujanos y profesores prominentes.

Trataba males como disentería, úlceras en la piel, escorbuto, males de parto, cólera morbo y lipidia, caracha, afecciones al hígado, toses secas y convulsivas, dolores reumáticos, anginas y “calenturas pegadas”, “enfermedad de pecho y piernas”, “males uterinos”. Además, la mayoría de los testimonios que aparecieron en el juicio sostienen que la susodicha solo acudía ante la insistencia de los ruegos de muchas personas que pese a haber sido examinadas por los mejores médicos de la época, seguían padeciendo de las dolencias en cuestión; o bien que estos no les habían dado esperanza de curación alguna.

Los pobres de la ciudad también encontraban atención y alivio en los conocimientos y experiencia de Salguero. La médica autodidacta ganó el juicio y el Protomedicato tuvo que retroceder. De todas maneras, vale la pena notar que la incursión femenina despertaba la animadversión de dicha corporación masculina que, si bien declinaba, también entraba en una época de redefinición para más tarde ubicarse en la cúspide del control social.

1.3.3 Justa Retamoso “la curandera” preocupada por la salud mental

A la condición de mujer de Justa Retamoso, se suma que se trata de una “curandera” mulata. Hermilio Valdizán, como señala Oliart, es uno de los pocos autores que ha considerado a Justa Retamoso en su historia de la medicina peruana: “curandera que practicó la profesión cerca de 1866” (Oliart, 1999, p. 283). Presenta un folleto de siete páginas titulado “*Método curativo de la Alienación Mental por Justa Retamoso. Devota del B. Martín de Porres*” (1864), en el que argumenta a favor de su desempeño como curandera durante veinte años. En esta práctica se rige por procedimientos que adquiere a través de un entrenamiento informal y sobre la base de información médica científica y a la experiencia que ha adquirido. El folleto que escribe Retamoso da cuenta de que su práctica es reconocida y solicitada por un abanico de personas, dada su responsabilidad y su conocimiento de los métodos científicos. Advirtió que su oficio es autorizado por el decano de la Facultad de Medicina y

posteriormente por el doctor Miguel de los Ríos, quienes la han dejado desempeñarse en esta actividad durante nueve años curando a los pobres.

De acuerdo a su relato, antes de 1840 ya atendía por caridad enfermedades comunes, especializándose en la atención a enfermedades como pleuresía y disentería. No obstante, empezaron a buscarla más pacientes con enfermedades más complejas pero que rehusaban ir al hospital. Ella atiende a estos enfermos y también se preocupa por adquirir una mejor formación de manera autodidacta. Producto de la observación de su ejercicio médico, ingresó al mundo de la elaboración de medicinas, porque no le “inspiraban mayor confianza y temía también el hacer mezclas que no eran convenientes y tal vez muy nocivas” (Oliart). Así pasó de atender malestares generales y mayormente físicos a aquellos relativos a la salud mental.

De acuerdo a Oliart, Retamoso empleó el folleto como una manera de formalizar su práctica y legitimarse con relación a los médicos a través de un medio de difusión accesible para distintos actores, en un contexto en el que no solo defiende la autoría para curar la locura, sino que, también, negocia con una autoridad masculina. El documento está redactado y pensado para la intermediación y aval de una entidad científica donde predominan los varones. Por eso, apela a estrategias, como los nombres de doctores que la instruyeron o apoyaron, la enumeración de casos, la apelación a su devoción a Martín de Porres, así como desliza la existencia de testigos de sus curaciones de alto prestigio en la sociedad limeña o el manejo de la terminología médica de su tiempo. Maneja una información detallada. Calcula el tiempo que demora curar en hombres y en mujeres; presenta variaciones por factores externos como la menstruación, proporciona información comparada con lo que ocurre en Europa. Retamoso sabe que no puede identificarse como médica, pero tampoco cede a ser encasillada como curandera. No encaja en el encasillamiento del discurso dominante.

Durante la vida de Retamoso, los médicos no conocían cura para la locura, razón suficiente para compartir su hallazgo. La presentación de su método, novedoso para ese momento, en consecuencia, es propicia para distanciarse de prácticas que no considera correctas para el tratamiento de la locura. Ella es explícita al afirmar que su método para la locura es de ella y no comparte prácticas como la reclusión o el castigo físico. En *El método curativo para la alienación mental* (1864) la autora contribuye con su método planteando una posición crítica a las prácticas de la medicina oficial sobre la alienación mental.

1.4 DE LA ESCUELA DE ENFERMERAS AL PRESENTE

A partir de 1830 la administración de los hospitales fue pasando a manos de las sociedades de beneficencia, lo que no significó un cambio importante en el cuidado de los internos y de las dolencias que los aquejaban. Los cuidados del cuerpo y el bienestar no orientaban siempre la práctica médica, y las prácticas de higiene eran escasamente difundidas. A esto se sumaba una estricta jerarquización, donde las personas que tenían a su cargo el cuidado y limpieza de cuerpos -sobre todo enfermos- eran considerados inferiores. En ese sentido, no es de sorprender que dichas labores recayeran, la mayoría de las veces, en mujeres, o en hombres considerados de rango menor.

Los orígenes de la Sociedad de la Beneficencia de Lima se remontan a 1834 cuando estaba en el poder el mariscal José Luis de Orbegoso. Esta era una institución netamente caritativa, y sus miembros -todos hombres- pertenecían a los grupos dominantes del país. Pretendía ser un referente social y moral. Obtenía donaciones, en capital y en propiedades, las que, arrendadas, le daban significativas ganancias.³ Otros ingresos provenían del Ramo de Loterías, la Caja de Ahorros, y el arriendo de la Plaza de Toros en Acho. La Beneficencia dirigía, con muchas limitaciones y sin gran éxito, las medidas de higiene y sanidad de la ciudad, las que presentaban un estado lamentable. Se encargó asimismo de combatir las epidemias que asolaron Lima, como el cólera morbus de 1837, la viruela de 1839 y 1845, y la fiebre amarilla de 1868. Los hospitales estuvieron vinculados a la Beneficencia de Lima, pues no existía una dirección de salud independiente ni recursos para solventarlos.



Sala de Hospital 2 de mayo, 1898

Fuente: Biblioteca Digital de la BNP.

3 La Beneficencia pasó a disponer de las rentas de las ex-instituciones coloniales de caridad.

La Sociedad de Beneficencia, administraba -hacia mediados del siglo XIX- los hospitales de San Andrés, dedicado a la salud de los hombres, y el Hospital de Santa Ana, orientado a la atención exclusiva de mujeres. El descuido por la salud y el cuidado de la población se expresa en la forma en que los primeros gobiernos republicanos no se preocuparon en construir ningún hospital. Por el contrario, se siguieron sirviendo de la derruida y anticuada infraestructura heredada del periodo colonial, la cual siguió acogiendo a la población.

Tardarían muchas décadas, para que el 28 de febrero de 1875, después de seis años y siete meses de construcción, se inaugure en Lima el Hospital 2 de Mayo, que fue uno de los edificios más modernos de la época. El 8 de marzo del mismo año se produce el traslado del Hospital Real de San Andrés, y junto a él un movimiento de personal que incluyó médicos, enfermeras, estudiantes de medicina, capellanes, barchilones, topiqueros, veladores, entre muchos y muchas otros/as.



Frontis del Hospital 2 de Mayo, 1898

Fuente: Biblioteca Digital de la BNP.

En 1857 una evaluación de los establecimientos de la Sociedad de Beneficencia de Lima halló deficiencias en cuanto a la atención, tratamientos, alojamiento y alimentación de los enfermos. Por lo cual, conociendo la labor de las Hermanas de la Caridad en España, Cuba, y México, el gobierno de Ramón Castilla otorgó una partida económica y autorizó a la Beneficencia para que contrate, traslade y entregue a las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul los establecimientos que estaban a su cargo. El convenio fue firmado en París en

mayo de 1857, y gracias a este llegaron 45 hermanas al Perú, en febrero de 1858, para actividades asistenciales y religiosas. Al parecer se concentraron en la capital.

Recién en setiembre de 1867, el presidente Mariano Ignacio Prado gestionó la contratación de otras diez religiosas de la misma orden de San Vicente de Paul para servir en el "Hospital y Casa de Huérfanos de la ciudad de Arequipa", y desde su llegada, la superiora tomó la administración económica.

En Lima las Hermanas de la Caridad, como se les conocía a las religiosas de San Vicente de Paul, asumieron la totalidad de la administración del hospital. Esta congregación tomaría la responsabilidad por el control de alimentos, uso y lavado de ropa, provisión y vigilancia sobre todos los empleados administrativos, control y salida de los enfermos y empleados, control en el cumplimiento de sus deberes a los alumnos de guardia y los enfermeros, el despacho de las recetas de los facultativos, y de hacer sus composiciones. Asimismo, se encargaba de todos los artículos de mantenimiento. Todas estas tareas eran realizadas por las religiosas que obedecían a la superiora. Esta dependía -a su vez- del Inspector del hospital, nombrado por la Beneficencia entre sus socios, todos hombres, pues a las mujeres no se les permitía ser parte de esa institución. La Beneficencia de Lima estuvo integrada por la élite del país, y su funcionamiento y las decisiones tomadas tuvieron un carácter discrecional.

La relación entre las hermanas de la caridad y la autoridad médica estuvo atravesada por malentendidos y tensiones. La Sociedad de Beneficencia defendía a la orden de San Vicente y sus modos de llevar adelante los hospitales a su cargo, mientras que los médicos criticaban sus conductas y sus actitudes hacia la ciencia y hacia los hospitalizados.

Según los médicos fernandinos, las monjas no estaban capacitadas para hacerse cargo ni de los hospitales, sus boticas y menos del cuidado y tratamiento de los pacientes. La *Gaceta Médica*, órgano de difusión de la palabra médica de Lima, por ejemplo, en 1859 criticaba a las Hermanas de la Caridad. Les imputaba falta de dulzura e indiferencia en el trato de los enfermos. Muchas veces, sostenían, les prestaban poca atención, sobre todo en los turnos nocturnos.



Esther Rodríguez Dulanto impartiendo clases de enfermería a las integrantes de la Unión Patriótica de las Señoras del Hospital de Santa Ana, Lima (Fines del siglo XIX).

Fuente: Historia de la Medicina en el Perú

En 1906, la Compañía Anónima “Casa de Salud de Bellavista”, del Callao creó la Clínica Angloamericana, para atender a los enfermos extranjeros (Barrionuevo). Esto trajo consigo la fundación en 1907 de una escuela exclusiva para enfermeras de clase social alta, dentro de los cánones de la escuela Nightingale, registrándose así como la primera escuela de enfermería profesional en el país. Al parecer no tuvo una larga vida y recién se reabrió en 1921. Así, anunciaba el peso que empezaban a ejercer los Estados Unidos en la economía peruana durante el gobierno de Leguía.⁴

En esta línea, también se generan algunos espacios privados de cuidados de enfermos. Un ejemplo de esto es la creación de “Higiocomios” como el de Chosica, donde se ofrecía cuidados médicos a cargo de enfermeras inglesas. Estos primeros esbozos de la privatización de la salud, fueron publicitados para las clases privilegiadas de la ciudad.

⁴ Es necesario señalar que la historia de la medicina en el Perú, ha recibido el interés de los historiadores recientemente. Los médicos que han escrito sobre el tema han aportado casi nada sobre las enfermeras. En esta ocasión para lo referido a la enfermería durante el siglo XX nos hemos basado en la investigación de Zárate, que es la única disponible, y un aporte sustancial. También en el artículo de Barrionuevo-Bonini, Fernandes de Freitas y Cerna-Barba como figura en la bibliografía.



Fuente: Revista Variedades 14 de marzo de 1910

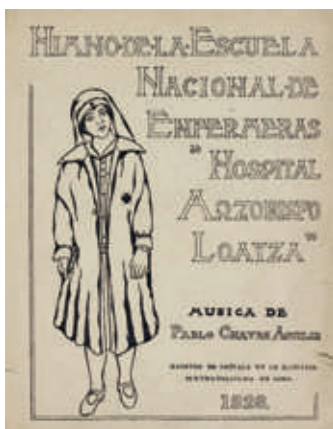
En este periodo también se inicia la cooperación internacional en el campo de la salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Fundación Rockefeller, a través de la Comisión Internacional de la Salud, inauguran el apoyo para el combate de las endemias rurales: fiebre amarilla y malaria, dirigida a los centros de producción agrícola y centros mineros, a manera de proteger a los trabajadores. Estas organizaciones intentaban implantar los conceptos de salud pública y tuvieron gran influencia en el proceso de creación de las primeras escuelas de enfermería anexadas a los hospitales de beneficencia, como el Hospital Arzobispo Loayza en 1915, con la Escuela Mixta de Enfermeras/os, que proponía un plan de estudios de tres años (Barrionuevo-Bonini, Fernandes de Freitas y Cerna-Barba, 2014).

Asimismo, en 1916 llegó a Perú la enfermera Annie Georgina Soper (1883-1979) quien formó parte de la Peruvian Inland Mission, una misión evangélica administrada por la Unión Misionera Regions Beyond, con el objetivo de mejorar la calidad de vida en zonas de poco acceso en el país. Soper, junto a Frances Rhoda Gould, fundaron en 1930 en Moyobamba - San Martín un hospital que también cumpliría las labores de formación en enfermería para mujeres de la zona. Dicha institución quedaría en manos de la Iglesia Libre de Escocia.



Enfermera Annie Georgina Soper durante sus incursiones en Moyobamba
Fuente: Fuentes Fotográficas Peruanas

En 1928, cuando se inserta en el Hospital Arzobispo Loayza la Escuela Nacional de Enfermeras, estuvo dirigida por la enfermera norteamericana Maud Carter. La formación duraba tres años, y se tomaban cursos de anatomía, fisiología, microbiología, arte de enfermería y ética, en función de los pacientes hospitalizados. En las primeras décadas del siglo XX los estudios señalan que continuaba siendo dirigida por las congregaciones religiosas, hecho histórico que determinó la creación de las primeras escuelas de enfermería en Lima, regentadas por las hermanas de San Vicente de Paul. Funcionaron dentro de los cánones de las escuelas francesa e inglesa, por lo que acogieron el paradigma nightingeliano en la formación de las enfermeras, el mismo que permaneció hasta la década de los cincuenta en las escuelas y facultades de nivel universitario. Es importante destacar que esta impronta en la educación en enfermería, con sus bases cimentadas en la educación católica, se debió enfrentar a un contexto de Estado laico que se resistía a reconocer los ámbitos de cuidado, sobre todo vinculados al espacio doméstico y privado, como centrales en la configuración del espacio público, su mantenimiento y, por lo tanto, en gran medida, de su supervivencia.



Himno de la Escuela Nacional de Enfermeras "Hospital Arzobispo Loayza"

Fuente: Memoria Perú. Recorridos por el patrimonio de la Biblioteca Nacional del Perú

Entre 1938 y 1943 la Escuela de Enfermería del Hospital Arzobispo Loayza ofreció a todas sus egresadas la especialidad de "enfermera visitadora" a través de un programa anual, al término de los estudios de enfermería. Era una forma de intervenir en el espacio doméstico, lo cual abonaba a un Estado que intentaba, a través de su burocracia, estar presente en la vida cotidiana de las personas. Así, bajo un formato de secularización, se exigía de la enfermera un comportamiento ligado al sacrificio y entrega, propio de la educación católica bajo la cual se había constituido la instrucción de esta disciplina.



Enfermeras de la Maternidad de Lima, 1954

Fuente: Fuentes Fotográficas Peruanas

Entre 1940 y 1960 la red hospitalaria tiene un crecimiento sustancial. En buena parte se relaciona con la intensificación de los procesos migratorios del campo a la ciudad, y con un crecimiento económico vinculado al crecimiento de las exportaciones resultado de la Segunda Guerra Mundial y la guerra entre Estados Unidos y Corea. Estos años están marcados por el desarrollo del sistema de seguridad social y sus hospitales. Sin duda hay un significativo crecimiento del aparato estatal. El Ministerio de Salud empieza a jugar un papel protagónico. Esta tendencia está acompañada por los sistemas de sanidad de las Fuerzas Armadas.

En la década del cincuenta se produce un despunte de la medicina preventiva, aunque resulta siempre insuficiente y relegada por los vertiginosos cambios demográficos. Es también en esta época en que la cooperación internacional se intensifica. Se aprecia a su vez la presencia de los sistemas de salud en las áreas rurales, y se expanden los centros comunitarios de salud. Simultáneamente, se desarrollan políticas de saneamiento ambiental y educación sanitaria. Para responder a estas nuevas tendencias la enfermería se diversifica y va más allá de la atención directa a pacientes. El trabajo de las enfermeras adquiere peso e influencia en tareas administrativas, de supervisión, y enseñanza.

En esta década se crean diez escuelas de enfermería afiliadas a hospitales, dos a la Sociedad de Beneficencia, tres al Ministerio de Salud, dos al Seguro Social y tres a las Fuerzas Armadas. De estas, por lo menos siete funcionan en Lima, una en el Callao, una en Tarma y una en Tacna. Eran tres años de internado. Se destacaron las educadoras sor Martha Maurin y la madre Cristoforis (Zárate, 1992).



Compañía de alumnas de la Escuela de Enfermeras de la Fuerza Aérea del Perú desfilando en la avenida Brasil con motivo de la gran parada y desfile militar realizado el 29 de julio de 1964.

Fuente: Archivo Histórico-Fotográfico del Diario oficial "El Peruano" de Lima.

En 1947 se crea en el Ministerio de Salud el Comité Permanente de Control de Escuelas de Enfermería. Estuvo integrado por las directoras de las escuelas y asesorado por una consultora de la OPS. Se trataba de unificar planes de estudios, preparación de programas de los cursos básicos, normalización del proceso de admisión, evaluación y titulación, y elaboración de cursos de educación continua para docentes.

En 1956 el Estado reconoce a las enfermeras diplomadas en las escuelas profesionales, y se les otorga el título a nombre de la nación. Además, se reglamenta su ejercicio. Es interesante notar que este logro es simultáneo a la aprobación del sufragio femenino. Es decir, existe una relación entre la presencia de las mujeres en el espacio público, el reconocimiento de sus derechos políticos, y la participación de las enfermeras en el espacio académico.

A lo largo de las décadas de 1940 y 1950 la enfermería adquiere importancia y reconocimiento. Esto, sobre todo, en relación con la salud pública y el desarrollo de la medicina preventiva, la creación de los servicios integrales de salud, y la influencia de servicios cooperativos. Este tránsito es un ejemplo claro de la forma en que las mujeres se insertan dentro del espacio público a través de la profesionalización de labores que antes se veían invisibilizadas dentro de un ámbito mucho más doméstico. Destacan profesionales como Yolanda Serruto en Puno, Cecilia Sotomayor en Cuzco, Carmen Peralta en La Libertad, Alicia Arrieta en Tingo María, Dora Morales en Loreto, Trinidad Ramírez en Lima. Son años en los que las mujeres ocupan el espacio público de diferente forma. Parece haber una relación entre el prestigio de la profesión y la incursión de las mujeres en el escenario público. Además, este auge requiere cambios en los planes de estudios y se implementan nuevos cursos: psicología, sociología, administración, salud pública, y enfermedades transmisibles. Todo parece indicar que el estatus de la carrera de enfermería se relaciona con una ampliación de los horizontes formativos.

En 1954 se crea el Instituto Nacional de Enfermería, como organismo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia, y consiguió el aporte financiero de la Caja Nacional del Seguro Social. Desarrollan programas de perfeccionamiento para enfermeras en áreas como administración, educación y salud pública. Vale la pena subrayar que las enfermeras van engrosando las filas de la administración pública y contribuyen con su presencia a la sofisticación y diferenciación del aparato estatal. Es decir, son sustanciales a la capacidad del Estado de intervenir en la vida cotidiana de los habitantes del país y en su cuidado, reivindicando

estas labores como un elemento central dentro de las políticas públicas y que, a su vez, incorporan el necesario enfoque de género dentro de las mismas.

Hasta mediados del siglo XX, en Lima se habían creado varias escuelas de enfermería anexadas a los hospitales de beneficencia, fenómeno que también se registra en algunas ciudades del interior del país. Ello como respuesta a la problemática de salud ligada a la implementación del modelo capitalista de desarrollo, con sus consecuencias a veces depredadoras. Esto era visible, sobre todo, entre los trabajadores de las grandes fábricas, y entre la gente que migraba del interior del país en busca de trabajo y que engrosó las poblaciones llamadas “marginales”, que vivían en paupérrimas condiciones en los alrededores de los centros urbanos, al margen de los servicios básicos.

Un hecho importante es la creación y el reconocimiento de la enfermería universitaria en 1964, como resultado del convenio entre la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), el Ministerio de Salud y la OPS, con el fin de elevar la formación de enfermería a nivel universitario. Este hecho impulsó el desarrollo de la educación en los servicios de enfermería a través de programas complementarios y la creación de facultades y escuelas de enfermería a ese nivel. Lo anterior fue antecedido por la creación, en 1958, de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga en Ayacucho. Además, ya por entonces se iniciaron los programas de posgraduación, con la creación del Instituto de Posgrado en 1958, en el Ministerio de Salud Pública, que ofreció cursos básicos de educación y administración en enfermería.

En los años 50 crece la demanda de personal auxiliar. Tuvo características de entrenamiento de servicio. A partir de 1958 este grupo ocupacional pasa a ser preparado mediante cursos formales por el Ministerio de Salud, a través de su programa oficial de seis meses de duración, y la nomenclatura otorgada fue “auxiliar de enfermería”. En un primer momento se exigió haber concluido la educación primaria y, a partir de 1964, era mandato tener tercer año de secundaria concluido.

Otro espacio formativo que se inauguró en 1946 y que duró hasta 1959 fue el auspiciado por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. El curso duraba seis meses y las egresadas tenían la calificación de “visitadoras de higiene”. La formación en esos programas estaba orientada a los aspectos preventivos y promocionales. Las mujeres formadas en tales programas se desempeñaban en zonas rurales y en centros de atención ambulatoria.

En 1951 el Ministerio de Salud crea la Sección de Enfermería, organismo representativo de la profesión dirigido por la enfermera Delia Alvarado. En 1957 se convierte en el Departamento de Enfermería. Estuvo compuesto de las siguientes secciones: hospitalaria, de salud pública, y asesoría para los programas de preparación de auxiliares de enfermería. De 1964 a 1967 funcionó una Unidad de Asesoría y Supervisión de Enfermería (sic) en el MINSA. En 1953 se fundó la Asociación Nacional de Enfermeras, antes Asociación de Enfermeras Católicas. Fabiola Tavera fue su primera presidenta. El mismo año se creó la Liga Nacional de Enfermeras del Perú, antes Consejo Nacional de Enfermeras (Zárate, 1992).

Entre 1940 y 1960 se dio un vertiginoso crecimiento de escuelas de enfermería y de facultades de medicina, en la capital del país, estableciéndose la hegemonía de la atención médica hospitalaria. Otros eventos sucederían en este periodo relacionados con la organización de los profesionales de la salud y la educación a nivel de asociaciones y sindicatos. Es necesario resaltar que, si bien esas organizaciones fueron reconocidas socialmente, no tuvieron influencia en las decisiones del trabajo y la formación de estos profesionales en los establecimientos de salud y escuelas, que permaneció centralizada. Dichas organizaciones solamente cumplieron funciones de defensa de sus intereses. En 1978, se creó el Colegio de Enfermeros del Perú (1978) como entidad encargada del desarrollo de la profesión. Cuatro años antes, la presidenta de la Federación de Profesionales de Enfermería, Nelly Aibar, promovió la instauración de esta institución profesional. Para fortalecer esta iniciativa se organizó una comisión en 1975. Los esfuerzos tuvieron fruto, pues el establecimiento de la referida institución se concretó el 17 de octubre de 1978 con el Decreto Ley N° 22315 que contuvo 18 artículos y 5 disposiciones transitorias.



Decreto Ley N° 22315 que establece El Colegio de Enfermeros del Perú en 1978

Fuente: Archivo Digital de la Legislación del Perú

Mencionar el año de 1978 implica decir que la ley se dio en el contexto de un gobierno autoritario, que la norma tuvo tintes especialmente patriarcales, y de ahí que esta ley visibilice en el nombre solo al componente masculino, cuando la profesión, hasta hoy, tiene una mayoría femenina. Incluso, de manera frecuente, se usa el nombre de la institución como el Colegio de *Enfermeros(as)* del Perú. Para profundizar más sobre el tema, compartimos una reflexión:

“La composición laboral mayoritariamente femenina en enfermería, fue su orientación desde sus orígenes y, aún lo es en la actualidad, evidenciado en los datos que nos proporciona el COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ (2001), cuando refiere que, en el Perú, de 31,008 enfermeras, el 94.7% está constituido por mujeres y el 5.3% por varones. Es verdad que la cuestión del sexo no importa en el proceso del trabajo en enfermería o en la formación para acceder a él, sin embargo se ha llegado a decir que la historia de enfermería es la historia de las mujeres, y hay mucho de verdad en ello. A las mujeres, en la perspectiva de una construcción histórica social, se les ha atribuido una serie de cualidades inherentes a su propia personalidad y naturaleza femenina, así como a estereotipos de género, socialmente construidos en una sociedad predominantemente patriarcal y machista. Cualidades tales como paciencia, comprensión, abnegación, amor, obediencia, dedicación, lo que ha llevado a que se les responsabilice de los trabajos encaminados a mantener y recuperar la salud, tanto de su familia, como la de otras personas que lo necesiten en el ámbito privado” (Sánchez, 2017, p. 17).

De otro lado, a partir de la década de los sesenta, hubo cambios significativos en el Perú. Estos influyeron en prácticas de atención en salud por las instituciones formadoras de médicos y enfermeras profesionales. En los años sesenta y setenta los gobiernos intentaron mitigar la situación con políticas asistencialistas. Se construyeron, por ejemplo, escuelas a nivel nacional y se promulgó la Ley de la Educación Secundaria Gratuita.

En esa época también tuvo lugar la creación de un mayor número de clínicas privadas a nivel nacional. Consorcios de empresas privadas proyectaron la formación de profesionales y técnicos de salud a nivel de institutos, universidades privadas, y del Ministerio de Salud. Este, por resolución suprema, aprueba la nomenclatura única de formación de auxiliares de enfermería en seis meses con requisito mínimo de instrucción primaria para lo que, posteriormente, en 1964 se exigió tercer año de secundaria. Esta situación respondía al modelo

de desarrollo económico del gobierno en el periodo anterior que promovía la industria hospitalaria y que, entre 1940 y 1960, sustentaba la necesidad de un crecimiento vertiginoso. Elevados porcentajes de inversión en salud se orientaban a los servicios curativos en los hospitales y a la especialización clínica del personal médico y de enfermería.

En 1960, el Instituto Nacional de Enfermería del MINSA se convierte en el Instituto Nacional de Posgrado en Enfermería. Lo dirige la enfermera Antonia Puente. En 1964, es la nueva Escuela de Salud Pública. Ese año, el MINSA firma un convenio con la UNMSM y la OPS para impulsar el desarrollo de la educación en salud a través de programas complementarios y la creación de una Escuela de Enfermeras. Esther Saito fue su primera directora. En este periodo se forman 13 facultades y 9 escuelas. Sin embargo, en este periodo son las empresas privadas las más interesadas en crear el mayor número de instituciones formadoras de profesionales de salud en la capital del país, para la atención centralizada en los hospitales. En 1960 existían 12 escuelas de enfermería.

Un ejemplo de esto es la enfermera Victoria (seud.), quien estudió en la Escuela de Enfermeras del Hospital del Seguro Social del Empleado (hoy Hospital Rebagliati) entre 1959 y 1961, pues entonces se estudiaba tres años. Manifestó en su entrevista que por la mañana las estudiantes hacían prácticas y por la tarde llevaban cursos teóricos. Sus profesores eran todos médicos y tenían también cursos relativos propiamente a la enfermería, en los que sí enseñaban enfermeras. Así, un profesor médico dictaba el curso de medicina, y una enfermera el de enfermería y medicina; otro médico dictaba el curso de psicología y luego había una enfermera que enseñaba psicología y enfermería. Lo mismo con psiquiatría, cirugía, etc. Las prácticas de las mañanas variaban cada semana de lugar, pues no solo las hacían en el Hospital del Empleado sino en diferentes hospitales. Así, psiquiatría en el Hospital Larco Herrera, pediatría en el Hospital del Niño, otros temas en el Hospital Loayza, así como también salud pública en barrios, incluso en los cerros en torno a la capital, sede de las barriadas donde vivía la población migrante.



Primera promoción de enfermeras educadas en el Hospital del Niño
Fuente: Fuentes Fotográficas Peruanas

El ómnibus las llevaba, por ejemplo, al cerro San Cristóbal, y allí, en un local comunal, enseñaban a “las señoras” (madres). Les decían cómo debían cuidar a su bebé, cómo hervir los biberones, prepararse para evitar las infecciones, limpieza de sus niños pequeños, etc. En la práctica de psiquiatría en el hospital Larco Herrera, se relacionaban con pacientes de pabellones que no estaban tan enfermos. Les ayudaban a afeitarse, les cortaban el pelo, etc. Por la tarde volvían al Hospital del Empleado al almuerzo, y por la tarde estudiaban. En todos los cursos tenían que hacer prácticas. Cuando estudiaban lo relativo a la niñez, iban una semana al Hospital del Niño, donde preparaban los biberones, limpiaban al niño, cambiaban su ropa. El curso de medicina se practicaba en hospitales, como el Hospital Obrero (hoy Hospital Almenara). La práctica de cirugía podía hacerse en el Hospital Loayza, donde entraban a la sala de operaciones.



Hospital del Niño, 1929
Fuente: Fuentes Fotográficas Peruanas

En esa línea, Victoria (seud.) relata la forma en que, en aquellos años, hacían guardias de medicina para adultos en el Hospital Loayza, para conocer la vida allí. Estaban por hasta más de 15 días. Ponían inyecciones, hacían curaciones a las 4 o 5 de la mañana, ya que los médicos hacían su prescripción para esa hora que se les indicaba, y así las pastillas las daban a las 11 pm, 12 m, 1 am. Tenían una habitación de descanso con las enfermeras del Hospital Loayza, pero debían estar atentas al horario del paciente. No practicaron en el Hospital de Bravo Chico, porque lo cerraron. Esas mismas prácticas las hacían en el Hospital del Empleado, porque allí tenían todas las especialidades, por pisos. En las prácticas de maternidad recibían a recién nacidos (no había aún separación con obstetricia).

Y durante la huelga nacional de médicos, en 1961, aquella noche les tocó estar en el área de maternidad. Allí, las que estudiaban 3er año debieron hacer jefatura (lavar a los recién nacidos, curarles, etc.), las de 2do año hacer enfermería general (inyecciones, etc.), y a las de 1er año, ayudar a cada paciente en todo lo demás (incluso lavar al paciente, etc.). Si bien normalmente las enfermeras contaban con “auxiliares” preparadas por el Seguro Social, y además personal de limpieza, en la huelga debieron hacer todo. Grupos de médicos siguieron atendiendo en cada piso, en UCI, por turnos, pero no se operaba, solo atendían en piso, dando de alta a los pacientes que estaban mejor. Habiendo terminado los estudios, las estudiantes fueron a todos los pisos del Hospital del Empleado, dirigidas por el Departamento de Enfermería.

En esta época, los pueblos de las regiones del país, en Cajamarca, por ejemplo, se movilizaron intensamente -llegando a medidas radicales y drásticas como huelgas de hambre- por reclamos sobre los problemas de salud y educación inatendidos. Se trataba de llamar la atención del Estado en torno a esos ámbitos. En el año 1967 se creó la primera Escuela de Enfermería en el departamento de Cajamarca, para la atención de los pacientes que acudían al Hospital Belén, el único de la región (Barrionuevo-Bonini, Fernandes de Freitas y Cerna-Barba, 2014).

La década del 70 está marcada por el Plan Docente de Salud para las Américas de 1972 hasta 1981 que se distinguió por la ampliación de la cobertura en salud con servicios mínimos integrales para todos los habitantes que residían en comunidades de menos de 2 mil habitantes. En 1975 se creó el SECIGRA, el Servicio Civil de Graduandos, y en 1982 este es reemplazado por el SERUMS:

Servicio Rural Urbano Marginal en Salud, exclusivo para los estudiantes de carreras del sector. La OMS, en su 30ª Asamblea, en 1977, aprueba el plan “Salud para todos en el 2000”. A lo que se suma como complemento la Declaración de Alma Ata. Pero la prestación de servicios sigue en crisis.

Entre 1960 y 1990 la práctica de enfermería seguía centrada en los hospitales, pero se inaugura y acentúa una tendencia: las enfermeras delegan buena parte de ese trabajo a las técnicas y las auxiliares. Es decir, se alejan de la atención directa a los pacientes y se concentran en el cuidado de pacientes críticos, cuidados intensivos, coronarios, hemodiálisis. Y más bien empiezan a asumir mayores responsabilidades en el campo preventivo promocional: en el área materno infantil, en el control del niño sano. En el área de psiquiatría participan en terapias de grupo y asumen también más responsabilidades en el área de salud mental y prevención de enfermedades mentales.

En la década de los sesenta se crean estudios de enfermería en la Universidad Católica Santa María de Arequipa y en universidades públicas como San Agustín (Arequipa), Pedro Ruiz Gallo (La Libertad), San Antonio Abad (Cusco), Universidad del Altiplano (Puno), Universidad de la Amazonía Peruana (Iquitos) y la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. También se crean dos escuelas de enfermería asociadas a clínicas particulares. El Colegio de Enfermeros se preocupa por unificar la formación.

A finales de los 60 e inicios del 70 tiene lugar la proliferación de academias de carácter privado para la formación de auxiliares de enfermería, donde no interviene el MINSA. Se convierten en CENECAPE. Las ESEP forman bachilleres profesionales y en 1975 se inaugura el primer programa para formar bachilleres en salud, orientado a prestar servicios en zonas rurales y de difícil acceso. Este grupo ocupacional no pudo incorporarse como tal al mercado laboral de salud, pues no se crearon puestos respectivos, por lo que se ubicaron como sanitarios en puestos de salud. Si bien en principio era un servicio que necesitaba atención, la desorganización de la gestión fue llamativa. En este contexto, se promulgó la Ley de Educación de 1982, y con ella, los Institutos Superiores que reemplazaron a los CENECAPE, las ESEP y los CEO, con un enfoque de salud recuperativa.

Entre 1984 y 1985 se dio la afiliación de las escuelas a diferentes universidades como medida de transición a la incorporación, y se fortaleció la formación

académica. Apareció clara la necesidad de abrir programas complementarios para las enfermeras egresadas y estos se ofrecieron en las universidades en distintos puntos del país. Esto permitió profundizar la formación de enfermeras en salud comunitaria y en la investigación⁵. En 1982 empezó a funcionar un programa de maestría en la UNMSM para las áreas de educación y administración, luego aparecieron maestrías multidisciplinarias en administración en salud; en salud pública, y en salud comunitaria en la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Sobre este período, la enfermera cusqueña Irma Zegarra narra el proceso de profesionalización en el sur del Perú. Muchas de las enfermeras de las primeras promociones universitarias en enfermería, habían cursado previamente estudios técnicos en Lima, accediendo a ellos -en muchos casos- a través de plazas que se daban para cada departamento. Así, una vez concluidos sus estudios, las enfermeras regresaban a sus departamentos a ejercer la profesión. En el caso de Irma Zegarra, este retorno coincidió con la fundación de la especialidad de enfermería en Cusco y Puno, siendo el de mayor prestigio el segundo. Es, en este contexto y gracias a un fuerte impulso de la enfermera cusqueña Ela Díaz de Venturo, que un grupo de egresadas cusqueñas optaron por acceder al título universitario, cursando estudios adicionales en la Universidad del Altiplano. Si bien para la década de los 80 la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco ya contaba con la especialidad de enfermería, las enfermeras de mayor antigüedad y experiencia prefirieron graduarse en Puno, y luego ejercer de docentes en la universidad cusqueña, ejerciendo también labores de jefatura de práctica en la facultad de medicina.

Todo lo anterior dio lugar a un incremento notorio del número de centros de formación privados, lo que trajo como resultado una cantidad de egresados que sobrepasó la demanda de servicios del sector. Además, la formación no estaba de modo alguno regulada, lo que significaba que no existía ningún control de la calidad en la formación técnica. En la enfermería, por ejemplo, en tanto las mujeres enfermeras aumentaban en número por la mayor creación de escuelas y facultades de enfermería a nivel nacional, se registraban altas tasas de desempleo y subempleo –hechos muy discutidos en los eventos organizados por el Colegio de Enfermeros. Sin embargo, según información recopilada en las entrevistas a profundidad, no se consiguió articular el problema con la urgencia que debía ser asumida y resuelta por las instituciones empleadoras, como el Ministerio de Salud (MINSA).

5 La enfermera Ela Díaz tuvo un importante protagonismo en este campo.

Las largas jornadas de trabajo de un considerable número de mujeres del sector salud pueden haber llegado a demandar de 10 a 12 horas diarias, lo que agudizaba el deterioro laboral, si se considera que se trataba de tareas que exigen un gran desgaste de energía y esfuerzo físico; tanto por el tipo de trabajo como por la concentración que requiere la dedicación exclusiva al cuidado de personas enfermas. Además de esto, el trabajo doméstico no era, ni es aún, considerado como generador de valores de uso (bienes y servicios), aunque signifique la reproducción de la fuerza de trabajo.

La disponibilidad global de recursos humanos en el área de salud creció significativamente en esta época. El número de médicos pasó de 5.325 a 19.635, de 1964 a 1986. En 1990 eran 23.000 médicos. El personal de enfermería también se cuadruplicó, entre 1964 y 1986, de 3.163 a 14.709, y en 1996 se registraban 28.000 profesionales. Estos se encontraron en Lima y en otras ciudades del país. En Lima, por ejemplo, permanecía el 73 % de los médicos y el 55 % de las enfermeras, lo que contabiliza un médico por cada 440 habitantes, mientras que en el resto del país la media era de un médico por cada 2.500 habitantes (Barrionuevo-Bonini, Fernandes de Freitas y Cerna-Barba, 2014).

Las instituciones formadoras de profesionales de salud –escuelas y facultades de medicina y enfermería– también aumentaron en el sector privado en este periodo. Por ejemplo, en 1996, el Colegio de Enfermeros del Perú refería que en 1960 existían 12 escuelas de enfermería, en 1990 eran 28 y en 1996 había 34 escuelas, con una producción anual de 1600 enfermeras. Para la década de los 90 no se tenía un registro confiable de la situación laboral de estos profesionales y, en general, del recurso humano en salud a nivel nacional. En este escenario es que los colegios profesionales registran un crecimiento de sus inscritos determinado por la creación de mayores instituciones privadas formadoras de estos profesionales: enfermeros, médicos, obstetras, entre otros.

Durante la década del ochenta el Colegio de Enfermeros del Perú manifestaba su preocupación por la situación de sus agremiados: el desempleo y subempleo que determinaba la migración de estos profesionales a otros países: 3.000 enfermeras fueron a Italia, a España y EE. UU. en busca de trabajo y de mejores condiciones laborales. Sin embargo, se continuaba –aún es así– con la tendencia a formar profesionales, sobre todo en las escuelas/facultades privadas, que incrementan el número de desocupados y subempleados a nivel nacional.



Promoción de enfermeras del Hospital Militar, 1963
Fuente: Álbum privado Familia Serpa

La formación de recursos humanos de salud carece de una política definida. Esto genera, a su vez, la problemática de formación numérica en exceso de estos profesionales, pero con una formación alejada de las reales necesidades sanitarias de la población.

1.4.1. Línea de tiempo

Con el fin de realzar algunos hitos significativos en la historia de la enfermería peruana se presenta la siguiente línea de tiempo. Asumimos que no están todos los hitos, pero es un marco referencial de esta parte de la historia de la salud y la profesionalización femenina.

1907	Primera escuela de enfermería fundada en la Casa de Salud de Bellavista, Callao y administrada por la Sociedad de Institutos Médicos
1908	Se traslada la escuela de enfermería al Hospicio de Expósitos.
1915	Creación de Escuela Mixta de Enfermeros en los hospitales de la Beneficencia
1928	Surge la Escuela Nacional de Enfermeras en el hospital Arzobispo Loayza
1939	Establecimiento de la Escuela de Enfermeras del Hospital del Niño del Ministerio de Salud, a cargo de las madres carmelitas y de la Escuela de Enfermeras del Hospital Obrero.
1942	Se instaura la Escuela de Enfermeras del Hospital Daniel A. Carrión y la Escuela de Enfermeras de la Selva
1944	Creación de Escuela Andina de Enfermeras en Puno

1947	Se elabora normativas para uniformizar y reforzar la enseñanza de la enfermería en escuelas civiles y militares
	Establecimiento del Comité Permanente de Control de Escuelas de Enfermería en el Ministerio de Salud
1948	Primer curso para enfermeras instructoras con 50 graduadas
1950	Se crean diez escuelas de enfermería afiliadas a hospitales, dos a la Sociedad de Beneficencia, tres al Ministerio de Salud, dos al Seguro Social y tres a las Fuerzas Armadas. De estas por lo menos siete funcionan en Lima, una en el Callao, una en Tarma y una en Tacna
1951	El Ministerio de Salud crea la Sección de Enfermería, organismo representativo de la profesión
1953	Se funda la Asociación Nacional de Enfermeras (antes Asociación Católica de Enfermeras del Perú y antes Consejo Nacional de Enfermeras)
1954	Se instaura el Instituto Nacional de Enfermería, como organismo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia
	Se asienta la Liga Nacional de Enfermeras del Perú, antes Consejo Nacional de Enfermeras
1955	Primer censo nacional de enfermería: Sociedad de Beneficencia Pública: 313 enfermeras (24,5%), Ministerio de Salud Pública (MINSa): 308 enfermeras (24,2%), Organismos gubernamentales: 213 (16,7%), Empresas privadas: 196 (15,4%), Fuerzas Armadas y Policiales: 149 (11,7%), y Servicios particulares: 95 (7,5%). El Perú tenía una población de 7.777.400 habitantes (Estado de la Población Peruana 2020, INEI)
1956	El Estado inicia el otorgamiento del título de enfermeras a nombre de la nación
1957	Se establece el Departamento de Enfermería en el Ministerio de Salud
1958	Asentamiento de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga
	Se instala el Instituto de Posgrado en el Ministerio de Salud Pública, que ofrecería cursos básicos de educación y administración en enfermería
1960	El Instituto Nacional de Enfermería del Ministerio de Salud se convierte en el Instituto Nacional de Posgrado en Enfermería

1964	Creación de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en convenio con la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud, con el objetivo de elevar la formación académica de la enfermería a nivel de educación superior.
1965	Ley 15807 que crea la Escuela Nacional de Enfermería de la Amazonía, en la ciudad de Iquitos
1975	Aprobación del título de bachiller en enfermería no universitaria con la creación del ESEP
	Se instala el SECIGRA (Servicio Civil de Graduandos)
1976	El DL N° 21417 otorga el mismo valor académico a los títulos conferidos por las Escuelas de Enfermería.
1978	Establecimiento del Colegio de Enfermeros del Perú
	Propuesta de Servicio Social Obligatorio
1982	El SECIGRA es reemplazado por el SERUM (Servicio Rural y Urbano Marginal) para los estudiantes de especialidades de salud.
1983	La Ley Universitaria exige que el título universitario solo sea otorgado por universidades, por lo que los institutos deben establecer alianzas para poder licenciar a sus estudiantes.
	Decreto Supremo N 028.83.SA aprueba el Reglamento General de las Escuelas de Enfermería.
1984	El nivel universitario se establece como la principal vía de formación profesional de la enfermería peruana
1985	Creación de la Dirección de Enfermería en el Ministerio de Salud (derogado en el 2009)
	Instauración del Sindicato de Enfermeras del Ministerio de Salud (SINEMINSA)
1985-1990	Aumento de la pobreza extrema, lo que implicó el fortalecimiento de la medicina enfocada en la recuperación y la hegemonía del modelo biomédico, en el cual el médico se convierte en el protagonista de las decisiones de la salud y coloca a las/os enfermeras/os como sujetos pasivos.
1986	Surgimiento de la Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería (ASPEFEEN) que actuó en calidad de consultora, asesora y auditora de la educación en enfermería
1987	Establecimiento del Sindicato Nacional de Enfermeras del Instituto Peruano de Seguridad Social (SINESSS), cuyo objetivo fundamental es la defensa de los derechos humanos y laborales de las enfermeras de sus sectores

1990-2000	Con la implementación del modelo económico neoliberal, la enfermería peruana fue afectada mediante el crecimiento de los índices de desempleo y subempleo, además de la continuación de la emigración de enfermeras/os peruanas/os a otras partes del mundo. De igual forma, la contratación de las enfermeras se concentró en las zonas rurales comunitarias donde gozaron de autonomía. Desaparecieron diversos sindicatos
1997	Promulgación de la Ley General de Salud que omitió la participación, la consulta y el consenso de la población y de instituciones civiles y de salud. Las labores de las/os enfermeras/os fueron generalizadas en las tareas del personal de salud.
2002	Ley del Trabajo de la Enfermera(o), N° 27669, promulgada el 15 de febrero, que reivindica las estructuras y niveles de la carrera de enfermería peruana y las modalidades laborales y salariales, empero tiene otros vacíos importantes.
2003	Inicio del proyecto: "Planificación e Implementación del Proceso de Autoevaluación y Acreditación de Programas de Pregrado de las Facultades y Escuelas de Enfermería", con la cooperación del Colegio de Enfermeros del Perú (CEP), el Consorcio CATALYS- AID, y la OPS/OMS, cuyo objetivo principal fue "Contribuir a promover el desarrollo de la educación en enfermería hacia el logro de la excelencia en la formación, en aras de garantizar un servicio de calidad a la población"

2 **La enfermería en datos:** principales estadísticas laborales y sociales



EN ESTA SECCIÓN SISTEMATIZAMOS LA INFORMACIÓN OFICIAL DISPONIBLE SOBRE LA SITUACIÓN DE ENFERMERAS/OS EN EL PAÍS. CABE PRECISAR QUE ESTA DATA ES PREVIA A LA CRISIS SANITARIA QUE ENFRENTAMOS DESDE MARZO 2020 Y QUE GENERÓ CAMBIOS IMPORTANTES EN LAS CONDICIONES DE CONTRATACIÓN Y TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD. EN ESE SENTIDO, CONSIDERAMOS IMPORTANTE QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN EL PRESENTE DIAGNÓSTICO SEA CONTRASTADA CON LA DATA POST PANDEMIA A FIN DE VISIBILIZAR LOS CAMBIOS DRAMÁTICOS EN LOS ÁMBITOS QUE SE DESARROLLARÁN EN EL PRESENTE ANÁLISIS.

2.1 ESTADÍSTICAS DEL COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ

La información disponible en la página web del Colegio de Enfermeros del Perú, reporta 97.872 enfermeras colegiadas. Solo el 0.11% ha obtenido el grado de doctor/a, el 1.2% de han registrado grados de maestría;⁶ y el 24% ha registrado estudios de especialidad. Si comparamos estos datos con la información existente en el INEI, la cual refiere que el 74.9% de egresados (bachilleres o licenciados) en el Perú cuentan con estudios de postgrado, vemos que la incidencia de especialización en el caso de la enfermería es menor. Es importante destacar que, en el país, la mayoría de profesionales con estudios de especialización son mujeres provenientes de universidades públicas.



1 de cada 10
enfermeras tiene
estudios de maestría



1 de cada 4
enfermeras tiene
estudios de especialización

⁶ Indican como fecha de corte 17:45 horas del 10 de octubre del 2020.

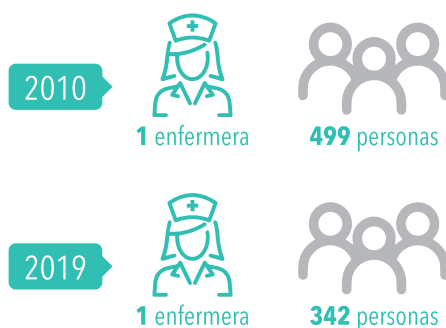
El Colegio de Enfermeros del Perú provee información central para la elaboración de reportes de estadística de recursos humanos de salud, los cuales nutren la información disponible en el Instituto de Estadística e Informática (INEI). La información disponible del 2009 al 2019 presenta un crecimiento sostenido de profesionales en enfermería, teniendo 54.409 enfermeras/os en el año 2009 y 93.972 enfermeras/os en el año 2019.

2.2 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (2010-2019)

Según la información disponible en el INEI, que reiteramos describe la situación anterior a la crisis sanitaria desencadenada por la COVID-19, en el rubro sobre habitantes por cada enfermera/o, según departamento, 2010-2019, observamos la estimación del número de personas que debe atender cada enfermera colegiada. En el año 2010, a nivel nacional, una enfermera atendía a 499 personas, pero esta situación ha ido mejorando progresiva y sostenidamente. Así en el 2019, a nivel nacional una enfermera atendía a 342 personas. No obstante, estamos aún a lejos del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), que para el año 2018 era de 114 personas por enfermera (8,8 enfermeras por cada mil habitantes)⁷.

Esta estimación es un promedio, y no considera la diversidad del país, si se trata de uno con mucha o poca desnutrición, en el que predominan personas mayores, niños, etc. A nivel de los países de la OCDE, con los datos del 2018, Noruega encabeza el ranking con 177 enfermeras por cada diez mil habitantes, cuatro posiciones más abajo encontramos a Alemania con 132 enfermeras por cada diez mil pobladores, en Chile hay 24 por cada diez mil habitantes. Perú tiene 29 enfermeras en promedio por cada diez mil habitantes, ya que, en lugares como San Martín, por ejemplo, hay 11 para ese número de personas. Es claro que el Perú es un país con un enorme retraso y sobre todo déficit en este aspecto y que se necesitan muchas enfermeras, unas 250.000 (Entrevista a Liliana La Rosa, 30 diciembre del 2020).

⁷ Información inferida a partir de los datos del cuadro "Nurses, Density per 1 000 population (head counts)" obtenido en *OECD Health Statistics 2020* <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>



Según la información brindada por el Colegio de Enfermeros del Perú al INEI, existen 4 departamentos, casi todos en la Amazonía, en los que una enfermera debe atender a por lo menos 700 personas. Se debe destacar la importante diferencia entre los departamentos de esta región y el resto del país, donde -en casos como San Martín, ya mencionado- existe una enfermera para más de 900 personas, lo cual coloca al oriente peruano en una situación de particular vulnerabilidad. A estas dramáticas cifras se suman grandes dificultades en relación a la accesibilidad geográfica y lingüística de los pacientes a los servicios de salud.

Se evidencia también la vulnerabilidad de la zona norte del país. Teniendo lugares en la costa como Piura, con 798 personas por enfermera, Cajamarca en la sierra con 467 personas por enfermera. Es importante plantear la necesidad de ver en qué contexto este espacio geográfico se configura como el más precarizado en acceso a la salud, y cómo esto impacta en escenarios como las emergencias sanitarias.

Cuadro 1: Número de enfermeras por persona entre el 2010 y el 2019 (INEI, 2019)

NÚMERO DE HABITANTES POR CADA ENFERMERA /O, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2010-2019										
Departamento	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	499	472	447	424	403	383	369	358	349	342
Amazonas	673	599	536	477	432	393	356	346	841	742
Áncash	717	655	584	529	473	436	411	392	372	358
Apurímac	426	393	364	328	303	284	263	249	239	227
Arequipa	281	268	258	248	239	230	224	219	217	214
Ayacucho	603	576	548	493	462	427	402	393	378	360
Cajamarca	1 046	949	892	825	759	695	655	647	467	457
Prov. Const. del Callao	494	468	437	410	391	357	340	333	323	327

Cusco	522	495	464	432	406	385	375	367	358	353
Huancavelica	759	710	602	543	508	467	430	400	370	344
Huánuco	500	447	418	389	372	345	325	308	290	274
Ica	434	419	385	349	331	309	293	281	275	274
Junín	516	487	462	440	416	401	384	370	356	342
La Libertad	557	534	512	479	456	437	423	407	395	395
Lambayeque	520	467	430	396	366	345	326	311	301	293
Lima	368	355	344	334	323	314	308	302	300	296
Loreto	995	962	948	928	917	809	804	758	718	700
Madre de Dios	792	718	688	638	643	584	584	535	517	516
Moquegua	387	387	353	338	321	313	307	302	294	292
Pasco	459	422	406	404	399	373	347	331	318	310
Piura	1 404	1 282	1 188	1 068	965	902	852	824	798	762
Puno	633	584	539	494	458	419	396	376	358	345
San Martín	1 513	1 373	1 312	1 226	1 131	1 063	1 061	983	904	864
Tacna	400	370	362	345	344	326	319	320	319	319
Tumbes	643	588	510	500	483	447	424	398	385	393
Ucayali	782	743	699	670	651	629	622	604	583	577

Fuente: Colegio de Enfermeros del Perú.

Elaboración: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

A continuación, presentamos un ranking elaborado con la información disponible el año 2018 del número de personas que atiende cada enfermera y del número de enfermeras por cada 10 mil personas, según departamento. Considerando que el promedio nacional es de 29 enfermeras por cada 10 mil personas, observamos que 15 departamentos se ubican por debajo del promedio nacional. El departamento en mejor posición es Arequipa.

Cuadro 2: Perú: ranking de densidad de enfermeras/os 2018

Departamento	Personas por enfermera	Enfermeras por cada 10 mil personas
NACIONAL	349	29
San Martín	904	11
Amazonas	841	12
Piura	798	13
Loreto	718	14
Ucayali	583	17
Madre de Dios	517	19

Cajamarca	467	21
La Libertad	395	25
Tumbes	385	26
Ayacucho	378	26
Áncash	372	27
Huancavelica	370	27
Puno	358	28
Cusco	358	28
Junín	356	28
Prov. Const. del Callao	323	31
Tacna	319	31
Pasco	318	31
Lambayeque	301	33
Lima	300	33
Moquegua	294	34
Huánuco	290	34
Ica	275	36
Apurímac	239	42
Arequipa	217	46

Fuente: Número de habitantes por cada enfermera /o, según departamento, 2010-2019, colocados de manera descendente.

Fuente: Elaboración propia

Si observamos el cuadro de arriba que nos indica la cantidad de enfermeras que atienden a cada diez mil personas hasta el 2018, se identifica que en Arequipa una enfermera atiende a 214 pacientes, situación que es la opuesta en San Martín en donde una enfermera atiende a 864 pacientes. Son los casos más extremos sobre la cantidad de enfermeras presentes para la atención de la salud de las poblaciones. Otras regiones que cuentan con mayor cantidad de enfermeras, además de Arequipa, son Apurímac, Huánuco, Ica, Moquegua y Lambayeque. Lo contrario sucede con Piura, Amazonas, Loreto y Ucayali, aunque San Martín es la región con menor cantidad de enfermeras a nivel nacional. Estas cifras refieren la cantidad de personal de salud existente en cada región. Las enfermeras podrían asumir más funciones logísticas y administrativas ante la escasez de personal del MINSA.

2.3 MINSA INFORMACIÓN DE RECURSOS DEL SECTOR SALUD (2013-2018) Y POSICIÓN CRÍTICA INTERNACIONAL DEL CEP

Esta información la contrastaremos con la información disponible en el *Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud, Perú 2013 - 2018*, elaborado por el MINSA. Nos permite presentar y ubicar a las profesionales de la enfermería en su sector.

Este compendio ha sido elaborado con la información remitida por EsSalud, la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, la Marina de Guerra del Perú, el Ejército Peruano, además de la Fuerza Aérea Peruana, el Ministerio de Educación, SISOL y el sector privado. Lamentablemente, el MINSA no ha recogido la información del Colegio de Enfermeros del Perú.

Cuadro 3: Adaptación de Cuadro 1.1 del INEI “Densidad de recursos humanos del sector salud por 10,000 habitantes según departamento, Perú 2013-2018”

2013					2014			
Departamento	Densidad de médicos	Densidad de enfermeros	Densidad de obstetras	Densidad de RHUS	Densidad de médicos	Densidad de enfermeros	Densidad de obstetras	Densidad de RHUS
Perú	11,5	11,8	4,1	27,4	11,9	12,7	4,7	29,3
Amazonas	6,2	10,0	6,5	22,7	7,0	11,6	7,0	25,6
Áncash	7,5	9,7	4,8	21,9	8,2	10,8	5,9	24,9
Apurímac	9,2	19,2	8,3	36,8	10,2	20,5	9,2	40,0
Arequipa	14,7	16,2	4,5	35,5	16,4	17,7	5,3	39,4
Ayacucho	6,8	13,6	8,2	28,6	7,1	15,1	9,5	31,7
Cajamarca	5,5	9,1	4,8	19,4	5,8	10,5	5,5	21,8
Callao	21,7	18,1	3,0	42,8	23,7	19,1	3,1	46,0
Cusco	7,9	10,7	4,4	23,0	8,6	11,6	5,3	25,5
Huancavelica	7,7	12,3	8,3	28,3	7,4	14,8	9,6	31,8
Huánuco	5,7	11,9	7,4	24,9	5,8	13,8	8,6	28,2
Ica	12,6	12,8	3,6	29,0	12,7	13,3	4,2	30,1
Junín	6,4	10,7	4,2	21,3	6,7	11,6	5,2	23,5
La Libertad	9,5	9,4	3,6	22,5	9,9	9,7	3,8	23,4
Lambayeque	10,0	11,6	3,8	25,4	10,3	11,9	4,2	26,4
Lima	17,8	13,9	2,8	34,5	17,9	14,4	3,0	35,3
Loreto	4,8	6,5	3,4	14,8	5,2	7,7	4,2	17,1
Madre de Dios	11,1	16,3	7,9	35,2	12,0	17,8	9,2	39,0
Moquegua	11,8	18,2	7,9	37,9	11,3	18,5	7,7	37,5
Pasco	8,9	13,4	7,3	29,6	7,5	13,2	8,1	28,9

Piura	6,1	6,3	3,4	15,8	6,5	7,3	4,2	17,9
Puno	5,8	9,3	4,0	19,1	6,4	11,1	4,9	22,4
San Martín	5,5	5,7	4,6	15,8	5,7	6,3	5,5	17,6
Tacna	13,7	16,9	6,2	36,8	14,2	17,1	7,5	38,9
Tumbes	9,3	9,4	6,3	25,1	10,4	11,6	7,0	28,9
Ucayali	6,8	9,6	4,8	21,2	7,2	10,7	5,5	23,4

2015					2016			
Departamento	Densidad de médicos	Densidad de enfermeros	Densidad de obstetras	Densidad de RHUS	Densidad de médicos	Densidad de enfermeros	Densidad de obstetras	Densidad de RHUS
Perú	12,2	12,8	4,6	29,7	12,7	13,5	4,8	31,0
Amazonas	7,3	11,9	7,1	26,2	7,6	14,5	7,5	29,6
Áncash	8,2	10,6	5,8	24,6	7,9	11,7	6,1	25,7
Apurímac	10,3	21,0	9,3	40,7	10,3	22,2	9,6	42,1
Arequipa	17,4	17,7	5,2	40,3	18,3	17,9	5,4	41,6
Ayacucho	7,0	15,8	9,8	32,5	7,7	16,8	10,4	34,8
Cajamarca	5,5	10,1	5,3	20,9	5,7	10,7	5,5	22,0
Callao	24,5	18,9	3,1	46,6	15,5	17,6	2,4	35,4
Cusco	8,4	11,8	5,3	25,5	8,0	11,8	5,1	24,9
Huancavelica	7,2	14,6	9,2	30,9	6,9	15,2	9,9	32,0
Huánuco	5,9	13,4	8,6	28,0	5,5	13,4	8,6	27,4
Ica	13,8	14,0	4,2	31,9	14,3	14,8	4,5	33,5
Junín	6,6	11,3	4,9	22,9	7,0	11,5	5,4	24,0
La Libertad	11,2	10,7	4,1	25,9	12,1	10,9	3,9	26,9
Lambayeque	10,7	12,5	4,2	27,4	10,8	13,4	4,4	28,5
Lima	18,3	14,5	3,0	35,8	20,3	15,8	3,2	39,3
Loreto	5,1	7,7	4,1	16,9	5,8	8,2	4,0	18,0
Madre de Dios	10,8	17,8	8,5	37,1	10,6	18,6	8,3	37,4
Moquegua	11,9	18,5	7,4	37,8	12,0	19,2	7,5	38,7
Pasco	7,4	13,3	7,9	28,5	7,7	13,8	7,9	29,4
Piura	6,6	7,0	4,1	17,8	6,7	7,7	4,2	18,6
Puno	6,3	10,9	4,5	21,7	6,3	10,9	4,7	21,9
San Martín	6,3	6,3	5,6	18,2	6,2	7,2	5,4	18,7
Tacna	14,6	18,3	6,9	39,8	14,6	17,7	7,6	39,8
Tumbes	11,6	12,0	7,4	31,0	12,2	12,0	6,8	31,0
Ucayali	7,3	10,9	5,4	23,6	6,9	11,1	5,8	23,8

2017					2018			
Departamento	Densidad de médicos	Densidad de enfermeros	Densidad de obstetras	Densidad de RHUS	Densidad de médicos	Densidad de enfermeros	Densidad de obstetras	Densidad de RHUS
Perú	12,8	14,1	5,0	31,9	13,6	15,6	5,3	34,5
Amazonas	7,9	14,7	7,8	30,4	9,1	17,6	8,8	35,5
Áncash	8,6	12,8	6,8	28,2	8,4	13,6	6,9	28,9
Apurímac	11,2	23,6	10,3	45,1	12,3	25,6	11,0	48,9
Arequipa	17,7	17,9	5,4	41,0	17,6	18,2	5,7	41,5
Ayacucho	8,0	18,0	11,7	37,7	8,5	19,1	12,0	39,6
Cajamarca	6,2	11,2	5,8	23,2	6,5	12,6	6,2	25,3
Callao	25,4	24,6	3,4	53,4	22,5	24,0	3,6	50,1
Cusco	8,6	12,6	5,4	26,6	10,0	15,0	6,0	31,0
Huancavelica	8,1	16,4	10,5	35,0	9,1	19,3	11,8	40,2
Huánuco	6,1	14,1	9,3	29,5	6,6	15,4	10,1	32,1
Ica	15,0	15,8	4,7	35,5	15,3	16,8	4,9	37,0
Junín	7,8	13,0	6,1	26,9	8,4	14,3	6,4	29,1
La Libertad	11,8	11,4	4,0	27,2	11,7	11,7	4,3	27,7
Lambayeque	10,6	13,7	4,7	29,0	11,6	14,8	4,8	31,2
Lima	18,9	15,3	3,1	37,3	20,5	17,5	3,4	41,4
Loreto	6,2	8,8	4,1	19,1	7,2	10,3	4,8	22,3
Madre de Dios	10,9	17,0	9,0	36,9	11,0	20,6	9,4	41,0
Moquegua	13,4	21,1	8,0	42,5	15,2	22,8	9,2	47,2
Pasco	8,2	13,6	8,0	29,8	10,6	15,8	9,1	35,5
Piura	7,0	8,1	4,4	19,5	7,2	9,3	4,9	21,4
Puno	6,8	11,8	5,1	23,7	7,2	12,9	5,5	25,6
San Martín	6,4	7,1	5,4	18,9	7,6	8,4	5,8	21,8
Tacna	15,8	19,3	7,5	42,6	16,2	20,8	7,3	44,3
Tumbes	11,8	12,2	6,7	30,7	12,6	14,1	6,9	33,6
Ucayali	7,8	12,9	6,6	27,3	8,3	13,3	6,4	28,0

Fuente: Base de Datos Nacional de Recursos Humanos del MINSA y Gob. Regionales 2013 - 2018

Información remitida por ESSALUD 2013 - 2018

Información remitida por la Sanidad de la PNP - 2013 - 2016

Información remitida por la Sanidad de la Marina de Guerra del Perú - 2013 - 2017

Información remitida por la Sanidad del Ejército del Perú - 2013 - 2017

Información remitida por la Fuerza Aérea del Perú - 2013 - 2017

Información remitida por el Sector Privado 2012 - 2018

Información remitida por el Ministerio de Educación - 2016

Información remitida por SISOL 2012

Elaborado por: Observatorio de Recursos Humanos en Salud - DIGEP - MINSA

En la información referida a la densidad de recursos humanos del sector salud por 10 mil habitantes según departamento, 2013-2018, se observa que para el año 2018 la densidad a nivel país era de 13,6 médicos para 10 mil habitantes, es decir que un/a médico debía atender a 735 personas. En el caso de las enfermeras, la

cifra disminuyó a 641 personas a ser atendidas por cada enfermera. Esta situación representa una leve mejora con relación a los datos del 2017, año en el que un/a médico debía atender a 781 personas y una enfermera a 709 personas.

En este cuadro observamos también que, si bien a nivel nacional la diferencia de densidad de médicos y enfermeras es de apenas 2 puntos decimales, en el año 2018, los departamentos presentan realidades muy distintas entre sí. Así, en el Callao y Lima habría mayor disponibilidad de médicos que de enfermeras, mientras que, en el resto del país, se cuenta con mayor número de enfermeras por cada 10 mil habitantes. En departamentos como Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco y Madre de Dios la disponibilidad de médicos es la mitad que las enfermeras.

Estas cifras son importantes de pensar, tomando en consideración la relación laboral complementaria entre ambas disciplinas. Según la Organización Mundial de la Salud, la correspondencia promedio que debería existir para guardar un equilibrio dentro de los lugares de atención de salud, es de un/a médico/a por cada tres enfermeras/os. Esta relación refleja, a su vez, el importante rol que tienen las enfermeras, las cuales asumen una importante carga laboral, de gran responsabilidad.

“EN DEPARTAMENTOS COMO AMAZONAS, APURÍMAC, AYACUCHO, CAJAMARCA, HUANCAMELICA, HUÁNUCO Y MADRE DE DIOS LA DISPONIBILIDAD DE MÉDICOS ES LA MITAD QUE LAS ENFERMERAS”

En el cuadro 1.2 del compendio, cuya versión adaptada presentamos, observamos que entre los años 2013 y 2018, el MINSA concentró la mayor cantidad de recursos humanos del sector salud, 71,5% de todo el personal. Esta cifra mantiene un crecimiento constante. A su vez, el personal del Seguro Social de Salud (ESSALUD) representa aproximadamente el 20%, y su participación en el total nacional tiende a disminuir, lo mismo que el personal de la Policía Nacional que representa el 2% del personal de salud. En el caso de las Fuerzas Armadas en los últimos años se ha incrementado en casi 20% el número de servidores de salud, no obstante, a nivel agregado representa alrededor del 3% del personal del sector. El número de personal del Sistema Metropolitano de la Solidaridad en Salud (SISOL) se mantiene casi constante en los últimos años, y representa el 1,1% del total. A su vez, el Ministerio de Educación (MINEDU) reporta la información de su personal desde el 2016 y su participación es

mínima, caso similar al Ministerio Pública y al Instituto Nacional Penitenciario (INPE): este último reporta desde el 2017. En el caso del sector privado, a partir de la información que han reportado al MINSA, observamos que su participación estaría disminuyendo desde el 2013. Así, el año 2018 representó el 1,8% del total del personal del sector salud.

Cuadro 4: Adaptación del cuadro 1.2 recursos humanos del sector salud por año según departamento e instituciones, Perú 2013-2018

Institución del sector salud	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total	223.62	241.732	245.779	256.157	265.46	282.808
MINSA	67,5	70,1	69,6	70,4	70,1	71,5
ESSALUD	22,7	21,0	21,7	21,1	20,4	19,8
PNP	3,0	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3
FFAA	2,9	2,6	2,6	2,6	3,1	2,9
SISOL	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1
MINEDU	0	0	0	0,1	0,1	0,1
INPE	0	0	0	0	0	0
Ministerio Público	0	0	0	0	0,7	0,6
Sector Privado	2,5	2,3	2,3	2,2	2,1	1,8

En cuanto a la información referente a profesionales de la salud del sector salud según departamento y cargo, Perú 2013-2018, observamos que en el período 2013-2018 se incrementó el número de profesionales empleados en dicho sector. Las y los profesionales de enfermería representan el 36.2% de los recursos humanos reportados en el compendio. Luego ubicamos a médicos con 31.6%, seguidos por obstetras que representan el 12.4% del total de los recursos humanos registrados.

EL 36.2% DE TRABAJADORES/AS EN EL SECTOR SALUD SON ENFERMERAS/OS. MIENTRAS QUE EL 31.6% SON MÉDICOS

Profesionales como odontólogos y tecnólogos médicos representan alrededor del 4% de este total, y el 11.2% restante se distribuye entre 10 profesiones vinculadas a la salud. Si consideramos la evolución del total de profesionales según rama, observamos que el grupo de enfermeras, tecnólogos, psicólogos y nutricionistas ha ido incrementándose en el período antes indicado.

Cuadro 5: Adaptación del cuadro 4.1 Profesionales de la salud del sector salud según departamento y cargo, Perú 2013 - 2018

Cargo	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Perú	102,819	111,577	114,607	120,727	125,539	138,564
Enfermero	36.090	39.210	39.979	42.650	44.790	50.099
Médico	34.911	36.596	38.065	39.976	40.820	43.805
Obstetra	12.561	14.452	14.445	15.018	15.865	17.190
Odontólogo	5.021	88	754	5.706	6.199	6.151
Tecnólogo Médico	4.265	4.568	4.572	4.788	5.022	5.796
Psicólogo	2.294	2.576	2.502	2.777	3.367	3.899
Químico Farmacéutico	2.159	2.414	2.455	2.595	2.564	3.296
Biólogo	1.596	1.860	1.848	2.013	2.172	2.502
Trabajador Social	1.978	2.073	2.037	2.124	1.574	2.366
Nutricionista	1.577	1.752	1.734	1.879	1.971	2.266
Técnicos Especializados	-	-	-	356	169	467
Médico Veterinario	250	56	248	273	266	333
Profesionales de la salud no especificados	-	-	886	08	580	219
Ingeniero Sanitario	26	27	16	94	112	97
Químico	91	105	66	70	68	78

Es importante destacar que la información que presenta este compendio se aleja de la información reportada por el CEP, lo que nos indica un posible subregistro de algunas de las instituciones que proveyeron de información al MINSA, o que no todas las enfermeras colegiadas se encuentren laboralmente activas. Observamos que el año 2018 el compendio da cuenta de 50.099 enfermeras en el sector Salud, cifra que representa el 53% de las 90.484 enfermeras colegiadas reportadas ante el INEI para el mismo año.

Continuando con la revisión del compendio, la información sobre recursos humanos del MINSA y Gobiernos regionales según departamento y género, Perú 2013-2018 (página 55 del compendio) nos permite apreciar la mayor y creciente participación femenina, que representa más del 60% de los recursos humanos del sector. Esta tendencia se mantiene en la mayoría de los departamentos, a excepción de Ucayali, donde las trabajadoras son el 59.7% del total del personal.

A continuación, presentamos la información a nivel país adaptada del *cuadro 3.2: Recursos humanos del MINSA y gobiernos regionales por género y grupo ocupacional, Perú 2013-2018*. Observamos que, el año 2018, el 65% del personal asistencial es femenino. Este porcentaje asciende al 71% entre el personal administrativo, luego disminuye a 47% de la participación entre técnicos asistenciales.

Cuadro 6: Adaptación del Cuadro 3.2 Recursos humanos del MINSA y gobiernos regionales por género y grupo ocupacional, Perú 2013 - 2018

Grupo ocupacional	2013		2014		2015	
	Total	Femenino	Total	Femenino	Total	Femenino
Perú	150,925	96,559	169,513	108,662	170,962	109,831
Profesionales asistenciales	64,230	44,499	72,963	50,985	74,142	51,871
Técnicos asistenciales	42,361	31,134	47,717	35,190	48,053	35,534
Técnicos administrativos	22,751	10,390	25,287	11,276	25,277	11,189
Auxiliares administrativos	11,984	5,321	12,982	5,621	13,742	5,980
Profesionales administrativos	5,431	2,483	6,481	2,975	5,514	2,441
Auxiliares asistenciales	3,546	2,354	3,970	2,608	4,225	2,811
No especifica	622	378	13	7	9	5

Grupo ocupacional	2016		2017		2018	
	Total	Femenino	Total	Femenino	Total	Femenino
Perú	180,314	116,294	186,079	120,855	202,275	131,670
Profesionales asistenciales	79,730	55,897	82,705	58,355	94,574	67,002
Técnicos asistenciales	48,457	36,134	50,908	37,769	54,103	39,730
Técnicos administrativos	27,845	12,181	26,586	11,737	26,561	11,879
Auxiliares administrativos	11,239	5,079	11,553	5,230	12,225	5,503
Profesionales administrativos	8,520	4,045	8,062	3,819	10,023	4,733
Auxiliares asistenciales	4,523	2,958	4,852	3,101	4,789	2,823
No especifica	0	0	1,413	844	0	0

Ahora, presentamos una adaptación del segmento del total nacional del cuadro N° 3.4: *Recursos humanos del MINSA y gobiernos regionales por género en zona urbana y rural, 2013-2018*. Aquí destacamos el número total del personal y el número de personal femenino, observamos que en las tres categorías consideradas: urbano, rural y no específica, la presencia del personal femenino es mayoritaria. Representan alrededor del 65% de todo el personal. Sobre este cuadro anotamos, también, que el 16% del personal de salud presta servicios en zonas rurales que, según datos del INEI en el 2017, albergaban al 20.7% de la población.

Cuadro 7: Adaptación del cuadro 3.4 Recursos humanos del minsa y gobiernos regionales por género en zona urbano y rural, 2013-2018

Grupo ocupacional	2013		2014		2015	
	Total	Femenino	Total	Femenino	Total	Femenino
Perú	150,925	96,559	169,513	108,662	170,962	109,831
Urbano	126,782	44,499	141,776	91,090	142,550	91,803
Rural	24,143	31,134	27,617	17,487	27,299	17,328
No específica			120	85	1 113	700
% presencial rural	16%		16.3%		16%	

Grupo ocupacional	2016		2017		2018	
	Total	Femenino	Total	Femenino	Total	Femenino
Perú	180,314	116,294	186,079	120,855	202,275	131,670
Urbano	152,045	44,499	156,365	101,750	170,745	111,306
Rural	28,269	31,134	29,714	19,105	31,530	20,364
No específica						
% presencial rural			16%		15.6%	

A partir de los cuadros 4.1, 6.1, 7.1, 8.1 y 9.1 del compendio, que presentan información sobre la participación femenina entre profesionales de la medicina (general), enfermeras, obstetras, odontólogas, y técnicas en enfermería, se ha elaborado una tabla a manera de resumen con cifras a nivel país. En esta observamos que las carreras de obstetricia y enfermería, esta última tanto a nivel profesional como técnica, presentan la mayor participación femenina, 91%, 90% y 80%, respectivamente. Por su parte, la odontología es la profesión con participación más próxima a la paritaria; y la medicina presenta una creciente participación femenina, no obstante, aún por debajo del 40%.

Cuadro 8: Participación femenina entre profesionales del MINSA y Gobiernos Regionales entre el 2013 y el 2018

Profesión / participación femenina	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Médicos	34.6	35.4	35.7	37.3	37.7	38.6
Enfermeras	89.8	89.9	89.8	89.7	89.8	89.5
Obstetras	90.4	90.5	90.4	90.5	90.8	90.9
Odontólogos	47.7	47.4	47.5	48.9	48.4	49.9
Técnica enfermería	78.9	78.9	79.0	78.5	78.7	78.5

Fuente: Elaboración propia

De la sección dedicada a las enfermeras/os, destacamos el cuadro N° 6.2 del INEI relacionado al número de enfermeros/as en el MINSA y gobiernos regionales, los cuales están disgregados por condición laboral entre el 2013 y 2018. Se observa un crecimiento importante en las contrataciones bajo el régimen laboral 276, los que han crecido casi en un 50%. Asimismo, en otros regímenes, como el CAS, más bien destaca una leve disminución. Asimismo, por lo que se refiere a la modalidad de contratación tercerizada, hay un crecimiento de más del 1000%.

Cuadro 9: Adaptación del Cuadro 6.2 Enfermeros del MINSA y Gobiernos regionales según régimen laboral, Perú 2013-2018.

Régimen / condición laboral	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Perú	22,666	25,803	25,956	27,922	29,181	33,713
Régimen 276	13,564	14,284	15,368	18,374	20,353	24,392
Nombrado	10,325	10,635	11,974	14,753	16,685	20,120
Destacado	142	192	238	261	242	284
Contratado 276	808	957	911	714	840	1,171
SERUMS	2,289	2,500	2,245	2,552	2,586	2,577
Residente	0	0	0	0	0	7
Régimen 1057 (CAS)	8,767	11,089	10,047	8,830	7,887	7,809
Biólogo 728	156	241	216	196	163	158
Servicio de terceros	82	189	325	522	777	1,354
Nutricionista	1,577	1,752	1,734	1,879	1,971	2,266
No específica	97	0	0	0	1	0

LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DE TERCEROS EN ENFERMERÍA HA INCREMENTADO EN 1000% EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

Sobre la condición laboral de enfermeras/os, observamos que, en el año 2017, el 70% de las enfermeras se encontraban laborando bajo el Régimen 276 (57% nombrado, 4% entre destacada y contratados, y un 9% del SERUMS). El régimen 1057 (CAS) comprende al 27% de los servidores, y el 3% restante a quienes prestan servicios de terceros. Finalmente, en relación a las plazas del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), observamos que la mayor proporción de plazas remuneradas corresponden a las enfermeras (32%), seguidas de los médicos (30%).

Cuadro 10: Adaptación del Cuadro 13.7 Plazas remuneradas adjudicadas del serums en el minsa y gobiernos regionales por año según profesión, Perú 2013 - 2018

Profesión	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2017 %
Perú	6,813	7,836	7,917	7,943	7,922	7,928	
Enfermero	2,256	2,539	2,627	2,607	2,586	2,556	32.2%
Médico	2,121	2,328	2,320	2,330	2,341	2,348	29.6%
Obstetra	862	1,104	1,061	1,112	1,100	1,107	14.0%
Odontólogo	730	744	755	740	735	731	9.2%
Psicólogo	370	436	449	441	443	450	5.7%
Nutricionista	105	179	187	189	189	197	2.5%
Biólogo	97	154	164	177	174	174	2.2%
Químico Farmacéutico	108	157	158	160	162	162	2.0%
Tecnólogo Médico	54	57	57	61	66	79	1.0%
Trabajador Social	59	80	79	70	69	68	0.9%
Médico Veterinario	51	58	57	54	55	54	0.7%
Ingeniero Sanitario	0	0	3	2	2	2	0.0%

Fuente: Base de datos del SERUMS, 2013 - 2018

Elaborado por: Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú - DIPLAN - DIGEP - MINSA

Por otro lado, el informe del “Libro Blanco de la profesión de enfermería” realizado por Miranda (s/f) ayuda a complementar la información. El autor generó su data cruzando información obtenida de los registros del CEP y la declaración de los empleadores de la planilla electrónica. Se utilizaron, por ende, los registros de los profesionales colegiados.

El autor halló que solo el 61% del total de los profesionales colegiados están habilitados, y el otro 39% se encuentra en condición de inhabilitado. Estos porcentajes responden a las condiciones económicas y políticas en las que se hallan los integrantes del colegio. Aunque se puede reconocer el interés de las/os enfermeras/os por continuar formando parte de esta institución profesional.

Cuadro 11: Registro de las/os integrantes de El Colegio de Enfermeros del Perú en calidad de activos, exonerados y cesantes

Habilitación / Estado	Nº Personas	Part. (%)
No habilitados	37,355	39%
Activos	33,545	35%
Exonerados por más de 70 años	3,427	4%
Cesante	316	0%
Exonerado	67	0%
Habilitados	57,242	61%
Activos (cotizan)	56,143	59%
Exonerados por más de 70 años	569	1%
Cesante	168	0%
Exonerado	362	0%
Total (*)	94,597	100%
Activos	89,688	95%
Exonerados por más de 70 años	3,996	4%
Cesante	484	1%
Exonerado	429	0%

(*) Registro de Colegio de Enfermeros del Perú a marzo el 2021

Nota: de los 96,439 DNI registrados en CEP, el 98% tenían DNI válido (94,597) en tanto, el 2% registran problemas en la identificación del DNI.

Fuente: El Colegio de Enfermeros del Perú (Miranda, s/f, p. 5)

Elaborado por Guillermo Miranda

Por otro lado, el 91% de los profesionales registrados en el CEP son mujeres, contando a todos aquellos habilitados e inhabilitados. La enfermería peruana está integrada mayormente por mujeres, y entonces es comprensible que la mayor parte de las/os integrantes del Colegio de Enfermeros sean del género femenino. De ahí que signifique, en ocasiones, la mayor injerencia de ellas en la administración y las políticas de la institución en la vida pública del país, sobre todo en el rubro de la salud. Tales prácticas, al mismo tiempo, involucran que el colegio se haya convertido en un espacio femenino de gestión pública.

Cuadro 12: Registro de las/os integrantes de El Colegio de Enfermeros del Perú a partir del criterio del género

Habilitación / Sexo	Nº Personas	Part. (%)
No habilitados	37,355	39%
Mujer	33,868	36%
Hombre	3,485	4%
Sin registro	2	0%
Habilitados	57,242	61%
Mujer	52,108	55%
Hombre	5,108	5%
Sin registro	6	0%
Total (*)	94,597	100%
Mujer	85,976	91%
Hombre	8,613	9%
Sin registro	8	0%

(*) Registro de Colegio de Enfermeros del Perú a marzo el 2021

Nota: de los 96,439 DNI registrados en CEP, el 98% tenían DNI válido (94,597) en tanto, el 2% registran problemas en la identificación del DNI.

Fuente: El Colegio de Enfermeros del Perú (Miranda, s/f, p. 6)

Elaborado por Guillermo Miranda

Por otra parte, existe una gran cantidad de profesionales solteros (49%) a pesar del elevado número de profesionales que no registran información. Esta información puede responder a la falta de excedentes personales para pertenecer o continuar con la membresía a esta institución profesional. En su condición de solteras/os tienen mayor autonomía en el manejo de sus finanzas personales, a diferencia de aquellas/os que aportan para el sustento de su familia, sea en calidad de madres o padres.

LA DECANA DEL COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ, MG. LILIANA LA ROSA, MENCIONA QUE UN PROBLEMA EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE ENFERMERÍA, ES QUE NO SE RECOGE LA VOZ DE LAS/LOS ENFERMERAS/OS

Cuadro 13: Registro de las/os integrantes de El Colegio de Enfermeros del Perú a partir del criterio de estado civil

Habilitación / Estado	Personas	Part. (%)
No habilitados	37,355	39%
Soltero	17,754	19%
Casado	6,721	7%
Divorciado	176	0%
Viudo	143	0%
Conviviente	644	1%
Sin información	11,917	13%
Habilitados	57,242	61%
Soltero	28,768	30%
Casado	9,730	10%
Divorciado	154	0%
Viudo	226	0%
Conviviente	1,250	1%
Sin información	17,114	18%
Total (*)	94,597	100%
Soltero	46,522	49%
Casado	16,451	17%
Divorciado	330	0%
Viudo	369	0%
Conviviente	1,894	2%
Sin información	29,031	31%

(*) Registro de Colegio de Enfermeros del Perú a marzo el 2021

Nota: de los 96,439 DNI registrados en CEP, el 98% tenían DNI válido (94,597) en tanto, el 2% registran problemas en la identificación del DNI.

Fuente: El Colegio de Enfermeros del Perú (Miranda, s/f, p. 6)

Elaborado por Guillermo Miranda

2.4 POSTURA CRÍTICA DEL CEP FRENTE A LA INFORMACIÓN DEL MINSA

La decana del Colegio de Enfermeros del Perú, Liliana La Rosa, manifestó en una entrevista realizada el 30 diciembre del 2020, que un problema a nivel mundial en la construcción de la información sobre las enfermeras/os es que no se recoge la voz de estos profesionales. El CEP es parte del Comité Internacional de Enfermería (CIE) y de la Federación Panamericana de Enfermería (FPE), asociadas a la OMS y la OPS, respectivamente. En una reunión internacional,

La Rosa ha exigido al CIE que se presenten indicadores recogidos por los colegios de enfermeras/os y no solo por los ministerios de salud. Señala La Rosa que esta situación es difícil de transformar, pues el CIE sigue a la OMS, formada por los ministros de salud, quienes informan la situación de enfermería que les conviene a sus ministerios, los que a su vez responden a los intereses de la corporación médica. La OPS y la OMS están llenos de médicos, pero no hay enfermeras. Eso explica, manifiesta La Rosa, que en la data del CIE nunca salga que en enfermería hay contratos por terceros, que las enfermeras están discriminadas, que ellas no llegan a ser ministras, ni viceministras, ni directoras generales. La Rosa relata que durante su gestión, el CEP ha tenido un posicionamiento internacional, ha liderado una verdadera “lucha internacional” en la que ha procurado “dinamitar este juego de poderes”, al señalar que la enfermería debe confiar en sus profesionales, en sus propias organizaciones, y elaborar un Informe paralelo al de la OMS en el que los decanos/as reporten lo que ocurre en la enfermería de cada país. Y La Rosa ha planteado indicadores.

El 2020 fue nombrado por la ONU como el *Año Internacional del Personal de Enfermería y Partería*, recogiendo la propuesta de la OMS. Cabe recordar que Tedros Adhanom, director de la Organización Mundial de la Salud, manifestó el 25 mayo 2019: “La OMS se enorgullece de proponer el año 2020 como el **Año Internacional de la Enfermera y la Matrona** (esta denominación última referida a la enfermera especialista en ginecología y obstetricia). Estas profesiones de la salud son invaluable para la salud de las personas en todas partes. Sin enfermeras y matronas no lograremos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) ni la cobertura sanitaria universal”. La Rosa narra que, amparándose en ello, ha solicitado a los directores de la OPS Carissa F. Etienne, y OMS Tedros Adhanom, que informen sobre cuántas enfermeras representantes de sus países tienen en esas instituciones.

Que éstos se han incomodado... porque no hay ni una. La Rosa les ha pedido en reiteradas ocasiones que hagan discriminación positiva en los cargos, “porque si se quiere avanzar en democratizar la gestión sanitaria, se tienen que usar instrumentos de gestión, y la paridad femenina es un instrumento de gestión. En enfermería y en la gestión sanitaria necesitamos que haya tantas enfermeras como médicos en los niveles de dirección que correspondan a nuestras funciones”.

Revela que los médicos ocupan todos los cargos en esos organismos internacionales: dirigen salud dental en lugar de un odontólogo; dirigen salud mental en lugar de un psicólogo; dirigen los temas de desnutrición habiendo nutricionistas, salud

pública veterinaria habiendo veterinarios, etc. La Rosa señala que esto lo planteó públicamente en Singapur: “es momento de creer en nuestras organizaciones y que ellas reporten la voz de las enfermeras, porque el Ministerio de Salud no nos representa. Este sigue sus intereses, concentrados en la hegemonía médica, son los intereses de una corporación, no los intereses del pueblo. No sonó bien a los de la OMS que estaban sentados allí, pero sí a los representantes”.

En este proceso de posicionar la enfermería, el CEP del Perú ha generado una alianza con los colegios de Paraguay, Chile, Colombia y España, relata La Rosa. Chile lidera la Red de Enfermeras de Práctica Avanzada. En Colombia se ha dinamizado una red de enfermeras que construye conocimientos científicos. En esos espacios, la voz del CEP es respetada, porque se hace escuchar.

2.5 PERSONAL DE ENFERMERÍA DURANTE LA CRISIS SANITARIA PRODUCIDA POR EL COVID-19

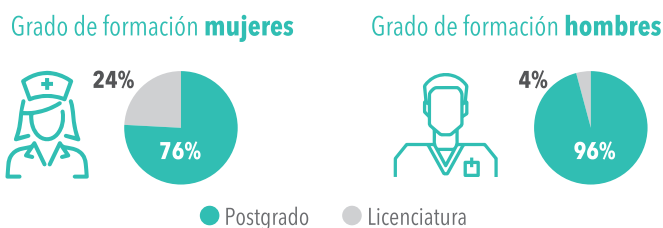
Según los datos proporcionados por Liliana La Rosa para enero del 2021, 7.780 enfermeras/os habían contraído el virus SARS -Coronavirus 2 (COVID 19), de los cuales 90 habían perdido la vida. Asimismo, pese a requerirse mayor número de personal médico para contener la pandemia, las plazas en enfermería han disminuido en un 30%.

DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PRODUCIDA POR EL COVID-19, SE HA REDUCIDO EN 30% LAS PLAZAS DE ENFERMERAS/OS COLEGIADAS/OS

Cabe señalar que durante la crisis sanitaria hubo una disminución en plazas, pero también existió convocatorias nacionales con un incremento salarial que fluctuaba entre los S/6.000 y S/7.000, sobre todo en las zonas donde el virus generó mayor impacto. Así, por ejemplo, según información publicada por el CEP, el Gobierno Regional de Piura (GORE Piura) contrató a 2.433 profesionales entre enfermeras/os colegiadas/os y técnicas/os en enfermería, siendo requisito indispensable para los puestos de mejor remuneración, la colegiatura, así como conocimientos en inmunización. Cabe señalar que estos puestos son de carácter temporal y como respuesta a las falencias asistenciales por parte del Estado en materia de salud.

2.6 DATOS DEL CUESTIONARIO AUTOAPLICADO

En base a las respuestas de las y los participantes del cuestionario autoaplicado se ha explorado el nivel de estudios por sexo, zona geográfica (costa, sierra y selva) y correlacionado esa data con el nivel de satisfacción. En ese sentido se ha obtenido la siguiente información:



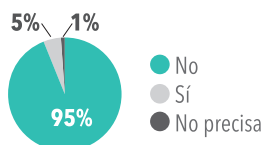
En el gráfico se observa una diferencia sustancial entre la costa y la selva, existiendo 1 mujer con postgrado en la selva por cada 5 en la costa. Estas diferencias se pueden deber a la oferta académica a nivel de postgrado en ambas zonas geográficas, siendo la costa la que concentra el mayor número de universidades con maestría y doctorado. Cabe señalar que la exploración no permitió definir si los estudios se realizaron en el extranjero.

Adicionalmente, se debe señalar que de los participantes (hombres y mujeres) con estudios de postgrado, el 62% requiere realizar labores adicionales a su ocupación principal, frente a un 57% de licenciados/as. La información revela que más del 50% de la población participante necesita percibir ingresos adicionales, por lo que labora en más de un lugar.



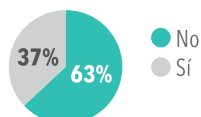
Esta información se condice con lo expresado en la pregunta sobre satisfacción remunerativa, donde el 94% de participantes expresó que no está de acuerdo con los salarios percibidos y considera que la remuneración no compensa su esfuerzo.

¿Siente que la **remuneración** promedio de la profesión de enfermería compensa el esfuerzo?



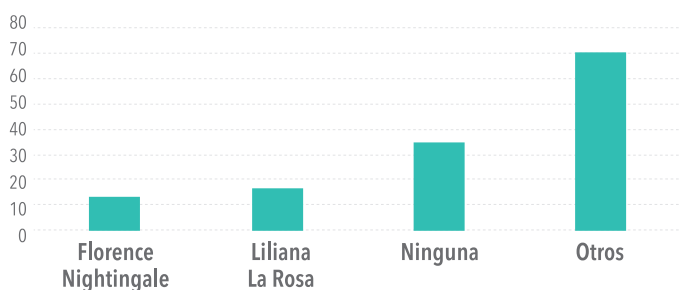
Sin embargo, cuando la data es trasladada al reconocimiento de trabajo por superiores, el porcentaje de insatisfacción disminuye a un 63%, pero sigue representando más de la mitad de la muestra.

¿Siente que su trabajo es **valorado** por sus superiores?



En lo relativo a la pregunta 31, “¿Reconoce alguna figura inspiradora en el sistema de salud? ¿Quién y por qué?, 122 sobre 348 encuestada/os, es decir más del tercio, no respondió nada, o escribió “no” o “ninguna”. Esta carencia de personajes referenciales muestra la importancia de investigar y construir una memoria histórica de la Enfermería en el Perú. Respalda esta inferencia, el que la tercera respuesta más numerosa, con 46 menciones (13.21%) sea “Florence Nightingale”, enfermera de valor universal, y extranjera. Resulta positivo que, en segundo lugar, con 58 respuestas (16.67%), aparezca una enfermera peruana, la actual decana del CEP, Liliana La Rosa. El resto de respuestas fue muy variada.

Figuras emblemáticas en el Sistema de Salud



Elaboración propia

3 La enfermería en la **normatividad y las políticas públicas**



EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ES AÚN EL RECURSO MÁS DESFAVORECIDO POR LAS REFORMAS SANITARIAS SECTORIALES. SU DESATENCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS HA PROVOCADO CONSECUENCIAS NEGATIVAS EN EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN DE SALUD Y DEL PROPIO PROFESIONAL. EL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO Y LABORAL DONDE SE DESARROLLA LA ENFERMERÍA ES COMPLEJO Y ESTÁ LLENO DE INCERTIDUMBRE PORQUE, EN LA ACTUALIDAD, LOS DERECHOS LABORALES Y SALARIALES NO SE CUMPLEN A CABALIDAD EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD, AUN CUANDO ESTOS ESTÁN DICTAMINADOS SEGÚN LEGISLACIÓN DEL ESTADO PERUANO Y AMPARADOS A TRAVÉS DE CONVENIOS INTERNACIONALES (MORÁN, 2017, PP. 96-97).

3.1 LEYES

El ejercicio profesional de la enfermería se desarrolla teniendo como marco normativo la Constitución Política del Perú, en su artículo 28, la Ley General de Salud N° 26842, la Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público - Decreto Legislativo N° 276 y su reglamento, y en el sector privado por las normas que le fueren aplicables, la Ley del Trabajo de la Enfermera(o) N° 27669, promulgada el 15 de febrero del 2002, DL N° 22315, modificado por Ley 28512, que crea el Colegio de Enfermeros del Perú, la Ley de Trabajo y Carrera de los Profesionales de Salud N° 23536 y sus normas modificatorias y reglamentarias, y el Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú.

El reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera(o) N° 27669, en el artículo 3, sobre el rol de la profesión de la enfermería señala: "...como profesional de las ciencias de la salud, interviene en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica, sistemática y humanística, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad".

Asimismo, el artículo 4, señala como ámbito de la profesión: "El cuidado integral de enfermería es el servicio que la enfermera (o) brinda a la persona en todas las etapas de la vida, desde la concepción hasta la muerte, incluyendo los

procesos salud - enfermedad, implementando el método científico a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que garantiza la calidad del cuidado profesional". Señala, además que el ejercicio profesional se desempeña en las áreas docente, asistencial, administrativa y de investigación, desarrolladas en el ámbito público y privado.

Cabe precisar que la

"ley N° 30459 (...) incorpora el inciso k) al artículo 9 de la ley N° 27669, Ley del Trabajo de la Enfermera (o), el cual señala que la enfermera tiene derecho a desempeñar su labor profesional conforme a sus funciones y competencias, establecidas en el marco legal vigente, a través de actividades privadas y/o consultorios denominados consultorios de profesionales de enfermería, los cuales deben cumplir con las normas establecidas por la autoridad nacional de salud".

Asimismo, se aprobó el Reglamento del Residentado de Enfermería mediante el decreto supremo 031-2015-SA.

Para poder ejercer legalmente la profesión se requiere el título universitario de licenciatura en enfermería y contar con el registro de colegiatura correspondiente en el CEP. En el país, los procesos de evaluación, acreditación educativa y certificación profesional se rigen por la Ley No. 28044, Ley general de educación, promulgada en julio del 2003. El artículo 14 señala que el Estado garantiza el funcionamiento de un Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa-SINEACE que abarca todo el territorio nacional y responde con flexibilidad a las características y especificidades de cada región del país. Para ello, el año 2006 se promulgó la Ley No. 28740 que establece la creación del sistema que norma los procesos de evaluación, acreditación y certificación de la calidad educativa - SINEACE.

Con el Decreto Supremo No. 018-2007-ED del 2007, modificada por DS 016-2010-ED, se reglamenta la Ley del SINEACE. En el artículo 22 se determina que los profesionales que cuenten con colegios profesionales sólo pueden ser certificados por su respectivo colegio, siempre que hayan sido autorizados por el Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior Universitaria-CONEAU. Asimismo, en el artículo 23 señala que la certificación profesional es obligatoria para los profesionales de salud, educación y derecho.

El reglamento señala también, en el artículo 15, que la certificación debe renovarse cada cinco años, acreditando horas de capacitación que deben ser provistas por la institución empleadora, equivalentes a cinco créditos anuales. Por otro lado, sobre las condiciones laborales, se establecen jornadas de 36 horas semanales que incluyen las horas de guardia. Es importante señalar que el reglamento detalla las compensaciones que corresponden a los sobretiempos, así como derechos a los que acceden las y los profesionales, tales como acceso a chequeos preventivos, entre otros (artículos 11, 17 y 18).

LA LEY CONTEMPLA UNA JORNADA LABORAL DE 36 HORAS SEMANALES QUE INCLUYEN LAS HORAS DE GUARDIA, CON COMPENSACIONES ECONÓMICAS POR SOBRETIEMPOS

A pesar de esta normativa, por lo que se refiere a las enfermeras docentes:

“se puede evidenciar sobrecarga de trabajo, al realizar diversas actividades, algunas propias de su rol y otras no específicamente relacionadas porque son de carácter administrativo, por no decir de secretariado, restando a su responsabilidad de orientación profesional al estudiante, quien de inmediato se convierte en sujeto de ayuda y delegación de tareas, sin considerar la misión de su rol docente asistencial, familiar y/o comunitario establecidos en el Código Internacional de Enfermería (sic) (CIE), colocando la práctica estudiantil en un escenario de inseguridad” (Aliaga et al, 2017, p. 35).

3.2 DECRETOS SUPREMOS

El acceso a los cargos directivos se encuentra normado por el D.S N° 011-2002-SA - Aprueban Reglamentos de Concursos para cargos de directores de institutos especializados y hospitales del sector salud, y para jefaturas de departamentos y servicios de los institutos especializados, hospitales y centros de salud. Es relevante señalar que incorpora una limitante en su Título III Del Proceso de Concurso, Capítulo I De los requisitos para postular, pues se señala que para ocupar cargos de dirección de hospitales, se debe ser médico cirujano, cerrando así el acceso a dicho puesto a todos los demás profesionales de salud.

Por otro lado, otro decreto norma el acceso a otros cargos. Se trata del Decreto Supremo N° 012-2015-SA, Reglamento de concurso para acceder a puestos de jefe/a de departamento de enfermería, jefe/a de servicio de enfermería, supervisor/a I y II, coordinador/a y supervisor/a del cuidado integral de salud, supervisor/a de enfermería o sus equivalentes en el Ministerio de Salud, sus organismos públicos y gobiernos regionales. Asimismo, el Decreto Supremo N° 031-2015-SA aprueba el reglamento del residentado en enfermería y la resolución de Presidencia del Consejo Directivo Ad Hoc N° 364-2017-SINEACE-CDAH-P con la cual oficializan acuerdo que autoriza la renovación de certificación y registro de profesionales como evaluadores de competencias profesionales en las carreras de medicina, odontología, obstetricia, enfermería, ingeniería y biología.

3.3 RESOLUCIONES RELATIVAS A LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA

Dentro de esta categoría podemos destacar cuatro documentos normativos:

- a. Resolución Ministerial N° 401-97-SA-DM que aprueba el uso obligatorio del uniforme único para los profesionales de enfermería del país.
- b. Resolución Ministerial N° 996-2005-MINSA aprueba “Compendio de guías de intervenciones y procedimientos de enfermería en emergencia y desastres”.
- c. En separata especial en el 2010 se publica el Modelo de calidad para la acreditación de la carrera profesional universitaria de enfermería.
- d. Resolución N° 022-2012-SINEACE-P Oficializan certificación y registro como evaluadores de competencias profesionales para la carrera profesional de enfermería.
- e. La Resolución Ministerial N° 217-2020-MINSA de abril 2020 aprueba la Directiva Sanitaria N° 094 -MINSA/2020/DGIESP, para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar ante la infección por COVID-19. En este documento se establecen las pautas para la atención de las gestantes, que se aplica a todo el personal de la salud.

3.4 LA ACTUAL PROPUESTA DE MODIFICACIÓN LEGAL DEL COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ

Una visión moderna y empoderada de la profesión de enfermería se encuentra en la propuesta de modificación de la Ley del Trabajo de la Enfermera/o presentada el 26 de agosto del 2020 por el Consejo Directivo Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú, a través de su decana nacional, Liliana La Rosa, ante el Congreso de la República en la persona de su presidenta Mirtha Vásquez Chiquilín. Se trata del proyecto de ley N° 6474/2020-CP que modifica la Ley 27699, Ley del Trabajo de la Enfermera/o, en el marco de la facultad reconocida por el artículo 107° de la Constitución Política del Perú a los Colegios Profesionales.⁸ En la presentación del proyecto se explicó la relevancia de la propuesta para el gremio de enfermeras/os:

“la rápida propagación de la COVID-19 ha evidenciado el terrible problema que sufre la garantía del derecho de la salud en nuestro país. Pero esta situación ha afectado aún con más fuerza a los profesionales de la salud en general; y, a las enfermeras y enfermeros, en particular. Pese a las condiciones en las que desempeñan su actividad, han demostrado compromiso e idoneidad en combatir la pandemia. En razón a ello, es turno de las autoridades reconocer este esfuerzo a través de leyes que le restituyan dignidad” (Proyecto de Ley n° 6474/2020-CP que modifica la Ley 27699, Ley del Trabajo de la Enfermera/o).

El CEP ha propuesto la modificación de los artículos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 17 y tercera disposición final de la Ley N° 27669, Ley del Trabajo de la Enfermera(o). La respuesta del CEP a las observaciones planteadas por el Colegio Médico del Perú (CMP) pone sobre el tapete la nueva visión sobre la enfermería que se viene impulsando en países como Estados Unidos y, en América Latina, en Brasil, Chile, Colombia y Cuba. Ello se evidencia en el artículo 2: “El rol de la profesión de enfermería”, que indica que el ejercicio de la profesión de enfermería es “autónomo e interdependiente, altamente complejo por su responsabilidad en el cuidado de vida, la salud y el desarrollo del país. Incluye la promoción, protección y el cuidado del bienestar del individuo, familia, comunidad y sociedad en general” (Proyecto de Ley N° 6474/2020-CP que modifica la Ley 27699, Ley del Trabajo de la Enfermera/o).

⁸ Proyecto de ley n° 6474/2020-CP.

Esto ha sido observado por el Colegio Médico, al considerar que “no es posible hablar de autonomía cuando el profesional está subordinado a una disposición superior que en este caso la da quien está facultado para realizar el acto médico”. El CEP ha respondido que la autonomía implica:

“(...) la aplicación del juicio crítico basado en conocimientos, que establece el profesional de enfermería en su actuar, el control que tiene el grupo ocupacional sobre su propia práctica, su propio ejercicio, así como la autoridad y responsabilidad sobre las propias decisiones. Ese punto es muy relevante ya que la autonomía podría ser entendida solamente como la aplicación de un trabajo independiente o individual, pero la autonomía va mucho más allá de eso, se relaciona con la posibilidad de generar conocimientos que puedan ser aplicados en la práctica, la elaboración de juicios críticos basados en conocimientos que se fundamentan en la ciencia del cuidado. (...) enfermería también tiene sus propios diagnósticos y la metodología para elaborar esos juicios críticos que no están orientados a la enfermedad (tanatológico), sino a las respuestas humanas frente a la enfermedad y a la forma de prevenirla, que son aspectos multidimensionales, no sólo son orgánicos y fisiológicos; la dinámica de enfermería por ello es holística e integral”.⁹

Además -continúa la respuesta del CEP- el propio Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en 1975 declaró oficialmente que la enfermería era una profesión independiente, aunque contribuía con otras profesiones afines a proporcionar los cuidados de salud que la población necesita. Es decir, las enfermeras se empoderan por su rol autónomo en la toma de decisiones a fin de contribuir a elevar la calidad de los cuidados.

Otra propuesta clave de modificación de la Ley del Trabajo de la Enfermera(o), es la formulación del artículo 3¹⁰ que indica el “Ámbito de la Profesión de Enfermería”, en la que se incluye la toma de decisiones, la prescripción. Se señala que:

“la enfermera(o) determina y prescribe las medidas de protección, preventivas y de cuidado en el ámbito de sus competencias. La enfermera/o participa a través de sus instituciones en el diseño,

9 Oficio n° 5092-2020-CN/CEP, del 15 de diciembre de 2020, a la presidenta del Congreso Mirtha Vásquez Chiquilín, en respuesta a las observaciones del Colegio Médico del Perú.

10 En su observación, el Colegio Médico afirma que el médico es el único profesional de salud que prescribe las medidas de protección, prevención y cuidado para ser aplicadas por la enfermera y otros profesionales de la salud.

implementación, monitoreo, evaluación y retroalimentación de la política nacional de salud, desarrollo y protección social, en todas las instancias relacionadas. La labor de la enfermera/o incluye la función asistencial, docente, gerencial, y de investigación, promoción y prevención, y otras relacionadas con la salud, el desarrollo integral individual y colectivo. Los/as profesionales de enfermería no pueden ser privados de su libertad por el ejercicio de sus funciones, cualquiera que sea la circunstancia de su realización, salvo mandato judicial expreso o comisión de flagrante delito”.

El CEP ha respondido a la observación, señalando que en el entorno de las ciencias de la salud se ha generalizado el término “prescripción”, y, se le enmarca en la competencia de los médicos y no en la de otros profesionales de la salud. Pero la Real Academia Española señala dos acepciones para prescribir: 1. recetar, ordenar remedios y 2. preceptuar, determinar algo, ordenar. Es en este segundo sentido que se dice que la enfermera “prescribe”. Dicho en palabras del oficio del CEP, la enfermera emite “un criterio profesional sanitario dirigido al paciente, por el que se propone la realización de una acción en virtud de un juicio clínico y terapéutico o de cuidados”.

EL CEP PLANTEA QUE EL TÉRMINO “PRESCRIPCIÓN DE LA ENFERMERA”, EN EL DEBATE PROFESIONAL Y PÚBLICO, DEBE SER ENTENDIDO COMO LA CAPACIDAD DE LAS ENFERMERAS/OS, EN EL MARCO DE SUS COMPETENCIAS Y ATRIBUCIONES.

Esta propuesta se apoya en la definición de prescripción del profesional de enfermería definida por Bulechek, GM y McCloskey, JC (1992) como “cualquier cuidado directo que la enfermera realiza en beneficio del cliente [paciente]”. Este cuidado incluye: (i) Los tratamientos iniciados por la enfermera; (ii) los tratamientos iniciados en función del diagnóstico médico; y, (iii) La realización de actividades diarias esenciales para el cliente (paciente).

El CEP plantea que el término “prescripción de la enfermera” en el debate profesional y público, debe ser entendido como la capacidad de las enfermeras/os, en el marco de sus competencias y atribuciones, para contribuir de manera eficaz a: (i) la gestión de los problemas de salud o de enfermedad de los ciudadanos; (ii) la gestión de las prestaciones sanitarias, asistenciales y de cuidados; (iii) la optimización de los recursos; y, (iv) el desarrollo del rol autónomo de la enfermería. La prescripción del personal de enfermería se

ha aprobado en la legislación española el 2009, uniéndose a países como Australia, Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda, Reino Unido, Brasil, Francia, Bostwana, Zambia, Sudáfrica e Irlanda. Por tanto, afirma el CEP, su propuesta de modificación de la ley no vulnera las funciones inherentes a los médicos, pues atañe a las funciones que recaen en el profesional de enfermería para el cuidado de los pacientes.

El Colegio Médico critica que la propuesta no considere como condición para el ejercicio de la profesión, la colegiatura, lo que implicaría que la colegiación sería optativa y no exigible para el ejercicio profesional. La respuesta del CEP es que la colegiatura ya ha sido precisada por los artículos 1° y 6° de la Ley N° 27669, Ley del trabajo de la Enfermera (o). Y por ello, su propuesta de modificación señala en el artículo 6, "Responsabilidad de la enfermera": "La enfermera/o es la profesional con grado y título universitario a nombre de la nación, colegiada(o), a quien la presente ley reconoce en su rol y ámbito profesional. Se prohíbe la utilización de la denominación de enfermera/o, u otra análoga, a quien carezca del grado de bachiller y título universitario correspondiente".

El aspecto más moderno y empoderador de la enfermería de la propuesta del CEP, es el artículo 7, "Funciones de la enfermera(o)". Propone incluir como funciones:

"a) Diseñar, implementar, monitorear y evaluar políticas, programas, proyectos, servicios dirigidos a la gestión de la promoción, protección, prevención y cuidado de la salud y la vida a nivel individual, familiar, comunitario y social. b) Dirigir la promoción y prevención de la salud en los diferentes niveles de gobierno y niveles de atención, determinando y aplicando medidas de atención para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en todas las etapas del ciclo de vida y los ámbitos de desarrollo humano. c) Brindar atención directa al ciudadano para la promoción, prevención y protección y recuperación de su salud en todas las etapas del ciclo de vida y los ámbitos de desarrollo de la persona. e) Ejercer funciones de enfermería a nivel autónomo a través de consultorios en el ámbito de sus funciones y competencias. f) Ejercer funciones de enfermería interdependiente a nivel institucional, en el sector público y privado".

Aquí justamente se han dado las observaciones más severas del CMP, que pide que las funciones de la enfermera/o sean precisadas dentro de las competencias

de enfermería, de manera que no vaya a parecer que la enfermera debe dirigir la promoción y prevención de la salud en los diferentes niveles de gobierno y niveles de atención. Pide, además, que se defina “atención directa al ciudadano”, ya que solo el médico cirujano puede realizar un acto médico. También, que se explique si los “consultorios de enfermería” quedan en establecimientos de salud o son particulares. Finalmente, que se aclare el sentido de “función interdependiente” de la enfermería a nivel institucional, pues el Colegio Médico considera que lo correcto sería poner que “las funciones de la enfermería serían dependientes de las de otros profesionales”.

El Colegio de Enfermeros ha respondido que las funciones observadas sí correspondían a los servicios de enfermería y tenían como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en los diferentes aspectos de prevención de enfermedades, promoción de la salud, recuperación y rehabilitación, con un enfoque holístico e interdisciplinario a fin de contribuir a un mayor bienestar de la población en sus procesos de desarrollo. Que la Ley del Trabajo de la Enfermera(o), como toda ley de trabajadores profesionales, planteaba disposiciones prescriptivas de derechos y obligaciones, sirviendo para precisar las competencias, atribuciones y funciones del caso.

El CEP cita en su apoyo la autoridad de un documento oficial de 1998 del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), que dice que “La definición del ámbito de la práctica transmite a los demás las competencias y la responsabilidad profesional de la enfermera. La enfermería es responsable de definir las funciones de la enfermera y el ámbito de la práctica de la enfermería”. Por ello, -continúa el CEP- se debía reconocer y potenciar las funciones específicas de enfermería en todos los ámbitos de su ejercicio profesional, con el fin de utilizar al máximo sus capacidades y, así, garantizar los estándares de calidad de los servicios de enfermería, y por ello la propuesta legislativa tiende a cubrir dicho requerimiento. El CEP pone énfasis en que la propuesta no tiene por finalidad atentar contra el acto médico, referido a lo que realiza el profesional de la medicina en el desempeño de su profesión frente al paciente y la sociedad.

Finalmente, el Colegio Médico hizo una observación acerca del significado del concepto “cuidado integral de enfermería” de la propuesta, en el artículo 20 “Intrusismo profesional. Las funciones del trabajo de la enfermera/o son exclusivas, y quien ejerza las funciones propias de la enfermera(o) en virtud

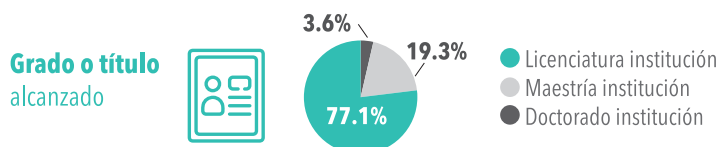
al acto del **cuidado integral de enfermería** del recién nacido, neonato, el niño, la niña, el adolescente, el adulto y las personas mayores, las mujeres, las puérperas, las gestantes con embarazo de riesgo o patológico, sin contar con título universitario de la profesión de enfermería y colegiatura habilitada vigente, vulnera la presente norma y comete intrusismo profesional, en desmedro de la enfermera(o), ejerciendo ilegalmente la profesión”.

El CEP responde que el “cuidado integral de enfermería” constituye el fundamento del ejercicio de la profesión y define las áreas de atención de las profesionales de enfermería, según lo señalado por el artículo 5° del Decreto Supremo N° 004-2002-SA, Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o), aprobado por el Ministerio de Salud. Las áreas de atención definidas son: asistencial, administrativa, docente e investigación. El CEP señala que las funciones que ha de desarrollar la enfermera(o) son de obligatoria observancia, a efecto de que otros profesionales no se irroguen dichas funciones. Cierra afirmando que su propuesta legislativa tiene como única finalidad fortalecer el sistema de salud y protección social, mejorar la calidad de la promoción, prevención y cuidado de la vida, salud y bienestar ciudadano, y regular la actuación del profesional de enfermería, en el sector público y privado.

4 Los **caminos** de las enfermeras en el Perú



UNA CULTURA FUERTEMENTE PATRIARCAL ORIENTA A MÁS MUJERES QUE HOMBRES HACIA CARRERAS CONSIDERADAS MENOS PRESTIGIOSAS, DE MENOR REMUNERACIÓN QUE SE FORTALECE CON LA TENDENCIA DE QUE LA MAYORÍA DE LAS/OS ENFERMERAS/OS SON LICENCIADAS/OS Y POCOS ALCANZAN LOS POSGRADOS Y LAS ESPECIALIZACIONES, COMO SE OBSERVA EN EL SIGUIENTE GRÁFICO RESULTANTE DEL CUESTIONARIO AUTOAPLICADO. LOS ACERCAMIENTOS A LA CARRERA DE ENFERMERÍA DEPENDEN DE UN CONJUNTO DE MOTIVACIONES. A ELLO SE SUMA, EN DÓNDE Y CÓMO ESTUDIAR ESTA CARRERA DE FORMA PROFESIONAL. ADEMÁS DE PROYECTARSE SOBRE QUÉ ESPECIALIDAD ADOPTAR Y EN QUÉ LUGARES TRABAJAR, DE ACUERDO A SUS INTERESES Y CIRCUNSTANCIAS. SE HA INCLUIDO INFORMACIÓN CUANTITATIVA EXISTENTE SOBRE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS ESPECIALIZACIONES A NIVEL NACIONAL. SE REFLEXIONA SOBRE LAS INVESTIGACIONES Y PUBLICACIONES DE CALIDAD Y SOBRE LA NECESIDAD DE CONSTRUIR NARRATIVAS ACADÉMICAS QUE COLABOREN A LA COMPRENSIÓN DEL PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA ENFERMERÍA



4.1 LA VOCACIÓN DEL CUIDADO

A partir de una entrevista quedó claro que algunas enfermeras tuvieron como primera opción de estudio, medicina. No obstante, ante la gran competencia por ingresar a esa carrera universitaria, decidieron como segunda opción la enfermería. Ello depende de una exploración previa del mapeo de las posibilidades laborales, la mayor cercanía de las funciones de los médicos, la mejor opción en correspondencia con su personalidad, entre otros (Entrevista a Cristina Rodriguez, 15 de diciembre del 2020; Entrevista a Jossie Huatuco, 9 de enero del 2021).

Otra entrevistada señaló su temprano interés por el ámbito de la salud porque tenía una parienta cercana que era técnica enfermera, lo que la inspiró. También se dio cuenta de que la enfermería era una carrera multifacética al estar presente en varios niveles del sistema sanitario (Entrevista a Virginia, seud., 1 de enero del 2021). Irma Zegarra, enfermera cusqueña, narra la manera en que la llegada de los Cuerpos de Paz a Sicuani-Cusco dieron la oportunidad de ver enfermeras, en su mayoría estadounidenses, ejerciendo labores de asistencia y cuidado de la salud, lo cual la impactó de manera positiva en su decisión de elegir la enfermería como profesión (Entrevista a Irma Zegarra, 14 de diciembre del 2020).

Otra entrevistada indicó que en su decisión de estudiar enfermería influyó el hecho de que su hermana había sido técnica de enfermería. Aunque, también, incursionó en la docencia, por un año, en la selva central. Tuvo que enseñar de transición a quinto de primaria. Asumió la enseñanza de treinta alumnos. Terminó de enseñar, retornó a Lima e ingresó a la Escuela Nacional de Enfermería del Hospital del Niño (Entrevista a Antonia Hinostroza, 1 de enero del 2021).

Uno de los entrevistados reconocía que su primera opción de carrera era ingeniería, pero al no poder obtener el puntaje para ingresar, se decidió por enfermería. Por otra parte, en dicha decisión influyó el ejemplo de su madre, pues ella es enfermera técnica, y el de su enamorada, también estudiante de la carrera, que se encuentra cursando el mismo ciclo que él. Explicó que, al crecer con una madre enfermera, “he podido notar, cuando era más pequeño, como que otras personas vienen y te piden ayuda y uno puede ayudar, y eso hace sentir bien”. Luego, agregaría que mejor que las personas lo busquen por ayuda, le gusta ir por voluntad propia a prestar un servicio social. Le gusta dedicar su tiempo “para que otra persona se sienta mejor”.

Martínez tiene muchas ansias de ayudar al otro, y fue también esta vocación de servicio lo que lo inclinó a la enfermería. Enfatiza que, en particular, le gustaría dedicarse a trabajar en la atención primaria, sirviendo en comunidades. Específicamente, le interesaría especializarse en salud mental, pues afirma que es una realidad que existe pero que es diferente a lo que uno normalmente está acostumbrado. “Me interesa cómo se piensa, sumado a poder ayudar a alguien que tiene un problema mental, por así decirlo, me interesaría mucho” (Entrevista a Roberth Martínez, 11 de diciembre del 2020).

En el cuestionario autoaplicado realizado en el marco de este diagnóstico, se puede observar que el “servicio”, la “ayuda” y la “vocación” son los aspectos más resaltados por las/los encuestadas/os. Es claro que esta elección está vinculada a su vocación personal que implica su tendencia hacia el servicio y la ayuda a las personas. En un segundo nivel aparece un plano de influencia familiar, expresado en la recurrencia de palabras como “madre”, “padre”, “niña” y “familia”. Sin embargo, debemos resaltar una fuerte tendencia en el sentido de cuidado de las personas presente en la mayoría de las respuestas consignadas, lo que, sin duda, da un carácter particular a esta disciplina.



Nube de palabras a la pregunta ¿qué la/lo animó a elegir la carrera de enfermería" del Cuestionario Autoaplicado

Como menciona Mundaca y Oblitas (2018, p. 60) la principal labor de las enfermeras consiste en un cuidado transpersonal del/la paciente que implica que ellas vayan más allá de:

“los procedimientos, tareas y técnicas en la práctica, lo que significa que los aspectos de la relación enfermera-paciente se traducen en un resultado terapéutico. (...) El cuidado humanizado requiere actos como pensar, ser y hacer, lo que involucra tanto al ser que es cuidado, como al profesional que lo cuida; es decir, resulta fundamental comprender la esencia del ser humano como algo integral, único y autónomo. Los pacientes requieren cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida”.

LA PRINCIPAL LABOR DE LAS ENFERMERAS CONSISTE EN UN CUIDADO TRANSPERSONAL DEL/LA PACIENTE QUE IMPLICA QUE ELAS VAYAN MÁS ALLÁ DE “LOS PROCEDIMIENTOS”, TAREAS, TÉCNICAS EN LA PRÁCTICA, LO QUE SIGNIFICA QUE LOS ASPECTOS DE LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE SE TRADUCEN EN UN RESULTADO TERAPÉUTICO.

En esa línea, una entrevistada mencionó que el trabajo en equipo, la formación de equipos interdisciplinarios, y la flexibilidad con el fin de facilitar las labores de las enfermeras es de sustancial importancia (Entrevista a Virginia, seud., 1 de enero del 2021).

En otro caso, una entrevistada señaló que una de sus parientes, luego de una enfermedad, quedó en estado vegetal y sus papás asumieron el exigente cuidado de esta persona. Ella se inspiró en ese cuidado para elegir una carrera relacionada con la salud. Eligió la Universidad San Martín de Porres porque su hermana estudió ahí. Aunque, en un principio, mostró interés por estudiar medicina, no obstante, se decidió por enfermería pues la mensualidad era más barata que la que pagaban los estudiantes de medicina. A pesar de que en el cuarto ciclo de sus estudios de enfermería, su madre le ofreció el traslado a la carrera de medicina, ella decidió continuar con la carrera de enfermería (Entrevista a Jossie Huatuco, 9 de enero del 2021). Asimismo, la enfermera Irma Zegarra, de la ciudad del Cusco, menciona que la obtención de becas y plazas para los centros de formación profesional en Lima, hasta la década de los 80, fue de particular importancia. En su caso se abrieron dos cupos para toda la provincia de Cuzco, siendo ella una de las que obtuvo uno de los cupos, lo que la llevó a estudiar en el Hospital del Niño, donde repartió sus estudios con trabajo, recibiendo remuneraciones por alimentar a los recién nacidos en las guardias nocturnas (Entrevista a Irma Zegarra, 14 de diciembre del 2020).

Asimismo, es importante mencionar que adicionalmente al trabajo y el estudio, las/os enfermeras/os suelen ocuparse en otras labores demandantes como la docencia o trabajos adicionales en alguna clínica particular. Todo esto responde a la precariedad salarial y laboral de la enfermería en el país, lo que se traduce en un índice marcado de fatiga cognitiva expresado en estados de somnolencia continuo, que muchas veces provoca disminución en la calidad de las acciones, falta de concentración y dificultades de aprendizaje” (Berrospi y Martínez, 2018, p. 78).

4.2 ESTUDIAR ENFERMERÍA: CENTROS EDUCATIVOS PÚBLICOS Y PRIVADOS

Dos de las entrevistadas estudiaron en la Escuela Nacional de Enfermería del Hospital del Niño durante la primera mitad de la década de los 80. Una de ellas es Antonia Hinostroza, quien fue parte de la promoción producto de la firma de convenio entre la mencionada institución y la Universidad Nacional Federico Villarreal, por lo que tuvo que prolongar sus estudios para obtener el título universitario. Así, finalizó sus estudios en 1990 lo que implicó la presentación de una tesis. Por otro lado, por residir durante treinta años en Pucallpa estudió la maestría en la Universidad Nacional de Ucayali, en convenio con la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Fue una oportunidad para aquellos profesionales que deseaban realizar sus posgrados, pero, no podían trasladarse a la ciudad de Lima. Ella formó parte de la segunda promoción de esa maestría en Administración de la Educación. Para sus estudios de doctorado aprovechó la oportunidad ofrecida por el convenio que el Colegio de Enfermeros firmó con la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco.

Esta escuela era de índole religiosa, administrada por una congregación. Se seguía un horario de colegio estricto. Se cumplían obligaciones religiosas como acudir a la misa. En realidad, funcionaba como una escuela de señoritas. No se permitía la visita de varones. Contaban con profesoras exigentes, especialmente, en las actividades prácticas. Se dio énfasis a la ética y los valores, a diferencia de la Universidad Nacional Federico Villarreal (Entrevista a Antonia Hinostroza, 1 de enero del 2021).

En el segundo caso, la enfermera cusqueña Irma Zegarra narra la forma en que retornó a Cusco luego de concluir sus estudios de enfermería en la Escuela Nacional de Enfermería del Hospital del Niño, para poder ejercer en su ciudad natal. Cuando retornó al Cusco se encontró con un movimiento de profesionalización universitaria importante, liderado por la enfermera Ela Díaz de Venturo, quien logró que un grupo de las recién graduadas se traslade a la ciudad de Puno y consiga la licenciatura. La entrevistada destacó que para la fecha la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco ya contaba con la especialidad de enfermería. Sin embargo, muchas de las egresadas de institutos de formación prefirieron la Universidad Nacional del Altiplano para concluir sus estudios y, paralelamente, ejercer labores de docencia en la universidad cusqueña, estando a cargo de jefaturas de práctica en la Facultad de Medicina de la UNSAAC, donde tenían a cargo a estudiantes de los primeros años.

En relación con la Universidad Nacional de Trujillo, una de las entrevistadas indica que aprendió mucho en los últimos ciclos de la carrera. Dos profesoras la inspiraron como modelos a seguir porque las consideraba muy dedicadas en sus áreas de especialidad, además de mostrar buen criterio. Aprendió que la función de enfermería trasciende la asistencia del médico mediante el cumplimiento de sus órdenes, e implica tener una posición propia con la base de conocimientos que se posee. Inclusive, si es necesario refutar al médico. Le gustaría estimular a otras jóvenes a hacer las cosas bien, como a ella le enseñaron. “Hacer la diferencia” (Entrevista a Cristina Rodriguez, 15 de diciembre del 2020).

Asimismo, algunas entrevistadas destacaron la expansión de la presencia de las enfermeras en distintos campos de la salud (hospitales, clínicas, centros y postas de salud, administración, investigación, entre otros) que ha sido motivado por docentes de sus centros de formación. Señalaron que algunos de los docentes fueron muy inspiradores al incursionar en distintos aspectos implicados con las políticas, la gestión y el ejercicio del cuidado de la salud.

VARIAS DE LAS ENTREVISTADAS DESTACARON LA EXPANSIÓN DE LA PRESENCIA DE LAS ENFERMERAS EN DISTINTOS CAMPOS DE LA SALUD (HOSPITALES, CLÍNICAS, CENTROS Y POSTAS DE SALUD, ADMINISTRACIÓN, INVESTIGACIÓN, ENTRE OTROS) DEBIDO A UN IMPULSO POR PARTE DE LOS DOCENTES DE SUS CENTROS DE FORMACIÓN.

En el caso de la Universidad Tecnológica de los Andes, en los primeros años del siglo XXI, era el único centro universitario que brindaba estudios de enfermería, que era la única carrera en salud en Apurímac. Tal situación permitió a las enfermeras posicionarse no solo en hospitales o centros de salud en general, sino, también, en puestos administrativos. Asimismo, por ser el único centro con estudiantes de enfermería, los diversos lugares de salud les abrían las puertas para sus prácticas profesionales (Entrevista a Virginia, seud., 1 de enero del 2021).

Para el caso de San Martín, la enfermera Jossie Huatuco menciona que existió una buena selección de docentes, lo que impactó de manera positiva en la forma en que se desarrollaron durante sus prácticas, las cuales se iniciaron desde el segundo ciclo de formación: “Mucho se ha dicho de la Universidad

de San Martín. Yo pienso que, como en cualquier otra universidad, o te tomas las cosas en serio, o te tomas las cosas a la broma, quieres o no estudiar. Tuve buenas profesoras, muy buenas. Me gustó mucho porque eran profesoras que te incentivaban a que tu conozcas más, te desarrolles más” (Entrevista a Jossie Huatuco, 9 de enero del 2021).

Bajo esa mirada, es muy importante el rol de las universidades como entidades formadoras, las que deben aportar una mirada integral de formación. En esa línea, durante el I Consejo Internacional de Enfermería se concluyó que “la enfermera está preparada y autorizada para 1) dedicarse al ámbito general de la práctica de enfermería, que incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos físicos y mentales y de las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los contextos de la atención de salud y otros contextos de la comunidad; 2) impartir enseñanza de atención de salud; 3) participar plenamente como miembro del equipo de atención de salud; 4) supervisar y formar a los auxiliares de enfermería y de atención de salud; y 5) participar en la investigación” (Mundaca y Oblitas, 2018, p. 14).

BAJO ESA MIRADA, ES MUY IMPORTANTE EL ROL DE LAS UNIVERSIDADES COMO ENTIDADES FORMADORAS, LAS CUALES DEBEN APORTAR UNA MIRADA INTEGRAL DE FORMACIÓN.

En ese sentido, la Facultad de Enfermería - Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo, define enfermera como “una profesional, con formación científica humanística, tecnológica, ética y social facultada para brindar cuidado, diagnosticando y tratando respuestas humanas de la persona en las experiencias de vivir y morir utilizando para tal fin el proceso de enfermería” (Mundaca y Oblitas, 2018, pp. 14-15). Asimismo, el Consejo Internacional de Enfermería, define la formación básica profesional de las enfermeras como “un programa de estudios formalmente reconocido que proporciona una base amplia y sólida en las ciencias del comportamiento, de la vida y de la enfermería para la práctica general de ésta, para una función de liderazgo y para la formación post básica con miras a la práctica de enfermería especializada o avanzada” (Mundaca y Oblitas, 2018, p. 13).

En el Perú, existe un discurso del perfil profesional de la enfermería ligado a capacidades que exceden lo institucional y que se extienden, de manera

importante, a dimensiones como la familiar y la comunitaria. Sin embargo, si bien estas menciones son recurrentes, no siempre se ven traducidas dentro del plan de estudios y, por lo tanto, con una alta repercusión en la práctica profesional. Asimismo, el tipo de información que será transmitida por los docentes de enfermería depende en gran medida de su experiencia fuera de las aulas, aspecto ausente en el plan de estudio, y que requiere incluirlo en las sesiones de aprendizaje como alternativa para el desarrollo personal y abierto a los nuevos conocimientos, en la preparación a los estudiantes (Aliaga y otros, 2017, p. 36). Bajo esa mirada, partiendo de que el concepto de cuidado excede el “curar o medicar”, sino, por el contrario exige una mirada más holística, la enfermería requiere de formación en otros aspectos, como el conocimiento patológico, biofísico, comportamiento humano, espiritual, entre otros, para generar, promover o recuperar la salud” (Aliaga y otros, 2017, p. 35).

Cuadro 11: Población con más de 17 años con educación superior por especialidad.

Profesiones / Sexo		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1	Ingeniería, Industria y Construcción								
	Mujeres	8.3	7.8	7.6	8.1	8.1	8.7	8.6	9.5
	Hombres	24.7	25.9	25.9	27.8	29.4	29.8	30.0	30.8
2	Administración								
	Mujeres	9.2	9.4	9.4	12.1	12.1	12.5	13.5	14.3
	Hombres	11.6	10.9	10.9	10.9	11.1	11.5	12.3	11.7
3	Ciencias Económicas y sociales								
	Mujeres	12.3	12.2	12.7	12.0	12.7	12.4	12.1	12.3
	Hombres	11.8	13.3	12.0	11.6	12.6	11.8	11.8	11.7
4	Derecho y ciencias políticas								
	Mujeres	7.6	8.3	7.8	8.0	7.7	7.2	7.2	7.6
	Hombres	9.1	8.7	8.9	8.5	7.2	8.1	8.4	8.3
5	Psicología								
	Mujeres	7.4	8.8	6.8	8.8	9.3	9.7	9.4	10.2
	Hombres	4.2	4.7	3.7	4.5	4.4	4.5	5.3	5.4
6	Educación Primaria								
	Mujeres	15.2	16.0	15.5	13.7	13.0	12.3	13.0	11.7
	Hombres	5.0	4.8	4.6	3.8	3.7	3.7	3.5	3.2
7	Educación Secundaria								
	Mujeres	7.6	9.0	10.1	6.8	6.7	7.0	6.7	6.2
	Hombres	6.8	7.1	9.0	6.9	6.6	6.2	6.1	5.6

8	Enfermería								
	Mujeres	9.5	9.0	9.6	9.0	9.6	8.4	7.6	8.6
	Hombres	2.3	1.8	1.9	1.9	1.7	1.7	1.9	1.7
9	Agropecuaria y Veterinaria								
	Mujeres	1.3	1.4	2.5	1.6	1.7	2.1	2.0	1.7
	Hombres	4.9	4.6	6.3	4.8	4.6	4.1	4.1	4.0
10	Marketing y Negocios Internacionales								
	Mujeres	1.6	1.3	1.7	2.4	2.7	3.1	3.2	3.0
	Hombres	1.2	1.8	1.9	2.0	2.4	2.5	1.9	2.4
11	Arquitectura y Urbanismo								
	Mujeres	1.2	1.2	1.4	1.7	1.9	2.0	2.0	1.8
	Hombres	1.9	1.5	1.5	1.7	1.8	2.1	1.9	2.0
12	Educación física, especial y artística								
	Mujeres	4.6	2.3	1.2	1.7	1.0	1.0	1.0	1.1
	Hombres	3.6	2.6	1.3	1.7	1.9	2.2	2.0	2.2
13	Obstetricia y otras carreras de Ciencias de la salud								
	Mujeres	3.6	2.9	3.4	2.7	2.3	2.9	2.9	3.0
	Hombres	0.3	0.2	0.3	0.2	0.4	0.2	0.3	0.2
14	Odontología								
	Mujeres	1.7	2.1	1.9	2.7	2.5	2.2	2.4	1.8
	Hombres	1.4	1.5	1.5	2.2	2.0	1.4	1.1	1.2
15	Ciencias físicas y químicas								
	Mujeres	1.5	0.9	1.1	1.3	1.1	1.1	1.1	1.0
	Hombres	2.5	2.5	2.4	2.8	2.3	2.4	2.5	1.8
16	Antropología y arqueología								
	Mujeres	2.1	1.8	1.4	1.7	1.5	1.6	1.6	1.4
	Hombres	1.3	1.0	1.1	1.3	1.1	1.3	0.9	1.2
17	Matemáticas y Estadísticas								
	Mujeres	0.7	1.0	0.5	0.5	0.5	0.4	0.5	0.5
	Hombres	0.8	1.2	0.9	1.1	0.7	1.1	0.7	1.1
18	Medicina								
	Mujeres	1.5	1.8	2.3	2.6	2.3	2.6	2.6	2.2
	Hombres	2.8	2.4	2.8	2.7	2.5	2.5	2.4	2.6
19	Biología								
	Mujeres	1.5	1.1	1.3	1.2	1.5	1.0	0.9	0.7
	Hombres	1.0	1.1	0.9	0.8	0.9	0.7	0.7	0.7

20	Humanidades								
	Mujeres	0.3	0.4	0.4	0.4	0.5	0.7	0.5	0.4
	Hombres	0.4	0.6	0.5	0.6	1.0	0.6	1.1	0.7
21	Nutrición								
	Mujeres	0.7	0.9	0.6	0.7	0.9	0.9	0.9	0.8
	Hombres	0.2	0.0	0.0	0.3	0.1	0.1	0.1	0.2
22	Zootecnia								
	Mujeres	0.4	0.3	0.6	0.3	0.4	0.3	0.3	0.3
	Hombres	0.8	1.0	1.0	0.8	0.8	0.5	0.5	0.6
23	Fuerzas Armadas								
	Mujeres	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
	Hombres	1.4	1.0	0.8	0.9	1.0	0.9	0.5	0.7

Fuente: INEI

4.3 CONSTRUCCIÓN DE CONOCIMIENTOS HISTÓRICOS Y CIENTÍFICOS

Las/os profesionales de enfermería son actores sociales relevantes en la sociedad, pero pueden y deben, también, contribuir en la construcción de narrativas académicas que colaboren a la comprensión del pasado y el presente de la profesión. De allí la importancia de rescatar, preservar y organizar las fuentes primarias (documentos, periódicos, afiches, fotos, etc.) y los testimonios de quienes fueron/son actores sociales y abrieron nuevos escenarios para la enfermería, en particular de quienes tienen algo que contar. Estas fuentes permitirán investigar y construir una memoria colectiva de la enfermería en el Perú. Hacer visible y poner en valor el papel social desempeñado durante muchos siglos por las mujeres como cuidadoras de la salud, formar una conciencia crítica, fortalecer la identidad profesional y lograr una nueva mirada sobre la profesión.

La producción científica en enfermería expresada en la publicación de artículos de investigación es un indicador importante para establecer el proceso de construcción del objeto de la disciplina. Es relevante promover la calidad científica de las investigaciones que se publican en el Perú, y hacerlo en diálogo con las de otros países, en revistas de circulación internacional. Por ejemplo, en el 2007 en la revista chilena *Ciencia y Enfermería* se analizaron más de 150 artículos científicos de profesionales de la enfermería hispanohablantes, mostrando el predominio de Cuba, Chile y Colombia. Los temas que convocaron

más artículos eran estudios de percepción, conocimiento y creencias en salud, de problemas de salud y sobre competencias profesionales.

ES IMPORTANTE PROMOVER LA CALIDAD CIENTÍFICA DE LAS INVESTIGACIONES QUE SE PUBLICAN EN EL PERÚ, Y HACERLO EN DIÁLOGO CON LAS DE OTROS PAÍSES, EN REVISTAS DE CIRCULACIÓN INTERNACIONAL.

Entre los desafíos de la enfermería contemporánea en nuestro país, se encuentra la necesidad de incentivar la investigación y producción de publicaciones científicas de calidad. Además, estas deben publicarse en revistas de enfermería nacionales o de otros países, indexadas en bases de datos de salud y enfermería reconocidas por la comunidad científica internacional como Web of Science, MEDLINE y SCOPUS. Es un reto que involucra el esfuerzo de las/os investigadoras/es peruanos en el desarrollo de investigaciones de calidad, a los programas de posgrado, que deben adoptar políticas para alentar y apoyar (una manera son los subsidios) una producción y publicación más calificada; y a los editores de revistas que deben mejorar para conseguir la indexación a nivel internacional.

Desde el 2008 el Colegio de Enfermeros del Perú publica RECIEN, abreviatura de “Revista Científica de Enfermería”; que en palabras de la decana Liliana La Rosa, tiene como finalidad *“publicar nuevos conocimientos para nuestra disciplina ante problemáticas que se evidencian en el quehacer de la profesión. En este marco, enfermería aporta a optimizar la gestión del cuidado (RECIEN, Vol. 9, n° 1, 2020).*

ENTRE LOS DESAFÍOS DE LA ENFERMERÍA CONTEMPORÁNEA EN NUESTRO PAÍS, SE ENCUENTRA LA NECESIDAD DE INCENTIVAR LA INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN DE PUBLICACIONES CIENTÍFICAS DE CALIDAD.

La revista científica presenta artículos de gran calidad y puede ser consultada en línea pues se encuentra alojada en su sitio Web, vinculado al CEP: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN> En 2020, el volumen 9 publicó 4 números y en enero del 2021 salió el 5° número. La editora científica es la

doctora Patricia del Rocío Chávarry Ysla, y la responsable de la publicación es la doctora Leticia Gil.

La pandemia dio lugar a una reflexión en el segundo número del volumen 9, edición de oro, en la editorial escrita en inglés y español, por la doctora Jean Watson, "El liderazgo de enfermería durante el COVID 19. Solo así - es ahora- en este momento". Esta fundadora y directora del "Watson Caring Science Institute" plantea que el 2020 de la pandemia es también el Año Internacional de las Enfermeras y Matronas. Este año en el que se ve amenazada la salud y la supervivencia del ser humano en este planeta, es una invitación para que el liderazgo de la enfermería alcance la mayoría de edad a una nueva conciencia, en armonía con el llamado a un nuevo liderazgo visionario y consciente para la enfermería y para la humanidad/ el planeta/ la sanación / la salud / y la supervivencia. Es el momento para honrar a una líder histórica de la enfermería peruana, santa Rosa de Lima.

El reto del envejecimiento de la población en América y el rol de los enfermeros es analizado en la editorial del tercer número del volumen 9, octubre-noviembre de 2020, por Silvia de Bortoli y Lilia Saldarriaga (De Bortoli, Saldarriaga, 2020). Asimismo, en el último número del 2020, se publicó un artículo que muestra la apertura y diálogo internacional que busca *RECIEN*: "Mujeres en ciencia: una desigualdad entre géneros" por el doctor Lázaro Luis Hernández Vergel (Hernández, 2020), editor de la *Revista cubana de Enfermería*. En él reflexiona sobre cómo las mujeres que quieren hacer ciencia encuentran barreras debido a las desigualdades de género, que desmienten la aparente neutralidad de la cultura científica. Aunque en el sector salud las mujeres están mejor representadas que los hombres, publican menos artículos científicos, y sus publicaciones son menos citadas. Y eso no se debe a que produzcan ciencia de calidad inferior, sino debido a la "calidad de sus carreras" debido a las barreras que se les imponen desde la vida social. La enfermería es una profesión abrumadoramente ejercida por mujeres. Pese a que para la OMS la "enfermería moderna" abarca la atención autónoma y en colaboración, y la CIE indica que sus funciones esenciales son la defensa de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes, la mayoría de enfermeras/os visualizan la ciencia como tarea de otros.

Otras útiles investigaciones publicadas en el número 4 de *RECIEN* y que se pueden consultar en línea son "Motivación y calidad en un centro de adulto

mayor”, por Susana Castañeda, Yul Huaman, y la doctora Sherin Kredert; “Metodologías de enseñanza-aprendizaje usadas en la formación universitaria de enfermería”, por César Zea Montesinos, Olga Pacovilca Alejo y Lilia Nieva-Villegas; “Conocimiento sobre la Ley de Trabajo del enfermero(a) y empoderamiento profesional, servicio de enfermería, Hospital III Chimbote, 2015”, por Dorila Tapia Ugaz; “Eficacia de medidas preventivas para disminuir la flebitis química en pacientes del servicio de medicina-Hospital público nivel 3” por Flor Rubio Rojas; “Percepción de pacientes con diabetes mellitus del cuidado enfermero en un hospital de Cajamarca” por Donald Gorki Collantes Delgado, y “Suplementación en niños con multimicronutrientes. Representación social en madres, barreras y propuestas” por las doctoras Lilia María Nieva-Villegas y Miryam Martiza Soriano Camargo.

En *RECIEN* se han hecho concursos de investigación, de innovación en Covid, de arte, de música, de fotografía, estableciéndose un diálogo de buen nivel con especialistas. Ha sido prologada por funcionarios de la OMS, se ha dinamizado el tema cultural con artistas de la talla de Susana Baca y Jean Pierre Magnet. El objetivo es hacer un diálogo más grande para la enfermería.

En septiembre del 2020, *RECIEN* se ha adherido a *LatinREV*, la red cooperativa de revistas y asociaciones de revistas académicas de ciencias sociales y humanidades creadas a instancias del Área de Estado y Políticas Públicas y la Biblioteca de Ciencias Sociales “Enzo Faletto” de FLACSO-Argentina. Con ello, *RECIEN* recibirá asesoramiento, capacitaciones y actualización en temas relativos a la sustentabilidad de las publicaciones y se harán más visibles las investigaciones del campo de la enfermería para el mundo.

RECIEN está registrada en el directorio de *Latindex*, que es el Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. El CEP ha solicitado evaluación para ser considerada en el Catálogo 2.0, compuesto por las revistas con más altos estándares de calidad de acuerdo con la metodología de *Latindex*.

A nivel latinoamericano, las publicaciones de enfermería de circulación internacional que abordan la sexualidad muestran que se ha ampliado la perspectiva sobre la realidad al incluir la categoría género y los derechos sexuales. Sin embargo, no desaparece una fuerte tendencia a tratar la sexualidad en sus aspectos biológicos (Rodríguez Costa, Coelho, 2011). El

no utilizar género al tratar sobre la identidad masculina y femenina durante la adolescencia, dificulta entender procesos de acentuada vulnerabilidad del género, como la feminización del SIDA. Ello hace pensar en la necesidad de abordar la sexualidad más allá de los aspectos biológicos, tanto en las universidades que forman a los profesionales de la salud como en las propias instituciones de salud (hospitales, clínicas). Además de incluir “Género, salud y sexualidad” en las mallas curriculares, es importante que docentes y estudiantes reflexionen que ello no se refiere exclusivamente a la “salud de la mujer”, como se entiende con frecuencia. La sexualidad y las relaciones de género poseen una transversalidad que atraviesa las maneras de cuidar en sus diferentes formas y lugares, por lo que tienen el potencial de transformar la práctica profesional.

A NIVEL LATINOAMERICANO, LAS PUBLICACIONES DE ENFERMERÍA DE CIRCULACIÓN INTERNACIONAL QUE ABORDAN LA SEXUALIDAD MUESTRAN QUE SE HA AMPLIADO LA PERSPECTIVA SOBRE LA REALIDAD AL INCLUIR LA CATEGORÍA GÉNERO Y LOS DERECHOS SEXUALES. SIN EMBARGO, NO DESAPARECE UNA FUERTE TENDENCIA A TRATAR LA SEXUALIDAD EN SUS ASPECTOS BIOLÓGICOS.

Del mismo modo, el registro del Colegio de Enfermeros del Perú – CEP si presenta un ranking de las entidades de formación, siendo las universidades San Martín de Porres y Alas Peruanas las que concentran la mayor cantidad de egresados en enfermería registrados en el CEP (8%). Sin embargo, dicho cuadro también nos muestra una enorme diversidad de universidades que forman profesionales de enfermería. Así, las 20 principales universidades concentran el 65% del total de enfermeros habilitados en el CEP.” (Miranda,s/f).

Cuadro 16: Registro de Colegiados/as en el Colegio de Enfermeros del Perú según entidad de formación

R	Entidad de formación	No habilitados	Part. (%)	Habilitados	Part. (%)	Total	Part. (%)
1	U. de San Martín de Porres - Lima	1,620	4%	2,482	4%	4,102	4%
2	U. Alas Peruanas	1,233	3%	2,530	4%	3,763	4%
3	U. P. Inca Garcilazo de la Vega - Lima	1,132	3%	1,885	3%	3,017	3%
4	U. N. De Trujillo - Trujillo	1,031	3%	1,939	3%	2,970	3%
5	U. N. De Cajamarca - Cajamarca	793	2%	1,921	3%	2,714	3%

6	U. N. De San Agustín - Arequipa	920	2%	1,777	3%	2,697	3%
7	U. N. Hermilio Valdizan - Huánuco	853	2%	1,623	3%	2,476	3%
8	U. N. San Luis Gonzaga - Ica	913	2%	1,423	2%	2,336	2%
9	U. Peruana cayetano Heredia - Lima	933	2%	1,386	2%	2,319	2%
10	U. Los Ángeles de Chimbote - Chimbote	915	2%	1,342	2%	2,257	2%
11	U. N. Del Callao - Callao	888	2%	1,349	2%	2,237	2%
12	U. Tecnológica dde los Andes - Abancay	607	2%	1,541	3%	2,148	2%
13	U. Católica De Santa María - Arequipa	776	2%	1,313	2%	2,089	2%
14	U. N. Pedro Ruiz Gallo - Chiclayo	602	2%	1,443	3%	2,045	2%
15	U. N. De San Antonio Abad - Cusco	687	2%	1,309	2%	1,996	2%
16	U. P. San Juan Bautista - Lima	718	2%	1,268	2%	1,986	2%
17	U. N. Daniel Alcides Carrión - Cerro de Pasco	697	2%	1,263	2%	1,960	2%
18	U. N. Federico Villareal - Lima	761	2%	1,103	2%	1,864	2%
19	U. Andina Néstor Cáceres Velásquez - Juliaca	391	1%	1,444	3%	1,835	2%
20	U. P. San Pedro	694	2%	1,130	2%	1,824	2%
21	U. N. Mayor de San Marcos - Lima	735	2%	1,045	2%	1,780	2%
22	U. N. Del Altiplano - Puno	394	1%	1,321	2%	1,715	2%
23	U. N. De San Cristóbal de Huamanga	798	2%	913	2%	1,711	2%
24	U. N. José Faustino Sánchez Carrión . Huacho	586	2%	1,070	2%	1,656	2%
25	U. Cesar Vallejo	424	1%	1,198	2%	1,622	2%
	Otras universidades	9,286	25%	16,528	29%	25,814	27%
	Sin información	7,968	21%	3,696	6%	11,664	12%
	Total general	37,355	100%	57,242	100%	94,597	100%

Fuente: El Colegio de Enfermeros del Perú (Miranda, s/f, p. 26)

Elaborado por Guillermo Miranda

Una cuestión de particular importancia sería revisar las mallas curriculares y las capacidades educativas de esta larga lista de universidades; incluso en articulación con la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - SUNEDU.

4.4 ESPECIALIDADES DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

La especialización está dirigida a promover el desarrollo de competencias que permitan ampliar el ámbito de acción de la profesional en enfermería. Así, si bien la mayoría está orientada a conocer de manera más específica algunos de los campos de las ciencias de la salud, la mayoría de las mallas curriculares ponen énfasis en poder configurar esta etapa como un incentivo para seguir una línea académica de investigación, docencia o el ingreso a la gerencia de servicios de salud.

ALAÑO 2020 LIMA CONCENTRA EL 46% DE PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA, A ESTOS ASISTEN EL 87% DE LOS PROFESIONALES QUE SE ESTÁN CAPACITANDO EN LAS UNIVERSIDADES PERUANAS (PRIVADAS Y PÚBLICAS).

En relación con la oferta formativa por departamentos, observamos que en Lima se concentra el 46% de los programas de especialización, y a estos asisten el 87% de los profesionales que se están capacitando en las universidades peruanas (públicas y privadas) al 11 de noviembre del 2020. El restante 23% de los profesionales que se están especializando se encuentra entre Puno, Loreto, Tacna y Arequipa.

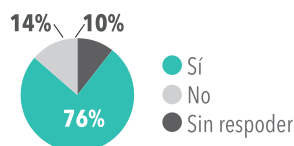
La oferta formativa se distribuye aproximadamente en 60 especialidades, siendo las de mayor oferta las especialidades en centro quirúrgico, emergencia y desastres, pediatría, oncología, administración o gerencia, cuidados intensivos, geriatría, nefrología, neonatología, salud familiar y comunitaria, y salud pública. Estas representan casi el 50% de la oferta formativa.

Desde el lado de la demanda, observamos que el TUNI solo recoge datos para 32 de los 196 programas reconocidos por la Superintendencia Nacional de

Educación Superior Universitaria (SUNEDU) a nivel nacional. Con esta limitación observamos que en Lima se concentra la mayor cantidad de la demanda de estos programas y que las especialidades más requeridas son las de centro quirúrgico especializado, gineco obstetricia, cuidados intensivos, pediátricos y neonatales. En Loreto nefrología, en Tacna centro quirúrgico, y en Puno pediatría y neonatología.

Esta información la complementamos con la obtenida en el cuestionario autoaplicado en el que participaron 336 enfermeras/os. En este grupo, el 75.9% indicó que sí contaba con una especialidad, el 13.7% reportó no contar con ninguna especialidad, y el 10.4% no respondió a esta pregunta.

Nivel de **especialización** de enfermeras/os que respondieron la encuesta autoaplicada



Fuente: Cuestionario autoaplicado del diagnóstico de la situación de la enfermería en el Perú. Una perspectiva histórica y de equidad de género.

Elaboración propia

Asimismo, la información del cuestionario autoaplicado nos presenta datos interesantes sobre el porcentaje de especialización por departamentos de residencia. Así, las y los profesionales de Lima Metropolitana, Arequipa, La Libertad y Piura fueron los que reportaron en mayor porcentaje que cuentan con algún tipo de especialización. A su vez, las especialidades más reportadas fueron la de emergencias y desastres (13.7%) y centro quirúrgico (6.9%).

Porcentaje de especialización de las personas que participaron en el cuestionario autoaplicado, según departamento de residencia.

Departamento	Doctorado	Licenciatura	Maestría	Sin responder	Total general
Amazonas	0.00%	1.19%	0.30%	0.00%	1.49%
Ancash	0.00%	2.08%	1.19%	0.00%	3.27%
Apurímac	0.00%	1.19%	0.00%	0.00%	1.19%
Arequipa	0.00%	5.65%	1.49%	0.30%	7.44%
Ayacucho	0.00%	0.89%	0.30%	0.00%	1.19%
Brasil	0.00%	0.00%	0.30%	0.00%	0.30%
Cajamarca	0.00%	1.79%	1.19%	0.00%	2.98%
Callao	0.00%	1.19%	0.30%	0.00%	1.49%
Cusco	0.00%	3.27%	0.60%	0.00%	3.87%
Huancavelica	0.00%	0.60%	0.00%	0.00%	0.60%

Huánuco	0.00%	2.68%	0.89%	0.00%	3.57%
Ica	0.00%	2.98%	0.30%	0.00%	3.27%
Junín	0.00%	4.76%	0.60%	0.00%	5.36%
La Libertad	0.00%	5.65%	2.08%	0.30%	8.04%
Lambayeque	0.00%	1.19%	0.30%	0.00%	1.49%
Lima	0.60%	4.76%	0.60%	0.00%	5.95%
Lima M	0.30%	17.56%	2.38%	0.00%	20.24%
Loreto	0.89%	1.79%	0.89%	0.30%	3.87%
Madre de Dios	0.00%	0.30%	0.00%	0.00%	0.30%
Moquegua	0.30%	3.57%	0.30%	0.00%	4.17%
Pasco	0.00%	0.30%	0.00%	0.00%	0.30%
Piura	0.00%	4.76%	3.27%	0.30%	8.33%
Puno	0.30%	3.87%	0.60%	0.00%	4.76%
San Martín	0.30%	0.89%	0.30%	0.00%	1.49%
Tacna	0.30%	1.49%	0.30%	0.00%	2.08%
Tumbes	0.00%	0.60%	0.30%	0.00%	0.89%
Ucayali	0.60%	1.49%	0.00%	0.00%	2.08%
Total general	3.57%	76.49%	18.75%	1.19%	100.00%

Elaboración propia

Un testimonio sobre los estudios de especialización nos la da José Víctor Vélez, quien decidió realizar la especialidad en “Emergencias y desastres” luego de su SERUMS. Aunque en su internado tuvo experiencias en dicho ámbito, se reforzaron en su SERUMS, ya que ahí atendía dos o tres emergencias por día. Asimismo, enfatizó que dicha especialidad no se enfoca únicamente en el tema hospitalario, sino también en la gestión de riesgos de desastres, y en atención pre hospitalaria, es decir, en aquellos ambientes que no son un hospital. El entrevistado narra su experiencia en el área de gestión del Ministerio de Salud, donde hace notar que el primer nivel de salud se encuentra bastante desatendido, pues “no hay adecuados incentivos establecidos para que los especialistas, luego del SERUMS, sigan trabajando en atención primaria, educación y atención. Dan bono por especialidad, pero para los hospitales, por lo que la mayoría opta por el tema económico, deciden irse a un hospital, y dejan el sector primario” (Entrevista a José Víctor Vélez, 14 de diciembre del 2020).

En el caso de la enfermera cusqueña Irma Zegarra, esta menciona como un espacio de especialización importante en Cusco los cursos ofrecidos por la DIRESA (Dirección de Salud - Cusco), donde las enfermeras de mayor experiencia

brindaban clases y capacitación a técnicas en enfermería para que, posteriormente, puedan asistir de forma adecuada a sus labores dentro de los centros de salud. Asimismo, menciona que en la década de los 90 surgió un problema que, en cierta medida, se arrastra hasta la actualidad y es la convalidación de cursos y estudios técnicos como títulos universitarios. Irma Zegarra menciona que esto tuvo un impacto negativo en la calidad de profesionales que comenzaron a desempeñar las labores de enfermería en la región, ya que -en muchos casos- este proceso facilitó el ingreso de un número importante de personal no capacitado a labores que antes eran altamente especializadas.

Bajo esa mirada, en la entrevista realizada a la enfermera Antonia Hinostroza, esta señala: “Considero que la profesión de enfermería, cada día, está ganando más espacio. Está visibilizándose el trabajo y eso depende de cada uno de los enfermeros que se posicionan en cada uno de sus niveles, por más pequeño que sea el establecimiento. Esa es la forma o la secuencia que debe tener el profesional de enfermería, y tener sus propios escalamientos” (Entrevista a Antonia Hinostroza, 1 de enero del 2021). Un aspecto que resaltó Hinostroza fue la necesidad de fortalecer capacidades y mantenerse a la vanguardia de los avances tecnológicos, para lo cual el Estado tiene un rol importante a través de SERVIR.

4.5 EL TRABAJO EN HOSPITALES Y CLÍNICAS Y SUS CONDICIONES

Un aspecto ampliamente relegado dentro del desarrollo de la enfermería ha sido el de las mejoras laborales, ya que las mejoras en la atención de salud han priorizado la mejora de infraestructura, sobre la gestión y calidad profesional. En ese sentido, frente a la falencia del servicio de salud público, el sector privado suele aprovechar este vacío para sobre exigir laboralmente a los profesionales, en búsqueda de mayores utilidades (Berrospi y Martínez, 2018, p. 72).

En el estudio de Campos, Sifuentes y Coras (2018) para determinar las condiciones del personal de enfermería en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas de Lima, se evidencian resultados en cuanto a la percepción que las enfermeras tienen acerca de su valoración y sus condiciones laborales. Es importante que exista un buen clima laboral, pues influye directamente en el trato que el personal de salud tiene con el paciente. “El aumento de la satisfacción laboral del profesional optimiza la relación con el paciente, y con ello

se incrementa la calidad de los cuidados prestados, además que la satisfacción laboral influye en la actitud del trabajador y en su desenvolvimiento” (Campos, Sinfuente y Coras, 2018, p. 12).

SEGÚN ESTUDIOS REALIZADOS EL BUEN CLIMA LABORAL INFLUYE POSITIVAMENTE EN EL TRATO DEL PERSONAL CON EL PACIENTE.

Si bien en países como México y España se encuentran más satisfechas que en el Perú, de la muestra de 105 enfermeras que participaron en el estudio, al 94% le gusta la labor que realizan, así como también consideran que su trabajo las hace sentirse bien consigo mismas en un 93%, un 91% se sienten útiles con la labor que desempeñan y en un 84% sienten que su trabajo las hace sentirse realizadas. Empero, lo preocupante es que a pesar de la autovaloración que poseen sobre su labor, los porcentajes cambian radicalmente a la hora de preguntar sobre el reconocimiento y valorización que sus compañeros de trabajo perciben acerca de ellas. Así, el 83% piensa que sus sueldos son muy bajos en comparación a las tareas que realizan, el 91% piensa que no existen las comodidades básicas para desempeñar bien su labor, un 87% se siente incómoda en el ambiente que trabaja, el 74% encuentra incómodo el horario laboral. Asimismo, el 65% prefiere tomar distancia con la gente que trabaja (Campos, Sinfuente y Coras, 2018). Así, se evidencia insatisfacción respecto al clima laboral, más no sobre su profesión y labor. Sin embargo, sentir que no poseen las condiciones laborales necesarias para trabajar, genera desmotivación y malestar que influye o podría influir en las tareas desempeñadas.

EL 84% DE PERSONAL DE ENFERMERÍA LES GUSTA SU LABOR; SIN EMBARGO, EL 83% CONSIDERA QUE SUS SUELDOS SON MUY BAJOS.

Por otra parte, es necesario resaltar que dicha insatisfacción se debe tanto “por factores institucionales y también por el propio sistema de salud de nuestro país, que evidencia deficiencias y problemas que tanto los enfermeros y otros profesionales y trabajadores las comparten. El actual sistema de salud afronta un presupuesto insuficiente para el sector, en dotación deficiente de recursos humanos (médicos, enfermeras, personal técnico, etc.) en todos los hospitales del país, y la modernización de los hospitales, tanto en infraestructura como equipos, se encuentra en proceso. (Campos, Sifuentes y Coras, 2018, p. 15).

Así, unidos a los problemas propios de las instituciones, hay un problema mayor, estructural al existir un sistema de salud muy precario en el Perú. Los autores, consideran que el estudio “confirma la importancia de que las autoridades de enfermería manejen ciertas aptitudes de liderazgo asertivo, que favorezca al crecimiento y la satisfacción de las enfermeras” (Campos, Sinfuente y Coras, 2018, p. 15). En ese sentido, se debería crear incentivos, valorar el trabajo de las enfermeras en cuanto a su calidad de líderes proactivos, y mejorar las infraestructuras de los centros de salud.

Por otro lado, el estudio realizado en el Hospital Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú, tutelado por el Ministerio del Interior, en Lima, se propuso entrevistar al personal de enfermería que labora en el centro quirúrgico para determinar el tipo de clima organizacional al que están sometidos, y la motivación con la que cuentan de manera diaria (Porras y Durand, 2018, p. 20). Los aspectos referidos a desfavorables (50%) se atribuyen a que los supervisores no expresan reconocimiento por sus logros (86,67%), no hay una clara definición de la visión, misión y valores en el servicio (60%), el trato no es justo en la institución (86,67%), no se conocen los avances en otras áreas del servicio (70%) y la administración de los recursos no es buena (83,33%).

De igual manera, el 43,33% del personal manifiesta que el trabajo que realiza es valorado por el jefe inmediato y el 90% está de acuerdo con afirmar que desempeñan únicamente labores que corresponden a su función dentro del equipo médico. Asimismo, hay un alto porcentaje que resalta el trabajo organizado en equipo (86,6%), cumpliendo el horario establecido con puntualidad (93,33%). Por otro lado, la motivación baja está vinculada a la falta de reconocimiento por parte de la institución, expresada en algún documento (93,33%), y la falta de línea de carrera que permita ascensos (86,67%) (Campos, Sinfuente y Coras, 2018, pp. 22-23).

La conclusión del estudio sostiene que el personal de enfermería siente falta de reconocimiento que incide en la motivación personal, pues carecen de incentivos, cartas de felicitación, becas para capacitarse, etc. Así, “el reconocimiento es un factor muy valorado para los trabajadores de toda institución, pues en ello ven reflejados los resultados de su esfuerzo. Observamos que las entidades hospitalarias se preocupan por la productividad en la atención de pacientes, más no se enfocan en motivar al personal para que pueda desempeñarse con mayor entrega y compromiso” (Porras y Durand, 2018, pp. 24-25).

EL RECONOCIMIENTO ES UN FACTOR MUY VALORADO PARA LOS TRABAJADORES DE TODA LA INSTITUCIÓN, PUES EN ELLA VEN REFLEJADO LOS RESULTADOS DE SU ESFUERZO.

Por otra parte, el estudio de Herrera y Obando (2018), encontró que en un Hospital de San Juan de Lurigancho, en Lima, las enfermeras no aplicaban correctamente las características de las notas¹¹ del profesional de enfermería, esto, debido a diferentes causas, como la falta de familiarización con los registros, exceso de trabajo que no les da tiempo para realizar buenas notas, y también, la ausencia de formatos. En el caso en cuestión, se pudo comprobar que, los registros no contaban con hora, la letra era ilegible y no se evidenciaba la evaluación general del cuidado. Sobre este tema, Herrera y Obando (2018, p. 11) apuntan "En América Latina las anotaciones de enfermería son redactadas por profesionales de enfermería, auxiliares y estudiantes, y lo que no está manuscrito, no está hecho. De ahí la responsabilidad, es decir que un buen registro debe ser minucioso, completo, conciso, claro y preciso".

El registro tiene como característica principal la evaluación de las condiciones persistentes de la atención, permitiendo mejorar el mensaje en los ambientes hospitalarios y evitando errores o incongruencias en la redacción de las notas, constituyendo además un documento legal que brinda protección a los profesionales de enfermería frente a probables exigencias, permitiendo incluso la evaluación, en forma retrospectiva, de la importancia de la atención brindados a los pacientes durante su estancia hospitalaria (Obando, 2018, p. 18). Las notas se consideran, por tanto, parte de la historia clínica de los pacientes, y a la vez protegen al personal de enfermería, por lo que su empleo correcto se hace fundamental.

Entre las características de las notas de enfermería, se consideran su precisión, es decir, se deben anotar con puntualidad, oportuna y continuamente. También deben ser claras, precisas y, a la vez, significativas. Asimismo, existen las anotaciones de entrada, que permiten realizar el diagnóstico y las acciones inmediatas a realizar, así como los problemas iniciales del usuario. También las anotaciones de los procesos y las anotaciones de "regreso" o "alta", que registran tanto el estado funcional como espiritual del paciente que sale, y los

¹¹ Las notas de enfermería son un instrumento de trabajo mediante el cual se valora a los pacientes, y sirven para aclarar la evaluación, diagnóstico y la atención otorgada.

consejos transmitidos para su cuidado en el hogar. Por lo tanto, las notas deben reflejar todo el proceso del paciente, desde que ingresa a la unidad de salud hasta su salida, logrando una evaluación continua de su estado.

Según la información recogida, el 85,71% de las enfermeras del servicio de medicina del Hospital San Juan de Lurigancho no aplican las características de las notas del profesional de enfermería, y el 14,29% de las enfermeras aplican dichas características (Herrera y Obregoso, 2018, p. 31). Asimismo, se identificó que el 77.14% del personal de enfermería del servicio de medicina del hospital San Juan de Lurigancho aplica las características de las notas, en referencia al contenido (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) y el 22.86% no las aplica (Obando, 2018, p. 37).

Dicho estudio da como recomendación que la Jefatura de Enfermería del Hospital San Juan de Lurigancho conforme el comité de auditoría para implementar programas y capacitaciones para lograr mejoras continuas sobre el registro de notas. Asimismo, se debe recordar que la sobrecarga de labores dificulta la dedicación en el momento de realizar las notas. En ese sentido, las condiciones en las que se desempeñan auxiliares, técnicas/os de enfermería y enfermera/s en hospitales, son frecuentemente adversas (entre críticas y graves) debido al riesgo de contraer enfermedades, la duración de la jornada laboral, los ritmos, plazos ("productividad"), el ambiente físico, la interacción con los equipos e instrumental. Todo ello tiene importante repercusión sobre procesos de desgaste físico y mentales en el personal de enfermería.

Es muy necesario investigar más y promover cambios en la organización y en las condiciones de trabajo de los hospitales, a fin de disminuir los riesgos de enfermedad y sufrimiento de los trabajadores. En un estudio realizado en un hospital general del Sur del Brasil, se realizó un estudio transversal que examinó el impacto de las condiciones y la organización del trabajo de 301 trabajadores (Cargnin, Schneider, Vargas y Machado, 2019). Se encontró que una mayoría de trabajadores de enfermería hacía turnos de 12 horas, con jornadas de trabajo en la institución de 30 horas semanales (que con las horas extra llegaban en promedio a 50), y estaba expuesto a temperatura y espacio inapropiados, así como deficiente mobiliario e instalaciones sanitarias, falta de reposo y frecuencia de accidentes de trabajo (el más común, con objeto punzocortantes). Casi todos/as dijeron sentirse malhumorados, fatigados y sobrecargados, y un alto porcentaje reportó sentir dolor lumbar.

Morán (2017, p. 104) recoge los testimonios de enfermeras donde se resalta las demandas por diferencias salariales, las cuales fluctúan en el sector público entre S/1300 y S/1500, y jornadas de trabajo que exceden las 150 horas reguladas por la Ley de la Enfermera Peruana, llegando incluso a más de 200 horas. En esa línea, la proporción de pacientes por enfermera es un elemento clave a ser tomado en cuenta, y resulta más complejo en algunas especialidades (ver capítulo 2). Al respecto, nos cuenta una enfermera de pediatría del Hospital Rebagliati, que se ha propuesto a la autoridad una menor proporción de pacientes. Las propias enfermeras de pediatría han hecho una pequeña investigación para sustentar ante la autoridad que es diferente la cantidad de niños que se puede atender, en comparación con el área de adultos.

Una entrevistada manifestó: “Estamos manejando de 8 a 12 pacientes, pero las autoridades están ampliando el área de pediatría y se va a tener que atender a muchos más pacientes. Acá tiene que entrar a tallar la parte dirigencial. Hemos hablado con gerencia general, donde se ha sustentado que ser enfermera en pediatría es diferente que serlo en adultos. A un niño no le puedes decir “toma tu pastilla” y te sales, tienes que convencerlo desde el inicio a que tome su jarabe, conversar con él, jugarle, hacerle sonar sus juguetitos, cantarle... A un adulto le dices “señor, le toca su pastilla, acá se la dejo”, y se la toma. Uno se acerca mucho al niño y a su familia, sobre todo en casos difíciles en donde se involucran al 100%, “sobre todo la madre”. Hay casos en los que las madres se sienten responsables de la enfermedad del hijo. Allí entras a hablar con la mamá.” Cuenta la entrevistada cómo, a veces, el paciente continúa en tratamiento por años y los padres se muestran agradecidos a la enfermera y a la técnica por ser amables con su niño/a durante ese plazo (Entrevista a Guisela Chávez, 12 diciembre del 2020).

Una enfermera cesante especializada refirió un conjunto de condiciones que cotidianamente desgastaban o ponían en riesgo a las enfermeras mientras ella ejerció la profesión (hasta el año 1993), y que sería importante garantizar que ya no se den. El primero, que como en los hospitales los médicos daban a veces las recetas tarde, incluso a la media noche, las auxiliares y, a veces, las enfermeras, debían ir con el coche de enfermería por pasadizos. Y que en los hospitales Rebagliati y Loayza los pasadizos eran muy oscuros, por lo que iluminarlos era una necesidad. Nosotros -el equipo investigador- agregamos que, además, los pasadizos oscuros pueden favorecer el acoso sexual.

Otro problema que mencionó la entrevistada, era el no sentarse. Relató que la enfermera general solo se sentaba durante toda la noche, cuando escribía las

historias de los pacientes. El resto del tiempo debía controlar las habitaciones de cada paciente y el seguimiento al medicamento indicado por los médicos, incluso trayéndolo de la farmacia. Un tercer asunto era que a las enfermeras en otros hospitales no les permitían suficiente descanso, ni les daban refrigerio durante la guardia, necesario para poderse mantener despiertas (en contraste con el Hospital Rebagliati, en donde a las 10 pm les daban pollo en el comedor), lo que la entrevistada consideró “maltrato”. En los hospitales se debería vigilar la dieta de la enfermera de guardia, tanto para la noche como en el desayuno. Esta y otras entrevistadas han destacado que el público aún no valora el trabajo relevante de las enfermeras, su entrega, su vida cotidiana en la cual sacrifica su tiempo con la familia, entre otras cosas, a sus horarios cambiantes (con turnos de mañana una semana, de tarde otra, las guardias, etc.) (Entrevista a Victoria, seud., 13 diciembre del 2020).

“LA ENFERMERA GENERAL SOLO SE SENTABA, DURANTE TODA LA NOCHE, CUANDO ESCRIBÍA LAS HISTORIAS DE LOS PACIENTES; EL RESTO DEL TIEMPO DEBÍA CONTROLAR LAS HABITACIONES DE CADA PACIENTE Y EL SEGUIMIENTO AL MEDICAMENTO INDICADO POR LOS MÉDICOS, INCLUSO TRAYÉNDOLO DE FARMACIA”.

Asimismo, según los datos recopilados en Miranda (s/f), respecto a las remuneraciones promedio, en diciembre del 2020 hay una elevada brecha entre las remuneraciones de los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados, es decir, la remuneración de los enfermeros colegiados sindicalizados es mayor en 39%, respecto a la remuneración de los no sindicalizados, específicamente en el tramo de los que ganan más de cinco mil soles.

Número de enfermeras/os colegiadas/os registradas/os en la Planilla del Sector Público en diciembre del 2020

Régimen / condición laboral	Remuneración promedio						Total
	Menos de 1,000	<1,000 a 1,800	<1,800 a 2,500	<2,500 a 4,000	<4,000 a 5,000	5,000 a más	
No sindicalizado	525	1,474	2,229	3,174	4,504	9,299	7,870
Sindicalizado	465	1,1,527	2,330	3,099	4,567	12,929	11,922
Total	521	1,481	2,240	3,167	4,508	10,085	8,640
Brecha sindicalizado/no sindicalizado	-11%	4%	4%	-2%	1%	39%	51%

Fuente: El Colegio de Enfermeros del Perú (Miranda, s/f, p. 15)
Elaborado por Guillermo Miranda

4.6 MEJORAS NECESARIAS EN LA PROFESIÓN SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

En la pregunta número 24 del cuestionario autoaplicado “¿**Cuáles son los tres cambios que considera son los más urgentes dentro de la profesión?**”, llama la atención la variedad de respuestas y temas que considera el personal de enfermería para el cambio. Es por ello que se optó por dividir las en cuatro ámbitos:

1) Mejoras en la calidad, estabilidad y derechos laborales, a través de la aprobación de leyes y normativas.

De los 325 encuestados, 150 respuestas (48,7%) considera fundamental hacer reformas internas para mejorar la situación laboral en enfermería. Entre la variedad de respuestas, se enfatizaron los siguientes temas:

- “Participar en la gestión y administración pública y la dirección y gerencia de hospitales.”
- “Mejores condiciones laborales, leyes de enfermería, poder ocupar cargos gerenciales. Entre otras”.
- “Jefaturas por concursos”
- “Equidad entre nombradas y contratadas”
- “Participación en cargos donde la enfermera pueda opinar”
- “Ley del enfermero”
- “Respaldar todas y cada una de nuestras funciones a través de leyes, guías, protocolos bien definidos, lo cual requiere que las enfermeras participen más en gestión política”.

2) Sueldo digno, mejorar la remuneración en la profesión

Los bajos sueldos, o la diferencia entre remuneraciones en la profesión, se analizó como un segundo ámbito, dada la cantidad de personas que lo subrayaron como una urgencia a arreglar. De las 325 personas que participaron, 135 respuestas(43,8%) apuntaban a solucionar este asunto.

- “Sueldos muy bajos para vivir”.
- “Remuneración de acuerdo al cargo”.
- “Valorar un sueldo de acuerdo al grado de complejidad”.
- “Equidad y un aumento justo para el trabajo que hacemos”.

3) Educación, capacitaciones e incentivo a la educación.

Por otro lado, otra sugerencia de cambio tiene relación con mejoras en la educación recibida en las universidades, y escuelas. También se enfatizó la carencia de capacitaciones o cursos para actualizar conocimientos y técnicas en enfermería, y el poco incentivo para la investigación académica en la profesión. Así, 133 respuestas (43,2%) se refirieron al área de instrucción e investigación, considerándolo un pilar fundamental para el desarrollo profesional. Entre sus propuestas, destacan:

- “Promover la investigación en enfermería”.
- “Capitaciones gratuitas por parte de nuestra escuela”.
- “Mejorar la educación universitaria y generar investigaciones propias de las/ los enfermeras/os”.
- “Que los temas de ética, humanidad y liderazgo deben ser dados desde el pre grado de formación.”
- “El área que incentive, tanto mejoras en la educación universitaria como la realización de capacitaciones constantes que, al parecer, son pocas”.
- “Mejorar la preparación tanto académica como práctica con una exigencia máxima, como antes lo era. Y por último mejorar las relaciones entre nosotros mismos, actuando siempre con ética”.
- “Capacitación constante del personal de enfermería de acuerdo a los avances científicos actuales, impulsar a la competitividad individual y colectiva del personal (especialización, maestrías, etc., de acuerdo al área de actividad y otros)”.

4) Liderazgo, empoderamiento, unión y empatía entre colegas.

Otra temática, que se desprende de la anterior, tiene relación con incentivar el liderazgo en el personal de enfermería, así como también el empoderamiento

y, sobre todo, la unión y apoyo entre colegas. 121 respuestas (39,3%) apuntaron a mejorar la autoestima y relaciones dentro de la profesión, y lugares de trabajo.

- "Atacándonos las unas a las otras la profesión pierde".
- "Unidad y sana competencia".
- "Mayor liderazgo".
- "El empoderamiento profesional, el ser vistas como una profesión autónoma parte de un equipo de salud, y no simplemente como una profesión de apoyo a la profesión médica".
- "Que respeten y reconozcan el trabajo de enfermería, que no dependamos de los médicos porque la enfermera organiza todo y el médico se lleva el reconocimiento".
- "Empoderamiento de la enfermería como parte del sistema de salud. (Eliminar el estigma que la enfermera/o solo administra inyectables, curas heridas, o es la asistente del médico)".
- "Mejoramiento de las relaciones interpersonales, consolidación y empoderamiento en el mercado laboral, visibilización del trabajo que cumple la enfermera como profesional hacia otros sectores".
- "Cada una de nosotros debe ser líder en el lugar de desempeño, elevar su autoestima".

Así, el apoyo entre colegas y el reconocimiento por otros profesionales de salud del desempeño de la enfermería, se consideran pilares fundamentales en el ejercicio laboral, pero se resalta que aquello debe acompañarse y enseñarse desde los estudios superiores.

4.7 CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN

El rol de las enfermeras dentro de la historia de las campañas de vacunación es central. La vacunación, entendida como el mecanismo para evitar la incidencia de enfermedades en curso de desaparición (Remigio, 2019, p. 23), ha tenido siempre en la primera línea a las enfermeras, quienes han tenido a cargo el reto de administrar, gestionar y conservar las vacunas. La adecuada aplicación de las

mismas tiene un impacto importante en el equilibrio de salud, pero también su adecuada aplicación, previene efectos negativos de las mismas. En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que cada año tres millones de vidas son salvadas alrededor del mundo gracias a la existencia de vacunas para veinte enfermedades, entre las que se incluyen difteria, tétanos, tos ferina, gripe, sarampión.

Asimismo, es relevante resaltar que el ejercicio de colocación de vacuna implica, también, un proceso de cumplimiento de satisfacción emocional del paciente. En ese sentido, las enfermeras dentro de su rol deben además educar de manera individual a cada uno de las/los pacientes que recibirán la inmunización. A esto se adiciona aspectos como el ambiente físico y social donde se realiza la campaña, lo cual se ve representado en el nivel de satisfacción del servicio. En un estudio realizado por María Merissa Remigio (2019, p. 36) donde analiza la calidad de la atención en el servicio por parte de enfermeras en inmunización en el Centro Materno Infantil de Lima, destaca algunos aspectos relevantes como el saludo de la enfermera como primer punto de contacto, la cortesía con la que se realiza la inmunización y otros, como el trato por su nombre de los infantes, los cuales son considerados favorables al proceso de vacunación.

De igual modo, en cuanto a aspectos relacionados al espacio donde se desarrolla la vacunación, existe un 95% de madres que consideran la privacidad, a puerta cerrada, para la vacunación como un aspecto importante y favorable. Mientras que, por otro lado, casi el 50% de la población entrevistada no estuvo contenta con aspectos como limpieza y orden en el servicio (Remigio, 2019, p. 38). En ese sentido, podemos destacar que, en línea general, en lo que se refiere a atención de niños, existe una tendencia a ver de forma favorable al trato personal y familiar, lo cual permitiría que exista el ambiente adecuado para poder manifestar mayor comodidad con la ejecución del servicio en un espacio privado, siempre y cuando este cuente con la calidad de limpieza y protocolos adecuados.

La Asociación de Enfermería Comunitaria considera la vacunación de la población adulta como un hábito saludable que mejora la calidad del ciclo vital, por lo que debe realizarse no solo cuando hay factores de riesgo, sino que también según las características y perfil médico de cada persona. En ese escenario, las enfermeras cumplen un rol sustancial en la difusión de la importancia de la vacunación en edad adulta, la cual tiene una tasa notablemente baja.

Por otro lado, en el contexto coyuntural producido por la COVID-19, el rol de las enfermeras será central para lograr la inmunización de la población en un corto período de tiempo. En el caso de muchas de las vacunas que se vienen diseñando por diferentes países, existe el requerimiento de la experiencia previa y capacitación adicional al personal que tenga a cargo las campañas de vacunación, ya que -en muchos casos- se requiere una mezcla previa que debe ser realizada por especialistas. Asimismo, dado que la aplicación de vacunas se estará realizando por primera vez de manera global y paralela, el rol de monitoreo de los efectos que genera cada una de las variantes que se aplicarán alrededor del mundo, será fundamental.

4.8 MIGRACIONES, RIESGOS Y GLOBALIZACIÓN

Según la OMS, la migración de personal de salud en América Latina constituye un aspecto crítico para el desenvolvimiento de los servicios de salud. Países de destino y países proveedores generan una dinámica de movilidad internacional, principalmente de médicos y enfermeras, que influye decididamente en la atención de salud. En ese sentido, debido a la precariedad laboral a la que, en muchos casos, se ven expuestas/os las/os profesionales, estas/os dejan sus países de origen para buscar nuevas oportunidades.

SEGÚN LA OMS, LA MIGRACIÓN DE PERSONAL DE SALUD EN AMÉRICA LATINA CONSTITUYE UN ASPECTO CRÍTICO PARA EL DESENVOLVIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD. PAÍSES DE DESTINO Y PAÍSES PROVEEDORES GENERAN UNA DINÁMICA DE MOVILIDAD INTERNACIONAL, PRINCIPALMENTE DE MÉDICOS Y ENFERMERAS, QUE INFLUYEN DECIDIDAMENTE EN LA ATENCIÓN DE SALUD.

La crisis económica generada por el colapso del modelo de Industrialización por sustitución de importaciones (ISI) y la hiperinflación, sumadas al avance del terrorismo y colapso del Estado, repercutieron fuertemente en el sector laboral. Disminuyó drásticamente la población adecuadamente empleada (de 1985 a 1990 disminuyó de 47,7 a 18,6%), y aumentaron el desempleo y subempleo (del año 1985 al 90 aumentó del 42,5 al 73,5%), así como la inestabilidad. Esta situación laboral afectó también a la/os enfermera/os, que

se enfrentaron a la congelación de plazas, éxodo al extranjero sin garantías laborales, fuga de talentos, ausencia de normas para asumir cargos directivos, y contratos por servicios no personales (SNP). Proceso que se incrementó en la siguiente década, en la que se eliminó la estabilidad laboral y se perdieron los derechos sociales.

Con tamaña crisis económica y política, migrar fue una de las principales estrategias usadas por todas las clases sociales para ganarse la vida. Como relata en su investigación Karsten Paerregaard:

(...) en 1994, Cecilia viajó a España como inmigrante indocumentada. En Barcelona, encontró trabajo cuidando de una mujer anciana que la ayudó a mandar la solicitud para un cupo de trabajo ante las autoridades españolas. Luego regresó a Perú, donde aguardó la respuesta de la embajada española en Lima, y cuando la recibió, dos meses después, viajó a Barcelona para trabajar como empleada doméstica. A pesar de que su empleadora la trata bien, Cecilia sufre de soledad y extraña a su familia (...) “Espero que pueda [sic] traer a mis padres a España dentro de unos años cuando mis hermanos acaben sus estudios”. (Paerregaard, 2007, 70)

En el caso de la enfermería, se trató de una migración fundamentalmente femenina que se orientó particularmente hacia Italia, España, Argentina, Estados Unidos. No estuvo exenta de riesgos, y se conoce el caso de enfermeras que cayeron en manos de agentes de redes de migración indocumentada.

Presentamos a continuación la experiencia de una enfermera migrante, que trabaja en los Estados Unidos. Su padre, cuando estudiaba la carrera de enfermería en la Universidad San Martín de Porres, le comentó que en Estados Unidos las enfermeras estaban bien reconocidas y recibían buenos salarios. Ella tomó cursos de inglés, y de inglés médico, para concretar sus aspiraciones, y contó con la ayuda de enfermeras mayores para prepararse. Además de sus propios anhelos de ir a vivir a Estados Unidos, una de sus motivaciones fue que sus tías paternas residen en ese país. Un tío que es doctor en Los Ángeles la encaminó para lograr sus metas de convertirse en enfermera en el sistema de salud estadounidense. La migración se concretó por la vía personal. Conoció a quien ahora es su esposo, cuando tenía 15 años y tuvieron una larga relación. Él fue beneficiado con una lotería de visas y se casaron. Primero vivió solo en Estados Unidos y unos años después ella lo acompañó.

Ella migró, finalmente, a Estados Unidos el 13 de marzo de 2010. Siguió estudiando por varios meses inglés médico y otras materias después que arribó para rendir su examen de licencia con el fin de obtener el título de enfermera registrada, el cual logró luego de once meses. Pudo cumplir su periodo de residencia de enfermería en un hospital, pero, su principal problema fue hablar inglés, a pesar de que dominaba las otras áreas de la lengua.

Entre las grandes diferencias en el cumplimiento de la carrera entre Estados Unidos y el Perú están: el manejo de un teléfono solo para el uso en el hospital al que llaman desde los médicos hasta el personal que distribuye la comida a los pacientes, y de una computadora donde realizan informes e intercambio de información sobre las condiciones de los pacientes. El número de pacientes, en el Perú era de hasta 30 pacientes, haciendo labores como pasar medicinas, cumplir órdenes de los médicos, tomar signos vitales, etc., mientras que, en Estados Unidos solo se encargaba de hasta cuatro pacientes, aunque, la dedicación y el estudio de sus casos es muy concentrado, para evitar demandas al hospital, al contrario del Perú donde hay falta de actualizaciones evaluadas y especializadas. En Estados Unidos no es suficiente la asistencia, sino también profundizar conocimientos específicos sobre las condiciones de los pacientes. El gran peso de la medicina preventiva en la salud estadounidense, lo diferencia del sistema de salud peruano. Se respeta mucho la información detallada de las medicinas destacando los efectos secundarios, y la obtención de exámenes médicos por parte de los pacientes. Además, las enfermeras cuentan con un abogado para enfrentar demandas en el sistema de salud estadounidense. El trato al paciente es de fuerte respeto, ni el médico ni ningún personal de salud pueden levantar la voz a los pacientes en Estados Unidos, en cambio en el Perú, hay casos de abuso más frecuentes sobre los pacientes. La pronta práctica de las enfermeras en el Perú, la pone en desventaja comparándolas con las formadas en Estados Unidos. La salud es muy cara en este último país, por lo que se intenta que el paciente salga lo antes posible del hospital. Entre otros detalles.

Otra diferencia importante entre ambos países con respecto a las dinámicas laborales de las enfermeras, es su desempeño en el área administrativa. En el caso estadounidense, las enfermeras en la referida área son gestoras y directoras, y administran las labores de las enfermeras en los hospitales. Empero, su intervención en políticas de salud a nivel de toma de decisiones no es permitido. Nos dice la entrevistada: "En Perú, tenemos una ministra de

salud, que es médico. ¡Eso está mal! Un ministro, una ministra, aquí de salud, no tiene que ser un médico o una enfermera. Tiene que ser una persona con experiencia en gestión. (...) Tiene que ser una persona que termine su carrera en administración, contadores. El director de mi hospital no es médico. Es un abogado que ha estudiado administración. Médicos y enfermeras, no tenemos por qué tener ningún tipo de rivalidad porque cada uno tiene su profesión”.

Al inicio de la pandemia, en el hospital admitieron un paciente con probabilidad de COVID, en su unidad. Se trataba de un anciano que hablaba español, por eso la convocaron. El paciente estaba confundido y tuvo que atenderlo. Llegaron otros pacientes más. Pero, los directores decidieron concentrarlos en un área y todos debían rotar en la atención de los pacientes infectados con el virus. Algunos compañeros contrajeron el virus. Considera que la segunda ola de contagios es peor. Los casos más graves son enviados a sus casas porque no hay camas. No se puede hacer nada. No solo ocurre en el Perú, sino también, en países como Estados Unidos (Entrevista a Jossie Huatuco, 9 de enero del 2021).

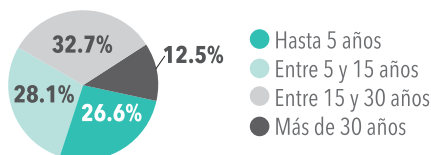
El Perú es un país en el que hay una gran falta de enfermeras. Pero, a la vez, es un país que “las expulsa”: son maltratadas con contratos de tercera, son despedidas, no se les paga el bono. Entonces, ellas comparan eso con países en los que existe carrera pública para las enfermeras, y eso es un gran incentivo para que migren a Estados Unidos, Chile, Italia, Canadá, Brasil. Se invierte dineropúblico en su formación en universidades nacionales como San Marcos y la Universidad Federico Villarreal, y luego, “se las bota del país”. De las más de 99,000 enfermeras colegiadas, solo están en ejercicio ahora (diciembre 2020), con habilitación, unas 66,000 enfermeras. ¿Dónde están las otras? Muchas han migrado a aquellos países en los que la enfermería es una carrera pública (Entrevista a Liliana La Rosa, 30 de diciembre del 2020).

5 **Dinámicas de género:** Identidades, relaciones de poder y problemática

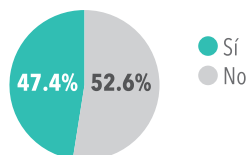


EN ESTE ACÁPITE SE ABORDA LAS DISTINTAS CARAS, MATICES Y PROBLEMÁTICAS QUE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA MANIFIESTA EN SU EJERCICIO. AUNQUE, LAS/OS ENFERMERAS/OS CONSTITUYEN LA MAYOR FUERZA DEL SECTOR SALUD POR SU NÚMERO Y FUNCIONES, TODAVÍA NO SE HA AHONDADO DE FORMA SUFICIENTE SOBRE SU RELEVANCIA A NIVEL ADMINISTRATIVO, POLÍTICO Y SOCIAL. CONSIDERANDO SUS AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL, A PARTIR DEL CUESTIONARIO AUTOAPLICADO, SE IDENTIFICA QUE TODAVÍA ES IMPORTANTE LA POBLACIÓN ENFERMERA QUE HA TENIDO CONTRATOS DE TRABAJO FIJOS CON EXPERIENCIA DE 15 A 30 AÑOS (32.7%), AUNQUE LOS CONTRATOS MÁS IRREGULARES HAN AUMENTADO EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS, POR LO QUE AQUELLAS/OS CON EXPERIENCIA LABORAL MENOR DE 15 AÑOS SON LA MAYORÍA (54.7%). ELLO IMPLICA QUE LAS/OS ENFERMERAS/OS DEBEN ENFRENTAR SITUACIONES LABORALES PRECARIAS POR LA INSEGURIDAD DE MANTENER SUS PUESTOS LABORALES, VIÉNDOSE OBLIGADOS A TRABAJAR EN DOS O MÁS LUGARES.

¿Cuántos **años de ejercicio** profesional tiene?



¿Realiza **actividades laborales adicionales** a su ocupación principal?



5.1 PANORÁMICA

En 1999, la OPS llamó la atención sobre el hecho de que, en la mayoría de países de América Latina, las enfermeras resultaban ser un grupo con muy bajo peso social, marcadamente femenino, de salarios reducidos y baja formación académica. Carecían de una identidad profesional, reforzada por una historia de subordinación a la profesión médica, lo que había estimulado una actitud psicológica de servicio como subordinado, carencia de confianza y baja autoestima. En el 2006, otro estudio señalaba que ya se vislumbraba una transformación ideológica en la profesión, con enfermeras convencidas de su identidad, que reflexionaban teóricamente sobre su papel social. Pese a lo cual, en términos generales, la enfermería tenía dificultades en hacer visible su servicio a la sociedad (Citado en Mauricio y Janjachi, 2017).

EN 1999, LA OPS LLAMÓ LA ATENCIÓN SOBRE EL HECHO DE QUE, EN LA MAYORÍA DE PAÍSES DE AMÉRICA, LAS ENFERMERAS RESULTAN SER UN GRUPO CON MUY BAJO PESO SOCIAL, MARCADAMENTE FEMENINO, DE SALARIOS REDUCIDOS Y BAJA FORMACIÓN ACADÉMICA.

Que las enfermeras tienen un papel social relevante, es inobjetable. De acuerdo a otro estudio de la OPS (2006), han contribuido a extender la cobertura de salud, brindan una atención esencial, aportan al control de enfermedades y a la promoción del desarrollo infantil, trabajan por la salud escolar, ayudan a reducir la mortalidad materna, se hacen cargo de los programas de vacunación, enseñan a las mujeres a detectar el cáncer de mama, identifican factores de riesgo, movilizan comunidades y participación social, cooperan con el aprendizaje del autocuidado, generan procesos de desarrollo sostenible en comunidades con graves carencias, promueven el establecimiento de redes sociales solidarias, y ayudan a vincular a la población con el sector salud (Malvárez y Castrillón, 2006).

Es necesario mantener al personal de enfermería capacitado con tal de favorecer el cuidado, pero también sustentado en una teoría propia de la disciplina que ayude a avanzar a la profesión. Asimismo, enfatizan que el rol de las enfermeras dedicadas al cuidado consiste en dar apoyo y gestionar la

situación deseada por el paciente, con tal de brindarle calidad de vida. Otro aspecto importante es la relación tutor-estudiante en las prácticas clínicas y su influencia en el proceso formativo del estudiante de enfermería. Dentro de esta dinámica resaltan -en muchos casos- las dinámicas de poder, las cuales pueden llegar a ser perjudicialmente verticales dentro de las aulas universitarias, y pueden llegar a extrapolarse a espacios laborales como las clínicas, donde las/os alumnas/os realizan sus prácticas, impidiendo que el estudiante asuma el protagonismo de su proceso de enseñanza-aprendizaje (Aliaga y otros, 2017, p. 40). Así, se evidencia de esta manera que las estructuras de poder se evidencian desde las prácticas profesionales, y se extienden luego en el trabajo.

ES NECESARIO MANTENER AL PERSONAL DE ENFERMERÍA
CAPACITADO CON TAL DE FAVORECER EL CUIDADO, PERO TAMBIÉN
SUSTENTADO EN UNA TEORÍA PROPIA DE LA DISCIPLINA QUE AYUDE
A AVANZAR A LA PROFESIÓN.

5.2 Construcción de las identidades de género y el oficio

El presente diagnóstico ha ponderado la construcción de narrativas a partir de las voces de las propias enfermeras. En ese sentido, para entender la forma en que se configuran las múltiples identidades de género dentro del oficio de la enfermería, es necesario tener presente que esta disciplina está compuesta por múltiples rostros, cada uno con una historia única, existiendo diferencias discursivas sustentadas en las diferencias de edad, procedencia, sexo, entre otras. En ese sentido, una de las entrevistadas manifestó:

"Sí, es cierto que la profesión de enfermería está vista básicamente bajo una estructura patriarcal ¿no? porque muchas veces, la sociedad ve eso, que el trabajo de la enfermera es básicamente cuidado, y por lo tanto lo relacionan el tema del cuidado con el género femenino. (...) Ahí hay una estructura patriarcal". De ahí se explica los comentarios de sorpresa de sus compañeros de maestría de gobierno y políticas públicas, indicándole que asumían que las enfermeras tenían únicamente como su campo el área clínica (Entrevista a Virginia, seud., 1 de enero del 2021).

Lo mencionado por la enfermera entrevistada destaca el estereotipo de género anclado en el imaginario de la población, el cual está ligado a la labor restringida de la enfermera al cuidado, en labores subordinadas y de agencia limitada. Esto

debido a que el tipo de labores a las que se asocia a las enfermeras suele estar vinculada a la esfera doméstica, privada y femenina, la cual -a lo largo de la historia- siempre ha sido minimizada y subalternizada, pese a su importancia central en la sociedad. Sobre este punto, la entrevistada señala:

“Creo que la mirada de parte de la sociedad es equivocada. Creo que la posición de la enfermera está un poco invisibilizada, igual que sus funciones, que están resumidas en la parte clínica, la que está determinada por el cuidado a las personas o al paciente. No se ve mucho más allá. Creo que nosotros también tenemos ahí una función vital, la de hacer visible que también podemos posicionarnos en muchas instituciones de alto nivel, muchísimas otras instituciones donde se toman decisiones, pero no lo hacemos porque generalmente las enfermeras, tienen un trabajo más operativo” (Entrevista a Virginia, seud., 1 de enero del 2021).

Sin embargo, la enfermería y su objeto han evolucionado según el tiempo, aunque se considera que su objeto gira alrededor del cuidado humano a nivel individual, familiar y comunitario, desarrollando la promoción, la prevención, el tratamiento y la recuperación de la salud. Para cumplir con su oficio, las enfermeras se anclan en principios y conocimientos acumulando competencias cognitivas y técnicas. El aspecto técnico reside en la administración de medicina incidiendo en su función farmacológica e informativa de la evolución del paciente, además de sacarles muestras. Su oficio se desempeña en hospitales y clínicas.

PARA CUMPLIR CON SU OFICIO, LAS ENFERMERAS SE ANCLAN EN PRINCIPIOS Y CONOCIMIENTOS ACUMULANDO COMPETENCIAS COGNITIVAS Y TÉCNICAS.

Las representaciones sobre el oficio de las enfermeras están cargadas de estereotipos y las vinculan con labores asistenciales y técnicas. Más que una profesión, la enfermería es vista como una ocupación vocacional limitada al trato humano, que una profesión científica-técnica. El aspecto asistencialista asocia a la enfermería a un lugar secundario en relación con la medicina, y propia de las mujeres. Las representaciones sobre las enfermeras son emitidas por ellas mismas, otros profesionales y el público en general. Se reconoce que las representaciones públicas sobre las enfermeras afectan su desarrollo profesional. Además, su profesión se fundamenta en tres principios: respeto a la dignidad, la beneficencia y la justicia.

Mundaca y Oblitas (2018), a partir de entrevistas a profundidad, ciñeron su muestra a treinta personas del distrito de Lambayeque en 2017. Sus preguntas se centraron en la imagen de las enfermeras teniendo como referentes a) su oficio en términos de vocación y servicio, b) su oficio desde una visión tradicional (brazo derecho del médico y como profesional dependiente), c) su oficio en calidad de técnica a lo más amplio (rol técnico y amplio), d) el cumplimiento de su oficio desde los criterios de humanización y deshumanización, e) su oficio dentro del sistema de salud (pieza central en los equipos de salud y sus desempeños contemporáneos) y f) su oficio en calidad de proyección y cualidades esenciales (responsabilidad, honestidad, solidaridad, humanismo, empatía y carisma).

Con respecto a las primeras representaciones, se tiene el consenso de que la profesión de enfermería es sacrificada por “velar por el prójimo, brindándole tranquilidad, consuelo y cuidado en los momentos más difíciles; es decir, cuando la persona está padeciendo una enfermedad” (Mundaca y Oblitas, 2018, p. 39). Esta profesión, como las demás, responde a una vocación que satisface necesidades y anhelos, y es coherente con el perfil de las identidades personales. Se asume que la enfermería es una profesión de servicio y abnegación, de lo que deriva que las enfermeras siempre deberían dar un buen trato pues “ayudan a la gente a curarse”, de ahí que deben transmitir paz y alegría. No obstante, las mismas enfermeras indican que tales idealizaciones contrastan con las malas condiciones laborales, que generan un ambiente problemático que las hace sentirse frustradas, además de tener un trabajo rutinario y monótono.

La imagen tradicional de las enfermeras consiste en ser un oficio subordinado al médico, por lo que se reconoce que las enfermeras deben trabajar más en demostraciones de mayor independencia en relación con las labores de los médicos. Gran parte de la población y los profesionales consideran que las enfermeras son “el brazo derecho del médico” o que facilitan el trabajo de éste. De ahí que deben seguir las órdenes del médico. Tales estereotipos son reforzados por los medios de comunicación. Más bien, las enfermeras tendrían que asumir que forman parte de equipos interdisciplinarios, que permitan combatir los estereotipos subordinantes de su disciplina, permitiéndoles posicionarse con un valor equivalente y complementario a la labor médica.

MÁS BIEN, LAS ENFERMERAS TENDRÍAN QUE ASUMIR QUE FORMAN PARTE DE EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS QUE PERMITEN COMBATIR LOS ESTEREOTIPOS SUBORDINANTES DE SU DISCIPLINA, PERMITIÉNDOLES POSICIONARSE CON UN VALOR EQUIVALENTE Y COMPLEMENTARIO A LA LABOR MÉDICA.

Con el transcurso del tiempo, el objeto de la enfermería pasó de enfocarse en el cuidado en la enfermedad, al de contribuir al bienestar de las personas. Así, ellas cumplen labores que “en la promoción de la salud y la prevención de riesgos y daños, en el marco de políticas nacionales e internacionales, [desarrollan] estrategias sanitarias nacionales y microrredes de salud, (...) nos desarrollamos en instituciones educativas, industrias, docencia superior, programas de investigación, etc.” (Mundaca y Oblitas, 2018, p. 51). En este sentido, ellas se desempeñan en los centros de salud y fuera de ellos. Sin embargo, en el imaginario predomina la función técnica de la enfermería y no se distingue a las técnicas de enfermería de las profesionales enfermeras. Además, las enfermeras no solo trabajan con personas enfermas, sino también, sanas, lo que implica la diversidad de sus funciones, especialmente en los últimos 30 años. Tales funciones deben ser enunciadas en sindicatos, escuelas, facultades, departamentos universitarios y sociedades científicas (Mundaca y Oblitas, 2018, pp. 1-6, 37-50-56).

Existen críticas crecientes hacia las enfermeras que muestran una deshumanización en el desempeño de sus tareas que implica “indiferencia ante las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes; el insuficiente respeto a la autonomía y la capacidad de decisión de los pacientes como principales protagonistas de un proceso que afecta a ellos mismos” (Mundaca y Oblitas, 2018, p. 57). Por ello, las enfermeras maltratan a los pacientes, lo que se explica por “sobrecarga de tareas, jornadas prolongadas, turnos nocturnos de doce hora[s], escasez de horas de descanso, etc.; así como también la carga psicológica por manejo de situaciones estresantes, dada la exigencia de mayor atención, pocas posibilidades de promoción y ascenso, exposición a riesgos biológicos, químicos y físicos con amenaza permanente para la vida, generando un cuidado en la adversidad” (Mundaca y Oblitas, 2018, p. 59).

En tal sentido, la profesión de la enfermería, con el transcurrir de las décadas, se ha dedicado a poner bases teórico-científicas que cimientan el cuerpo disciplinar de la profesión y que avalan el quehacer de la enfermería en la sociedad. De

este modo, sus campos de actuación han crecido sustancialmente, abriendo diversas perspectivas a la representación social de la profesión. Asimismo, su ejercicio profesional comunica que la profesión de la enfermería ha ido evolucionando y adaptándose a los cambios ideológicos, socio-económicos y políticos de cada época, lo que puede ser difundido implícita o explícitamente por los medios de comunicación. Forma parte de un entorno socio-simbólico, donde su imagen social se construye y reconstruye a través de actividades visibles e invisibles relacionadas con el cuidado de la persona, la familia, y la sociedad (Morán, 2017, p. 9).

Según Nauderer y Lima, las presentaciones estereotipadas han hecho no solo que la sociedad las perciba así, sino que ha logrado que las propias profesionales tengan esa misma visión, la que se ha trasladado a su quehacer diario. La imagen que las enfermeras tienen de ellas mismas y del trabajo que realizan es negativa; causándoles una profunda frustración por la falta de autonomía que tiene su realidad profesional.

5.3. Nuevas masculinidades

Las nuevas generaciones de profesionales de la carrera de enfermería están cuestionando los estereotipos de género que suelen asociarse con la profesión, lo que se puede evidenciar con el caso de Roberth Martínez, estudiante de tercer año de la carrera en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, de 21 años de edad. Con respecto a la percepción de género en la carrera, explicó que “en mi base no hay complicaciones con eso, nos tratamos por igual, no por ser más mujeres nos desestiman, y este año, por ejemplo, tenemos delegado”. En este aspecto, ha notado que en la Universidad no existe discriminación por género, ya sea por parte de los docentes, como por parte de sus compañeros. A su vez, indicó que últimamente hay un mayor ingreso de hombres que se interesan por elegir la profesión, aunque la mayoría sigan siendo mujeres. Por ejemplo, en su base, “de 85 ingresantes en total, 15 son hombres”.

Empero, reconoce que ha percibido una cierta discriminación de terceros cuando se enteran que es estudiante de enfermería, pues le han dicho con asombro que “no lo ven” como un enfermero. “Yo podría percibir como que no encajan a un hombre en el rol de enfermería, porque de repente nos ven más toscos, menos pacientes, como que no encajamos en eso”. En este aspecto, los estereotipos de género de la sociedad repercuten en la apreciación que las

personas podrían tener sobre un hombre enfermo, pues se concibe como una profesión que se ha naturalizado como femenina, y por ende, el ejercicio de esta por varones lo suelen asociar de manera negativa y burlesca.

Roberth reconoce que él no lo considera así, pues “pienso que, no sé, desde hace mucho tiempo, yo también podría hacer lo que una mujer podría hacer (...) yo también podría cuidar, también podría engrerir a alguien de repente, (...) estamos así equilibradamente, podríamos hacerlo si queremos”.

Así, vemos cómo surge una masculinidad diferente que valora la importancia de las labores de cuidado, y las comprende como independientes de un género en particular. Roberth, se ha percatado del prejuicio que existe en la sociedad respecto al tema. Se suele creer, de una manera arraigada y naturalizada, que son las mujeres las que se “deberían” encargar de dichas labores, pues se comprenden como tareas “naturales” a su género, pero Martínez lo considera erróneo. Piensa que dicha idea, se puede cambiar, no mediante la discusión, sino con el ejemplo, con tal de demostrar que, “nosotros los hombres también tenemos la delicadeza de poder cuidar a otras personas, en vez de discutir que los hombres son más racionales”. Para Roberth, el hecho de pensar que los hombres o mujeres nacen “naturalmente” con ciertas cualidades, es una falacia y, esta se puede cambiar rompiendo con los roles tradicionales.

ASÍ, VEMOS CÓMO SURGE UNA MASCULINIDAD DIFERENTE QUE VALORA LA IMPORTANCIA DE LAS LABORES DE CUIDADO, Y LAS COMPRENDE COMO INDEPENDIENTES DE UN GÉNERO EN PARTICULAR.

Asimismo, sus propios docentes les comentan que, en varias ocasiones, los usuarios del sistema de salud prefieren ser atendidos por enfermeras que enfermeros. Se suele generar una cierta barrera en la comunicación con el paciente cuando son atendidos por hombres, ya que los usuarios no se sienten en plena confianza y tranquilidad como sí sucede cuando son cuidados por mujeres. Por otra parte, reflexionó sobre que la idea de la sumisión femenina proviene de una educación y cultura familiar, que se inculca desde muy pequeños, y que influye en que se cedieran mayores oportunidades a los hombres para que surgieran en desmedro de las mujeres. Pero ha notado que esto ya está cambiando, porque “con todo este ambiente de empoderamiento

de la mujer, se está valorando más". Así, también reconoce la desigualdad histórica de la que las mujeres han sido víctimas, y que ha comenzado a cambiar al visibilizarlo gracias a los movimientos de mujeres logrados por el feminismo.

Otra reflexión del entrevistado, es que considera urgente que las/os enfermeras/os entren en la política, para poder influir en las tomas de decisiones a nivel país. Asimismo, enfatiza la importancia de que exista paridad de género a la hora de crear leyes, pues generalmente se congrega a los hombres para redactarlas, dejando a un lado a las mujeres en el aspecto legal. De esta manera, los puestos de autoridad suelen ser ocupados por hombres, aunque el grupo mayoritario del gremio sea femenino (Entrevista a Roberth Martínez, 11 de diciembre del 2020).

Por su parte, la enfermera Silvia Angulo indicó que la carrera en sí no discrimina entre géneros. Explicó que existen colegas varones que son muy buenos profesionales, y considera que en los tiempos actuales no se puede decir que las carreras son de un género en particular. Enfatiza que el problema es cultural y social, y que en realidad en varias ocasiones la teoría no se condice con la práctica, pues conoce varios casos en que los pocos profesionales hombres de enfermería, con el tiempo se cambian de carrera, generalmente a medicina. Esto se debe comúnmente a dos factores, según Angulo. El primero, porque como médicos tienen mayores oportunidades de ejercer la administración pública y hospitalaria. Y el segundo motivo sería la remuneración, debido a que los médicos poseen sueldos más elevados que los enfermeros. Agrega que, "en años anteriores la diferencia era mínima, ahora es el doble o el triple. Por el solo título de médico ya eres el líder, y el que manda también".

De esta manera, la elección de la carrera de medicina en los casos descritos por la entrevistada, también responde al anhelo de contar con reconocimiento, poder, influencia y liderazgo. Tales esferas que se siguen concibiendo como masculinas (Entrevista a Silvia Angulo, 15 de diciembre del 2020).

Asimismo, el enfermero José Víctor Vélez, de 30 años de edad, en la entrevista realizada explicó que ha sentido discriminación y subestimación de su elección profesional por parte de sus amigos. Le decían que "si era hombre por qué estudiaba una carrera para mujeres." Explica que "amigos de otras profesiones hacen joda con eso. Se burlaban diciendo que debía tener alguna desviación, lo ven por ese lado, no lo ven porque me guste brindar cuidados integrales,

sino porque ha estado vinculado a las mujeres.” (Entrevista a José Víctor Vélez, 14 de diciembre del 2020).

Así, el ser enfermero requiere validar o tener que exigir respeto dentro del círculo cercano que, al tener una visión patriarcal, menosprecia las carreras en que la mayoría de profesionales son mujeres, creando un imaginario de que hay carreras superiores a otras, en las que deben primar hombres.

Asimismo, el entrevistado destacó que la carrera y el desempeño laboral en enfermería no está exento de la diferenciación de labores de acuerdo al género del personal. Por ejemplo, a él por ser hombre, lo solían mandar a emergencias. Lo explica:

“El trato es duro. Te dicen, si te quejas, que ‘ni que fueras mujercita’. Que el hombre “aguanta el golpe”, el trato duro. También hay enfermeros a los que no les gusta trabajar algunas áreas con mujeres, por sus “cambios de humor”, les gusta trabajar con hombres como en emergencia. Dentro de los hospitales en emergencia, la mayoría son varones. Las mujeres están en cuidado crítico, UCIS y en hospitalización neonatología, es raro ver a un varón en neonatología en el cuidado de los bebés. He visto un par ahí, pero es muy raro, más ligado a las mujeres. A las mamás no les genera confianza dejar a su bebé con un enfermero varón. Por esta cultura, a veces te dicen que si eres enfermero no te hacen ni rotar en neonatología. Hasta mi jefa de la práctica me decía: ‘tú eres varón y necesitamos gente en emergencia, te vas allá’.” (Entrevista a José Víctor Vélez, 14 de diciembre del 2020).

De esta manera, las mismas supervisoras tienen el prejuicio de dividir labores de acuerdo a categorías de género en las que se realza la fuerza y racionalidad masculina, en contraposición de la emocionalidad e irracionalidad femenina. Así, se evidencian las complejidades en el mismo personal, ya que, a pesar de que los enfermeros jóvenes tratan de combatir estereotipos, en la misma profesión se encuentran con estigmas sociales que solo refuerzan los roles de género que se deberían combatir.

En relación a la presencia de un pequeño porcentaje de enfermeros entre los profesionales de enfermería, podemos observar un conservadurismo expresado en la denominación del gremio en masculino: Colegio de Enfermeros del Perú. La masiva presencia de mujeres en esta profesión ha llevado a que

en un grueso -la mayor parte- de países de América Latina, la denominación gremial haga referencia a esa realidad y sea “de Enfermeras”. Es el caso de los Colegios de Enfermeras de Bolivia, Chile, Costa Rica, México DC y Uruguay; la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, Cuba, El Salvador y Panamá; y el Consejo Nacional de Enfermeras de Guatemala. Encontramos que en Ecuador y Nicaragua se alude a ambos sexos: Federación Ecuatoriana de Enfermeras/os y Asociación de Enfermeras/os de Nicaragua. Argentina, Brasil, Honduras y Paraguay usan la denominación genérica “enfermería”: Federación Argentina de Enfermería, Asociación Brasileira de Enfermería, Colegio de Profesionales en Enfermería de Honduras, también de Venezuela, y Asociación Paraguaya de Enfermería. El único país de América Latina que utiliza la denominación del gremio profesional en masculino, es el Colegio de Enfermeros del Perú.

Si bien la carrera de Enfermería históricamente ha sido femenina, en los últimos años se han integrado varones a la profesión. En el presente diagnóstico, se entrevistó a enfermeros para saber sus apreciaciones sobre si sentían que los roles de géneros tradicionales tenían un peso en enfermería. Roberth Martínez demostró que las nuevas generaciones no se sienten representadas por los estereotipos de género, y buscan combatirlos y cambiarlos. Asimismo, el estudiante criticó que, siendo una carrera mayoritariamente femenina, generalmente para la aprobación de leyes o para los cargos de autoridad se suele convocar a hombres.

Dentro de la misma profesión, siguen existiendo brechas relacionadas a la naturalización de labores mediante el género que crean desigualdad y estigmas. El enfermero José Víctor Vélez señaló que, desde que realizó su práctica y luego en diferentes trabajos en hospitales y clínicas, ha percibido discriminación de género que marca las diferentes tareas o áreas en las que se desempeñan enfermeras y enfermeros. Así, en neonatología y cuidados intensivos se suelen encontrar mujeres, mientras que en emergencias asignan a varones. Esto, debido a que se asocia a las mujeres con su lado “emocional” femenino, y a los hombres con la fuerza y racionalidad. Vélez relató que, lamentablemente, estos roles suelen ser reforzados por las jefas en los hospitales, naturalizando diferencias basadas en el género.

Dicho conservadurismo y marginación social, se evidencia en el nombre del colegio, escrito en masculino, a pesar de que el 90% de profesionales son mujeres. Siendo el Perú, el único país de Latinoamérica en llamarse “Colegio de

Enfermeros del Perú”. Quizás una buena manera de validar y empoderar a las enfermeras, sea partir por reconocerlas en el nombre de la institución.

ENTRE LOS DESAFÍOS DE LA ENFERMERÍA CONTEMPORÁNEA EN NUESTRO PAÍS, SE ENCUENTRA LA NECESIDAD DE INCENTIVAR LA INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN DE PUBLICACIONES CIENTÍFICAS DE CALIDAD.

5.4 EL SIGNIFICADO DE LA FEMINIZACIÓN DE LOS SERVICIOS Y PROFESIONES

Ante una mayoría femenina en la profesión de enfermería, este ítem explora los aspectos que implican los significados de la feminización de esta profesión. En la identidad de la enfermería hay una escisión entre dos distintas representaciones: una instalada en el medio social, arraigada en la feminidad tradicional y hegemónica, donde la enfermería se asimila a la mujer y su subordinación. Otra, donde la enfermera es un agente de salud con una feminidad activa corporizada en un sujeto social. La primera se apoya en el universo simbólico de la masculinidad, en el cual se ha naturalizado el quehacer femenino; la segunda representación se sitúa en el sentido de la feminidad y en el movimiento progresivo de empoderamiento y autonomía que se desarrolla desde el inicio de la modernidad hasta la actualidad.

De la construcción simbólica de la feminidad y la masculinidad arraigada en la cultura, depende la percepción de sí mismo como hombre o como mujer y repercute en la autoestima y en la identidad de cada persona, ordenando los comportamientos y delimitando los espacios sociales y el tipo de acciones que ejercerán. Los modelos de feminidad y masculinidad llevan implícitos el poder social de mujeres y hombres.

LA FALTA DE CUIDADORAS “NATURALES” HA VISIBILIZADO LA IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS PARA LA CONTINUIDAD DE LA SOCIEDAD, HACIÉNDOSE INDISPENSABLE PARA AFRONTAR LA VULNERABILIDAD DEL SER HUMANO EN LOS MOMENTOS CRUCIALES DE SU CICLO VITAL.

La alteración en el sistema de sexo-género abre la posibilidad a las mujeres de desarrollar un proyecto de vida propio, diferente al que reconoce el modelo cultural tradicional, transformando el cuidado en un bien escaso debido a la falta de cuidadoras “*naturales*”. Esta situación ha visibilizado la importancia de los cuidados para la continuidad de la sociedad, haciéndose indispensable para afrontar la vulnerabilidad del ser humano en los momentos cruciales de su ciclo vital.

Hoy los sujetos exigen un cuidado complejo, de forma que la enfermería se identifica como una profesión imprescindible para la sociedad, poseedora de una visión sistémica que exige un saber inteligente, no reducido al saber instrumentalizado. De allí que la consolidación de la disciplina de enfermería exige un reconocimiento social de mayor prestigio. Pero esto perturba el equilibrio de poder al interior de la ciencia y también en la cotidianidad de la vida. La enfermería es una de las profesiones más estigmatizadas en Occidente por la condición particular que en ella se da: la subordinación de la feminidad en el sistema sexo-género y el correlato de esta subordinación en el saber experto. El estigma cultural de la enfermería exige a la disciplina un gran esfuerzo adicional respecto a otros saberes para posicionarse legítimamente en la ciencia. Desde la perspectiva del núcleo de la cultura hegemónica, mujer, feminidad y cuidados no son desafíos para indagar y conformar un conocimiento científico. Esta creencia constituye un prejuicio que dificulta el posicionamiento del trabajo que realizan las enfermeras y con mayor crudeza los enfermeros, por ser hombres que optan por una profesión tradicionalmente femenina (Pavez Lizárraga, 2013).

HOY LOS SUJETOS EXIGEN UN CUIDADO COMPLEJO, DE FORMA QUE LA ENFERMERÍA SE IDENTIFICA COMO UNA PROFESIÓN IMPRESCINDIBLE PARA LA SOCIEDAD, POSEEDORA DE UNA VISIÓN SISTÉMICA QUE EXIGE UN SABER INTELIGENTE, NO REDUCIDO AL SABER INSTRUMENTALIZADO.

Alba y Hernández realizaron un estudio denominado *Representación social de la enfermería a través del dibujo infantil*. Los resultados destacaron que el carácter predominante de la enfermería es el género femenino, la representación es preponderante hacia lo tecnocientífico, aun cuando en numerosas escenas destaca el abrazo, el acercamiento y la relación empática. Por lo que concluyeron

que, de los profesionales de enfermería, se reconoce el estatus social centrado en su actuación en la atención de los pacientes, donde se denota el deseo de servir y ayudar a los enfermos, y existe poca percepción de sus conocimientos científicos, ya que mediante los dibujos se observan las actividades de enfermería como oficio, más que como una profesión (Morán, 2017, p. 18).

Asimismo, la enfermera María Ana Mendoza, piensa que en la misma carrera se ha incentivado por años una imagen de la enfermera ligada a un ámbito femenino de sumisión y silencio. “Nos han metido el cuento de Florencia Nightingale [de] no ser visible, cabecita gacha, si vamos a ser monjas de claustro, pero como enfermeras siempre hemos tenido ese potencial, pero nos han mantenido ahí, como castradas, trabas sociales, de ver a [la] mujer como algo sojuzgada” (Entrevista a María Ana Mendoza, 14 de diciembre del 2020).

También, aquella invisibilidad, se percibe como si fueran las “ayudantes” de los médicos. Quienes, en silencio están “detrás” de ellos. Así se han comprendido como:

“La nana o la ama que cuida, la ama de llaves, y no es así. Lamentablemente son cosas que, quizá equivocadamente, nosotras mismas hemos mantenido. Por una mala, predisposición, no formación. Porque siempre, y eso sí yo he tenido muchas diferencias en el internado cuando dejé medicina y quise estudiar enfermería. En los últimos años de escuela, me peleaba con todas las profesoras de escuela. Formación muy castrante: ‘tú toda una dama, detrás del médico’. Tú haces todo porque eres su soporte, muy castrante y no es así. Hemos sido más que soporte, hemos formado a las nuevas generaciones de médicos. Y creo que muchas de las enfermeras con años de experiencia, que están en los diferentes servicios, siguen formándolos” (Entrevista a María Ana Mendoza, 14 de diciembre del 2020).

Mendoza ha sido asistente cirujana, y recuerda que, anteriormente, no existían residentes, y que eran las enfermeras las que ponían la anestesia. Así, expresaron una forma distinta de abordar la enfermedad, más allá del diagnóstico médico. El personal de enfermería se enfoca en analizar cómo responde cada persona. Por ejemplo, manifestó, no todas las mujeres reaccionan igual a un parto. Las enfermeras poseen esa facilidad o vocación de percibir dichas diferencias. Aunque reconoció no notarlos tanto en las enfermeras actuales, expresó que la mayoría sí tienen esa sensibilidad, por el hecho de trabajar en el servicio de manera integral. Empero, piensa que las especialidades se hicieron para ganar mayor dinero, y que los primeros anestesiólogos se interesaron en cursarla

para tener mejor retribución. A pesar de que fueron las enfermeras quienes los entrenaron y les dieron el conocimiento.

Asimismo, dice Mendoza, que se ha dedicado especialmente a velar por la salud de los infantes, que, en la práctica de pediatría quienes enseñan a acceder a una vena y al PBS, son también las enfermeras. Son las encargadas de instruir al residente, y, en sus propios términos, “las profesoras de los pediatras”. Pues, al estar las 24 horas en los centros de salud, les enseñan los “tips” del cuidado.

“Cuando era internista, era la encargada de, entre otras funciones, poner anestesia, cerrar cirugías e intubar pacientes. Pero cuestiona que actualmente algunos especialistas se quieren “adueñar” de conocimientos que ellas han enseñado. De esta manera, el saber pasa a ser “de todos, pero nada es nuestro. Nosotras nos quedamos atrás, sino yo también sería especialista en pediatría, en cuidados intensivos, anestesiólogo”.

Considera que esta problemática se debe a que han sido “muy humildes” desde la formación, por ejemplo, en las escuelas, que la misma carrera las “arrastra” a esas consecuencias. Piensa que “está bien ser humilde, pero no a ese nivel de perderse, de pasar a ser invisibles, y los demás se lleven el crédito. Hemos pasado a ser invisibles” (Entrevista a María Ana Mendoza, 14 de diciembre del 2020).

5.5 DINÁMICAS ENTRE ENFERMERAS Y MÉDICOS

La población en general considera que la recuperación de los pacientes se debe de forma exclusiva a los médicos, subvalorando el importante papel de las/os enfermeras/os. Una de las posibles causas de esta diferencia jerarquizada en el imaginario popular, puede deberse a que las labores de los médicos y enfermeras/os no solo se expresa de forma simbólica, sino también material, como la diferencia salarial, por ejemplo. Esta situación asimétrica de poder lleva a que los médicos cuenten con mayor reconocimiento a nivel social y profesional, mientras que la enfermería es vista como una profesión accesoría y subalterna al médico (Berrospi y Martínez, 2018, p. 74).

Sin embargo, hoy en día la voz de la enfermería, y su lucha por reivindicar su rol dentro del equipo de salud, es importante. Durante las últimas décadas,

las enfermeras destacan que ellas forman parte esencial del equipo multidisciplinario que se dedica al cuidado de la salud de las personas. Ellas participan desde la planificación y la aplicación del plan para mejorar la salud, recuperarse de las enfermedades o apoyar en la muerte del paciente. Al igual que los demás integrantes del equipo, las/os enfermeras/os cuentan con conocimientos y habilidades que contribuyen al cuidado de los pacientes. Estos conocimientos y habilidades se resignifican y reconfiguran acorde con el avance del saber y la tecnología científica y médica.

Asimismo, las funciones que van asumiendo las enfermeras en las últimas décadas ha permitido mostrar sus aptitudes en la gestión de la salud, ya sea de manera directa con las poblaciones dentro y fuera de los centros de salud, o en las tareas administrativas y en la gestión, la aplicación y el monitoreo de las políticas públicas de salud. Estos aspectos han sido reconocidos dentro del marco normativo, y se expresan en la Ley N° 27669, art. 7, inciso d, donde se refiere que los enfermeros/as tienen la función de ejercer consultoría, auditoría, asesoría y consejería. En mérito a ello, el ejercicio de la enfermería en los consultorios es viable jurídicamente y legítimo, porque es la aspiración de una categoría de trabajadores y de enormes beneficios para el desarrollo humano y social” (Mundaca y Oblitas, 2018, pp. 64-79).

Sin embargo, si bien algunas normas reivindican esta lucha de la enfermería por ocupar el puesto que le corresponde dentro de la estructura de salud, otros dispositivos legales clausuran vías de acceso a puestos de poder y decisión. Un ejemplo de esto es el Decreto Supremo N°011-2002-SA, mediante el cual se aprueban los reglamentos de concursos para cargos de directores de institutos especializados y hospitales del sector salud, y para jefaturas de departamentos y servicios de los institutos especializados, hospitales y centros de salud, el cual menciona en su Título III Del Proceso de Concurso, Capítulo I De los Requisitos para postular que, para ocupar cargos de dirección de nosocomios se debe ser médico cirujano, cerrando así el acceso a dicho puesto a todos los profesionales de salud que no sean médicos.

EL DECRETO SUPREMO N° 011-2002-SA REGULA QUE SOLO LOS MÉDICOS PUEDEN OCUPAR CARGOS DIRECTIVOS EN INSTITUTOS ESPECIALIZADOS Y HOSPITALES DEL SECTOR SALUD Y PARA JEFATURAS DE DEPARTAMENTOS Y SERVICIOS DE LOS INSTITUTOS ESPECIALIZADOS, HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD.

Con respecto al área administrativa, una entrevistada comenta que, a pesar de que existe una ley que permite a las enfermeras postular a cargos jefaturales, no se cumple.

“Generalmente, los puestos jefaturales deberían ser convocados, pero, en este caso no es así. Son puestos a dedo y generalmente son ocupados por médicos. Del 100% de los cargos jefaturales, el 90 o 85% son ocupados por médicos y el otro pequeño porcentaje por diferentes profesiones, lo cual también me parece una limitación porque hoy en día hay enfermeras totalmente capacitadas para ocupar dicho cargo, sin embargo, no se efectiviza, no se hace visible. (...) No permite que tampoco nos posicionemos en lugares de toma de decisiones, más bien, estamos en la parte operativa. (...) En otras palabras somos las hormiguitas trabajadoras, pero, no somos las que coordinamos ese trabajo, cuando también deberíamos ser parte importante, fundamental de todo el proceso” (Entrevista a Virginia, seud., 1 de enero del 2021).

Luego comenta:

“Particularmente, personalmente, nunca he tenido problemas [con los médicos]. He tenido un buen trabajo con los que me ha tocado trabajar. Pero sí he podido ver otras vivencias de otras colegas, que efectivamente, a veces, sí hay una pequeña riña ahí, justamente por lo que te comentaba, por los cargos o los encargos o por las funciones que cumplen. Obviamente, las funciones operativas no son nada iguales, pero, las funciones administrativas, otro tipo de funciones que bien las podemos hacer nosotras al igual que los médicos. Eso lo tenemos claro. Las funciones operativas del médico están claramente limitadas con las enfermeras, las obstetras, el químico, etc.” (Entrevista a Virginia, seud., 1 de enero del 2021).

Acerca de las relaciones de poder entre médicos y enfermeras, una enfermera del Hospital Rebagliati señala que desde que se empezó a estudiar en la universidad, la enfermería cambió. Pues se transformaron el sistema de educación y el currículo, y a la par, también las actitudes, que empezaron a ser distintas de las que tenían aquellas enfermeras que estudiaban en escuelas. A lo largo de sus 18 años de trabajo, la entrevistada les ha dicho siempre a las enfermeras que no pasaron por la universidad: “Nosotras no somos secretarias del médico, no somos atendedoras de lo que él necesita, si él tiene sus manos”. Agrega la entrevistada: “Nosotras rotulamos todas las cosas y cuando llega el

residente, llega el interno, le explicamos: doctor, aquí están las órdenes para rayos X, para tomografía, todo". Antes no era así - prosigue-: "Tráiganme esto" y la enfermera tenía que pararse y llevarle" (Entrevista a Guisela Chávez, 12 diciembre del 2020).

Los médicos tienen mayor prestigio social por lo que son incontrastables sus posibilidades de ser escuchados por las autoridades, tanto del hospital como del Estado, lo cual no es malo en sí mismo; pero sí lo es cuando lo hacen sobrepasando a las enfermeras. Una dirigente sindical del Hospital Rebagliati opinó que los médicos tenían:

"Un cuerpo muy cerrado. Antes de solicitar algo ya lo han conversado; primero forman sus estrategias y cuando la enfermera va a dar su voz, ya está todo estratégicamente diseñado". Pero las enfermeras no se quedaban pasivas: "igual nosotras protestamos, hablamos, pedimos... pero a veces esos pedidos dependen de la autoridad que te representa. Porque es muy importante quién te va a defender, porque tú como enfermera asistencial o como enfermera coordinadora sí tienes un alcance de voz, pero no lo suficiente para una toma de decisión. Siempre he dicho que nosotras como enfermeras tenemos una gerencia que es el Departamento de Enfermería. Es quien nos representa y tiene que dar el respaldo a nuestros pedidos y es nuestra jefatura igual. Nosotras tenemos también la oportunidad de reunirnos con los jefes de servicio y solicitar nuestros pedidos, pero muchas veces no son escuchados. Como yo le he dicho a un gerente, siempre la enfermera está en segundo plano, está desplazada, no se le escucha. Hay un resentimiento allí. Para qué vamos a decir, si no vamos a ser tomadas en cuenta". (Entrevista a Guisela Chávez, 12 diciembre del 2020).

La entrevistada reflexionó:

"¿Por qué la enfermería no logra tantos objetivos como nos proponemos? Porque todas las autoridades están rodeadas de médicos. También cuando se va al congreso, el primero que entra es el médico. A veces nosotras mismas le damos prioridad: a que entre el doctor. Pero no, que también entre la enfermera, tiene que opinar. El médico no sabe cuál es mi función como enfermera; pedirá lo que le corresponde para la parte médica, pero no para la parte de enfermería. Debemos prepararnos más para poder lidiar con las autoridades, con las gerencias" (Entrevista a Guisela Chávez, 12 diciembre del 2020).

Otra enfermera peruana que reside en Estados Unidos afirmó que, a diferencia del Perú, en ese país las enfermeras no se circunscriben a cumplir únicamente las órdenes de los médicos, sino que se pone énfasis en el trabajo colaborativo e interdisciplinario, con el fin de que el paciente rápidamente se dé de alta: la media es de tres días. Las enfermeras contribuyen con el diagnóstico, por lo que deben actualizarse y especializarse de forma permanente. “Tú no trabajas para el médico, tú trabajas para el hospital. (...) Y cada uno tiene su responsabilidad” (Entrevista a Jossie Huatuco, 9 de enero del 2021).

Para Morán (2017, p. 101) en la actualidad existe una jerarquización de las profesiones de salud, lo cual refuerza estereotipos y prejuicios profesionales, e imposibilita que cada profesional sanitario cumpla un rol fundamental en el cuidado de la salud y el bienestar de la sociedad, entendiendo que dichas labores son complementarias y dependientes unas de las otras para poder cumplir con el logro de metas.

UNA ENFERMERA ENTREVISTADA MENCIONA: “TÚ NO TRABAJAS PARA EL MÉDICO, TÚ TRABAJAS PARA EL HOSPITAL (...) Y CADA UNO TIENE SU RESPONSABILIDAD.

Por su parte, Silvia Angulo relató que duele el olvido del Estado hacia las enfermeras que son relegadas. Explicó en la entrevista que se les sigue considerando como “profesionales de segunda”, a pesar de ser ellas quienes llegan a los puestos de salud más distantes para atender donde no hay médicos. Puede ser un profesional o también un técnico de enfermería quien hace la presencia de salud en las regiones más abandonadas por el Estado. También enfatiza que, por lo menos en la región de Loreto donde ella ejerce, el personal de enfermería es el que está las 24 horas con los pacientes, pues solo en UCI y emergencias se dispone de médicos a toda hora. Por ejemplo, explicó que si un niño nace con problemas, son las enfermeras las que dan los primeros auxilios y lo estabilizan hasta que avisan al neonatólogo, por lo que cuando el médico arriba al centro de salud, ya se encuentra estable el paciente. Angulo alega que dicha labor de las enfermeras no se visibiliza, pues se agradece a los médicos a pesar de ser ellas quienes siguen la evolución del paciente. El médico escucha el diagnóstico dado por las enfermeras, colabora y después, él es el galardonado.

Asimismo, reconoce que las enfermeras han estado luchando hace varios años para que se reconozca como se merece su labor a través de los sindicatos.

“Por ejemplo, si yo hago un trabajo dentro de mi área, yo soy quien firma esos informes, elaboro el documento con el sello. Pero somos relegadas en la parte administrativa porque nosotras hacemos la parte operativa y el médico simplemente pone el sello y él figura como el que hizo el trabajo que es hecho por las enfermeras” (Entrevista a Silva Angulo, 15 de diciembre del 2020).

Así, la entrevistada sostiene que los médicos se llevan el crédito por toda la labor desempeñada por las enfermeras, y reconoce cierta frustración al respecto. Por otro lado, se refirió a que los médicos a veces ni les agradecen, o, si lo hacen, es solo por mera cordialidad. Silvia, piensa que lo que debería cambiarse es el sistema en sí mismo, pues está estructurado de una forma que desprestigia su labor.

Tampoco se reconoce el liderazgo del personal de enfermería en los centros de salud. Son las enfermeras quienes tienen el liderazgo, pues son las encargadas de la parte organizativa, pero nuevamente son los médicos los que obtienen el reconocimiento. Angulo mencionó que al personal de enfermería le ayudaría, aunque sea, que le agradecieran su importante rol dentro del sistema de salud.

Este hecho se hace más evidente en una campaña de vacunación. En la que son las/os enfermeras/os quienes lideran estas acciones, pues acuden a los hogares, golpeando puertas y vacunando a la población, no los médicos. Por ejemplo, la entrevistada recuerda que en las décadas de los 70 y 80, cuando se erradicó el sarampión, en el discurso público se decía que esto se debió “gracias a los médicos”. Pero, la entrevistada reclama que:

“No es así, hay que cambiar el discurso. Decir: ‘gracias al equipo en conjunto de salud’. Siempre nos hemos sentido humilladas. Nuestro trabajo realza a otro profesional que no lo ha hecho, esa es la realidad que vivimos en el Perú, sobre todo. Eso es discriminación hacia el profesional de enfermería” (Entrevista a Silvia Angulo, 15 de diciembre del 2020).

Por otro lado, el estudiante de enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Roberth Martínez, sobre las jerarquías en el personal de salud, piensa que la relación es horizontal. Para él, “todos somos un equipo, si quitamos a alguien, una pieza del rompecabezas, no va a resultar igual, el usuario no se va a recuperar. Todos ayudamos”. Pero, resalta que, sigue prevaleciendo la idea de superioridad de los médicos, “no sé si es un mal gen que se hereda,

si estudio medicina soy un ser superior, que yo voy a salvar a todos, que de por sí no es así” (Entrevista a Roberth Martínez, 11 de diciembre del 2020). El entrevistado, entonces, reconoce que, si bien cada miembro del equipo de salud es fundamental para el buen desempeño del área, suele existir la idea de “superioridad médica”, desmereciendo o negando el trabajo de los otros profesionales de salud.

Así también, el enfermero José Víctor Vélez, explicó que, en algunas ocasiones sí se puede trabajar en equipo con algunos médicos, y considerar compañeros de trabajo. Pero, en otras ocasiones existe el complejo de superioridad en varios médicos con años de trayectoria, que tienen el “chip” de ejercer el mandato sobre los demás. Asimismo, el entrevistado piensa que el personal de enfermería debe contar con autonomía para decidir oponerse al diagnóstico o la orden médica, cuando no es la mejor para la salud del paciente.

Recuerda que, en una ocasión, trabajando en un hospital, un médico de visita, le ordenó que, en vez de tomar la temperatura con el termómetro de mercurio vía axilar, lo hiciera de manera oral. Víctor se opuso a dicha decisión, pues algunos pacientes podían tener una alteración mental, y por ello les podía afectar el mercurio en la boca. Otros pacientes, al ponerles un termómetro de vidrio con mercurio podían convulsionar al morderlo y así contaminarse con el mercurio, y de esta manera, su salud se vería expuesta. A pesar de la negativa del enfermero a cumplir la orden, Martínez evoca que el médico siguió insistiendo por bastante tiempo. Para Vélez, este ejemplo demuestra que el médico, ante todo, buscaba imponerse, pues estaba con sus estudiantes en la visita y quería demostrar su superioridad. Así, la misma formación y el ejemplo que dan los médicos de trayectoria a sus estudiantes, contribuye a una formación que refuerza estereotipos y jerarquías que deberían ser erradicadas.

Otro aspecto destacado por el entrevistado es la experiencia derivada del mayor contacto con el paciente, que debería ser considerada para delimitar el grado de autonomía con el que puede actuar el personal de enfermería:

“Según el perfil del Ministerio de Salud dice que (la enfermería) no tiene autonomía, que es dependiente, pero yo y otros colegas lo rechazamos, porque nosotros sí tenemos autonomía, sí podemos también revisar la prescripción médica, si acaso pondría en peligro la vida del paciente. Esta autonomía te permite negarte a ese cuidado. A esa responsabilidad se suma

a que vemos entre 15 a 30 pacientes en un servicio, y lo difícil que es brindar cuidado, la sobrecarga laboral, emocional. Para que, después, se vea que el mayor reconocimiento se lo lleva el médico, los laureles se lo llevan los médicos" (Entrevista a José Víctor Vélez, 14 de diciembre del 2020).

Del mismo modo, se refirió al alto nivel de responsabilidad de la profesión, ya que "los médicos, en 40 minutos solo evalúan, prescriben y se van, pero en realidad, los que están ahí 24 horas somos nosotros. Y los médicos tienen facilidades para hacer horas académicas, tener trabajos dentro del Estado, tienen muchos más beneficios en cuanto al tiempo, al trabajo".

Sin embargo, la mayoría de las respuestas realizadas por el cuestionario autoaplicado referidas a la pregunta número 23, "¿Cómo describiría su relación con colegas del personal médico y administrativo?" fueron positivas. De los 331 participantes, 301 (99%) respondió "buena" o "muy cordial". Empero, algunos de los encuestados, agregaron que una buena relación no significa igualdad de condiciones, ni una relación horizontal. Lo que se evidencia en los siguientes ejemplos:

- "Buena, sin embargo, a la hora de defender nuestros derechos se olvidan de la amistad."
- "Buena pero no justa, los médicos siempre hacen lo que quieren".
- "Cordiales, pero siempre el médico trata de que la enfermera realice todo el trabajo y él figure y se lleve las felicitaciones, por ser el jefe."
- Por otro lado, 22 respuestas (7,2%) fueron "intermedias", entre ellas destacaron "regular" y "difícil". Como se expresa a continuación:
- "Es regular, porque ellos piensan que no hacemos mucho en el trabajo".
- "El personal médico percibe dentro del equipo de salud una jerarquía ilusa, si bien se respeta sus funciones, este personal asume que el equipo de enfermería trabaja bajo su sometimiento, obviando que es una profesión también científica e independiente. Actitud incitada muchas veces por los propios enfermeros quienes parecen no interiorizar sus funciones, derechos y obligaciones. Dejando incluso la idea de una formación universitaria pobre. Situación similar acontece con el personal administrativo, los que no toman en cuenta al enfermero para los cargos y funciones administrativas."

- “El médico cree que la enfermera es su asistente”.
- Y, por último, 8 respuestas (2,6%) consideran que las relaciones son “malas”, entre ellas un participante contestó que los médicos eran “nuestros oponentes”. Otra respuesta apuntaba a que la relación era mala por “problemas de ego” y porque “somos desvalorizadas” o por “discriminación médica”. Así también:
- “Por parte del personal médico, los mayores aún siguen creyendo que somos sus secretarias, y los jóvenes al menos piden por favor las cosas. Pero creo que en su currículo algo de ego deben de tener, en fin. Por la parte administrativa, pésima atención, están muy estresadas y no tienen buen trato ni amabilidad para responder nuestras consultas y dudas, al menos a nosotras porque a los médicos sí que los tratan bien y hasta les facilitan las actividades y trámites”.

Por otro lado, una respuesta evidencia el trato violento del personal médico hacia el de enfermería:

- “He observado que gritan a colegas, yo no dejo que eso me suceda porque me mantengo actualizada y cuando gritan no hago caso, les digo que cuando estén tranquilos los escucharé, siendo tildada de malcriada por no dejarme gritar”.

5.6 MECANISMOS CON LOS QUE SE PERPETÚA LA DESVALORIZACIÓN DE LAS ENFERMERAS

Entre los mecanismos que desvalorizan la profesión de enfermería se hallan aquellos relacionados con las condiciones laborales cotidianas que no son tomadas en cuenta por los empleadores, los pacientes y la sociedad en general. Las/os enfermeras/os, día a día, enfrentan ambientes laborales especialmente estresantes por tratar de satisfacer las necesidades físicas y psicológicas de los pacientes, las demandas de sus jefes, los médicos y el sistema burocrático de salud, e incluso de los familiares y allegados de los pacientes, la falta de sueño y el peso de la monotonía. Fuera de las demandas y funciones propias que las/os enfermeras/os atienden en su vida privada y doméstica. De ahí, el requerimiento de óptimas condiciones de trabajo para impulsar un mejor desempeño laboral por parte de las/os enfermeras/os. “Las enfermeras tienen dificultades para

satisfacer las necesidades de sus pacientes, si sus propias necesidades no están compensadas”. Parte de las motivaciones de las enfermeras para mejorar sus ocupaciones son el dinero y el conocimiento. (Berrospi y Martínez, 2018, p. 2, 15).

LAS ENFERMERAS TIENEN DIFICULTADES PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DE SUS PACIENTES SI SUS PROPIAS NECESIDADES NO ESTÁN COMPENSADAS.

Además si consideramos que ellas/os trabajan en más de un centro de salud o en el cuidado de más de un paciente, unido a lo anteriormente señalado no es de extrañar que caigan en un estado de fatiga frecuente, que es alimentado por el traslado de sus hogares a los centros de salud y la mala infraestructura hospitalaria (sistema de ventilación e iluminación, sanitarios y equipos médicos), la mala calidad de los insumos de higiene y el tiempo que deben estar de pie, caminar y desplazar a los pacientes. “La fatiga se caracteriza por una menor capacidad de trabajo y una menor eficiencia de logro, generalmente acompañada por una sensación de cansancio, es una reacción protectora y un indicador de la respuesta física y psicológica de un individuo ante las demandas del entorno” (Berrospi y Martínez, 2018, p. 3).

ENTRE LOS MECANISMOS QUE DESVALORIZAN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA SE HALLAN AQUELLOS RELACIONADOS CON LAS CONDICIONES LABORALES COTIDIANAS QUE NO SE TOMAN EN CUENTA POR LOS EMPLEADORES, LOS PACIENTES Y LA SOCIEDAD EN GENERAL.

El problema es que se ha considerado a la fatiga como un indicador emocional o subjetivo antes que un problema objetivo del trabajo de las enfermeras, pues la fatiga afecta su funcionamiento físico y cognoscitivo. Además, se expresa en “aumento de la ansiedad, disminución de la memoria a corto plazo, disminución del tiempo de reacción, disminución de la eficiencia de trabajo, mayor variabilidad en el rendimiento laboral y mayores errores de omisión” (Berrospi y Martínez, 2018, p. 19).

Las enfermeras reconocen la trascendencia del cuidado permanente del paciente, empero, la cantidad de enfermeras que se contrata es insuficiente

para cumplir este fin. En el Hospital Regional Ramiro Prialé Prialé que pertenece a ESSALUD y se ubica en Huancayo, Berrospi y Martínez entrevistaron al personal de enfermería entre noviembre del 2017 y mayo del 2018 y concluyeron que en dicho hospital la fatiga laboral de las enfermeras es alta pues sus condiciones laborales son desfavorables. Las encuestas se hicieron a enfermeras que se agrupan mayormente entre las edades de 41 a 50 años, le siguen aquellas que tienen entre 51 a 60 años, luego las de entre 31 a 40 años, las menores de 30 años y las mayores de 60 años. Entonces, la población de enfermeras de este hospital es adulta y experimentada. La mayoría tiene entre 11 a 20 años de experiencia laboral (37,5%) y después le siguen aquellas que tienen 21 a 30 años de experiencia (29,2%), aquellas que cuentan con 6 a 10 años de experiencia (14,2%), las de más de 30 años de experiencia (10,8%) y las que tienen menos de 5 años de experiencia.

Con respecto a sus condiciones laborales, las enfermeras del Hospital Regional Ramiro Prialé Prialé en su mayoría consideran que poseen regulares condiciones laborales, y otros porcentajes importantes de ellas opinan que tienen buenas condiciones y malas condiciones laborales. Las enfermeras del referido hospital indican también, que en gran medida se sienten medianamente fatigadas y otro grupo significativo expresa que se siente fatigado (Berrospi y Martínez, 2018, p. 18, 44-51).

“La compasión y la empatía mostradas por los profesionales del cuidado de la salud pueden resultar costosos psíquica, mental y económicamente, ya que la exposición a pacientes o clientes que experimentan trauma o angustia puede afectar negativamente la salud mental, física y de seguridad de los profesionales; así como de sus familias, las personas que cuidan y las organizaciones que las emplean” (Berrospi y Martínez, 2018, p. 25). Las consecuencias de la fatiga pueden generar enojo, irritabilidad, alcoholismo, tabaquismo, consumo dependiente de drogas, entre otros. “Muchas enfermeras no se sienten realizadas al desempeñarse en su trabajo, otras creen que sus conocimientos son insuficientes para afrontar de forma efectiva los problemas de sus pacientes y culpan a los médicos de impedir un mayor desarrollo de sus habilidades” (Berrospi y Martínez, 2018, p. 71).

A partir de encuestas aplicadas a licenciados de enfermería del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren del Callao, se reconoció que el 71,4% manifestaron tener altas manifestaciones fisiológicas y psicológicas de estrés.

Consideraron que la exigencia y la presión laboral que recibían era de nivel medio, al igual que los factores organizativos y burocráticos. Al parecer, el estrés laboral se enfoca en la infraestructura del hospital y la falta de higiene y de insumos (Velesville, 2015, pp. 69-74).

Otra investigación fundamentada en encuestas a pacientes de un hospital de cuarto nivel de Lima, indicó que la atención que recibieron de las enfermeras fue muy buena. Tal percepción refleja una buena relación de las enfermeras con los pacientes en que la comunicación es clave para fortalecer las relaciones interpersonales sobre la base de la confianza (Zapata, 2019, pp. 24-33).

Durante las décadas de los años 80 y 90, la implantación del neoliberalismo y la globalización trajo como consecuencias “congelación de plazas de enfermeras, éxodo al extranjero sin garantías laborales, “fuga de talentos”, ausencia de normatividad para asumir cargos directivos, contratos por servicios no personales, modalidad de trabajo que constituyó un elemento opresor, al eliminar la estabilidad laboral y la pérdida de los derechos sociales” (Sánchez, 2007, p. 74).

Además, el aumento de la pobreza, a pesar del crecimiento macroeconómico, vulneró la salud de grandes grupos de la población peruana enfatizando el uso de medicina recuperativa y un tratamiento farmacológico que convertía a los médicos en los protagonistas de la salud pública, mientras que las enfermeras eran posicionadas como pasivas asistentes. Entonces, en estas décadas, las enfermeras tuvieron que concentrarse en funciones asistencialistas en el sector salud por el modelo biomédico que privilegiaba a los médicos sobre los demás actores del sector. Sin embargo, la profesionalización de la carrera de enfermería junto a la sindicalización permitió avanzar en dotar de un mejor estatus y mayores condiciones laborales favorables a las enfermeras.

Durante el segundo gobierno de Fujimori (1995-2000) se implementaron los proyectos de focalización de gastos, el llamado Salud Básica para Todos, y de fortalecimiento de los servicios de salud, que se dirigieron a los sectores más pobres y a las mujeres. Lo que implicó más contrataciones de enfermeras en las zonas rurales, donde ellas podrían lograr más autonomía y relevancia, pero con condiciones laborales desfavorables. Durante este periodo, los sindicatos perdieron poder y los derechos laborales ganados fueron desapareciendo y, al mismo tiempo, las escuelas de enfermería realizaron talleres para mejorar la calidad educativa de su profesión (Sánchez, 2007, pp. 75-76, 80-82).

Además de lo señalado, la enfermería continúa siendo una profesión que, a pesar de la gran preparación de sus profesionales, mantiene la imagen objetivada de una mujer uniformada, sin cualificación, de forma similar al personal de servicio, y cuyas actividades son subordinadas por el profesional médico (Morán, 2017, p. 19).

Por otra parte, el enfermero José Víctor Vélez, en la entrevista personal, se refirió a la desmotivación del personal de salud, porque no hay cambios en el sistema:

“Y se atrapan ahí, en una tarea monótona. 25 años de tu vida trabajando, te jubilas y no hay mayor avance. Profesionales más jóvenes están tratando de cambiar este modelo biomédico. El médico es quien toma las decisiones, el único que tiene derecho a poder ser jefe, y cargos de responsabilidad que sean reconocidos también remunerativamente. Hay disconformidad del personal de enfermería, que sí se creen capacitados para tener estos cargos, pero no se los dan” (Entrevista a José Víctor Vélez, 14 de diciembre del 2020).

El trabajo rutinario, la falta de incentivos, y la imposibilidad de ascenso generan disconformidad en la profesión, y una falta de reconocimiento de la misma.

“Hay una monotonía de lo mismo, el mismo trabajo, no hay incentivos dentro de los hospitales para escalar más o lo que han limitado a enfermería es ser jefe de departamento, pero pierdes lo que ganas en las guardias hospitalarias. Más que mejora económica o profesional, que no hay. No se ve reflejado en el tema remunerativo, más responsabilidad, carga, pero no se refleja en la remuneración. No se generan condiciones para que mejoren” (Entrevista a José Víctor Vélez, 14 de diciembre del 2020).

EL TRABAJO RUTINARIO, LA FALTA DE INCENTIVOS, Y LA IMPOSIBILIDAD DE ASCENSO GENERAN DISCONFORMIDAD EN LA PROFESIÓN, Y UNA FALTA DE RECONOCIMIENTO DE LA MISMA.

Respecto a dichos problemas y desprestigio profesional, Vélez considera importante que se aumente el salario al jefe de departamento. Le parece increíble que, para llegar a ser tal, se piden más requisitos que para ser director de un hospital. Así, toda la carga y responsabilidad que conlleva el cargo, no se refleja en un aumento de sueldo, por lo que no se incentiva a “escalar” en la profesión.

Por otro lado, considera que se debe implementar la meritocracia a nivel de todo el sistema de salud, y así permitir que otras profesiones que posean el perfil necesario puedan asumir, por sus capacidades, el cargo, lo que ayudaría a motivar a más enfermeras/os, a que puedan formarse, y asumir retos en los diferentes espacios que se presentan.

5.7 INTERACCIONES SOCIALES ENFERMERA - PACIENTE Y RELACIONES DE PODER

La enfermería se vivencia a través de la interacción social relación de poder con el paciente, que puede ser horizontal en tanto la enfermera o el enfermero tengan interiorizado un quehacer basado en valores humanistas, donde el cuidado se concibe holístico y respetuoso de los derechos a la subjetividad y a la diferencia. Donde el no saber, el no conocer a su interlocutor, no sea un obstáculo para reconocer la condición de igualdad, abriendo la posibilidad de descubrir y crear una realidad única y trascendente para la enfermera o enfermero y para la persona que necesita el cuidado.

En el desarrollo de la profesión de enfermería, la inteligencia emocional cumple un papel fundamental, para ejercer un cuidado holístico de la persona enferma, los asuntos familiares, y de las/los estudiantes a su cargo, ya que, muchas veces, se debe cumplir con las prácticas hospitalarias y la carga académica de la universidad.

Kérouac y Cols, quienes con bases filosóficas y científicas fundamentaron conceptos centrales para la enfermería sobre cuidado, persona, salud y entorno, de igual modo clasificaron y distribuyeron los modelos, teorías de enfermería en seis escuelas: escuelas de las necesidades, del ser humano unitario y del *caring* (cuidado) de la interacción, de la promoción de salud, de los efectos deseados (Padilla, 2019, p. 35). Pero, en esta interacción que se crea, también puede suceder que la relación de poder sea asimétrica, porque la enfermera o el enfermero tiene incorporado el saber experto que les posiciona en ventaja por sobre quien necesita del cuidado de enfermería. Si para la enfermera o el enfermero esta persona, el paciente, no es un sujeto de derecho y la atención se basa en la beneficencia o asistencialismo, entonces el trato es vertical e impide el encuentro con la persona (Pavez Lizárraga, 2013).

DENTRO DE LA LABOR DE ENFERMERÍA LA INTELIGENCIA EMOCIONAL CUMPLE UN PAPEL FUNDAMENTAL, PARA EJERCER UN CUIDADO HOLÍSTICO DE LA PERSONA ENFERMA, FAMILIARES Y, DE LAS/LOS ESTUDIANTES A SU CARGO.

Aplicamos las reflexiones de un estudio comparativo reciente sobre la enfermería y la asistencia al parto en Brasil y Cabo Verde (Beserra y otros, 2019), que señala que, con el objetivo de disminuir la ansiedad del paciente y transmitirle confianza y seguridad, el profesional de enfermería precisa comprender no sólo lo que verbaliza sino también las señales no verbales. Lamentablemente, ese lenguaje no es comprendido plenamente, y más bien es sabido que en toda Latinoamérica, las mujeres de hospitales en zonas pobres son tratadas en forma ruda, con gritos, amenazas, humillaciones y agresiones verbales. El estudio en base a más de 700 interacciones, mostró el predominio de la distancia emocional entre el/la profesional y la parturienta, siendo la forma de contacto más usada, el tocar. En todas las especialidades se requiere de una asistencia más humanizada y de calidad, con interacción menos distante, un trato humano y con soporte emocional.

En el Perú, Barboza y Lázaro realizaron un estudio basado en la representación social de la buena enfermera desde la perspectiva del paciente hospitalizado del servicio de cardiología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo. Tuvo por objetivo caracterizar, analizar y discutir la representación social de la “buena enfermera” desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados. Siendo la “buena enfermera”, una mujer de vocación con atributos personales, donde se pusieron de manifiesto las características personales atribuidas a la buena enfermera y el carácter vocacional de la profesión. Y, el reconocimiento social de la enfermera, al inspirar seguridad y confianza, siendo valorada y respetada por los pacientes (Morán, 2017, p. 19).

Esta labor del cuidado, dice Vielva, puede deberse a que los límites de cuidar y curar no están claros y son difícilmente separables, debido a que el significado originario de curar incluye la idea de cuidar. Por lo cual, el profesional de enfermería se ve objetivado de manera dependiente y subordinado a otro profesional, restando reconocimiento social a su labor (Morán, 2017, p. 23).

La relación enfermera-paciente es un tema fundamental. Se han realizado algunas investigaciones en el país sobre la calidad del cuidado de la enfermera

y la visión que tienen los pacientes acerca del trato brindado. Dos estudios realizados en Lima (2010, Hospital Almenara) y Trujillo (2010, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas) muestran un nivel de satisfacción bajo, aunque otras investigaciones identifican áreas en las que el resultado es mediano (por ejemplo, en geriatría, del Hospital Almenara) (Carmona, 2016). También ocurre que en unas áreas puede haber mejor percepción que en otras, como es el caso de Trujillo (2004 Hospital de Apoyo Belén), en donde más de la mitad de pacientes de cirugía de la muestra, percibieron buena calidad de cuidado de enfermería, mientras que en el servicio de medicina un porcentaje similar percibió que hubo mala calidad. En estudios sobre servicios de salud en el Callao (2008, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión) y en Lima (2005, Hospital Nacional Arzobispo Loayza), la percepción de la calidad del cuidado oscila entre medianamente desfavorable con tendencia a desfavorable (56.67%). En ambos casos, los pacientes de la muestra manifestaron que la enfermera mostraba insensibilidad ante el dolor, despreocupación frente a sus necesidades, falta de amabilidad al atenderlo, despreocupación frente a la invasión de la privacidad, falta de cortesía ya que las enfermeras no lo saludaban, no les decían su nombre ni los llamaban por el suyo, mostraban indiferencia por el ambiente de la unidad, así como por los ruidos que dificultaban su descanso, y había desinterés por su alimentación.

En su tesis sobre la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de cirugía general, Carmona estudió la percepción de los pacientes hospitalizados del Hospital Regional de Cajamarca en el 2015. Utilizó el *modelo Donabedian* [creado en 1966 por el médico Avedis Donabedian], paradigma dominante para evaluar la calidad de la atención sanitaria, el cual reconoce 3 dimensiones en ésta: estructura, proceso y resultados. La estructura describe el contexto en el que se brinda la atención, es decir, la infraestructura, el recurso humano (por ejemplo, certificaciones, capacitaciones), financiamiento (incluso métodos de pago) y equipo. El proceso denota las relaciones entre pacientes y proveedores de salud durante la prestación de atención médica: diagnóstico, tratamiento, atención preventiva y educación del paciente, incluyendo en ellos los procesos interpersonales. Los resultados son los efectos de la atención médica en el estado de salud de pacientes y poblaciones. Los indicadores de calidad en la atención de salud guardan relación con las tres dimensiones, como qué número de camas existen, qué tipos de servicios están disponibles, y qué proporción de personal de enfermería hay por cada paciente.

Carmona (2016) considera la interacción enfermera-paciente como el eje fundamental para establecer una relación de cuidado, y aborda el problema de la detección de una deficiente calidad del cuidado del profesional de enfermería y la opinión negativa de un usuario cada vez mejor informado y consciente de sus derechos. Encuentra que en lo relativo a la dimensión técnico-científica, la mayor parte de los pacientes (66,2%) de cirugía del hospital cajamarquino afirma que la atención que recibe cubre sus expectativas en cuanto a la habilidad y seguridad con la que las enfermeras les realizan sus procedimientos, y al administrar su tratamiento, aunque casi la mitad indica que no se les explica sobre su enfermedad y operación. La capacidad de comunicación y entusiasmo del profesional de enfermería es necesaria para informar al paciente sobre su estado de salud de manera empática, con respeto y base científica, en términos sencillos.

En cuanto a la dimensión humana, Carmona encuentra que apenas un tercio de los pacientes cree que las enfermeras(os) a veces tienen un buen trato cuando los atienden. Un alto porcentaje (81,5%) afirma que suelen usar un lenguaje fácil de entender y que sí conocen sobre su estado de salud, pero 67% dice que la enfermera(o) nunca se presentó y menos de la mitad (46,2%) confía en que esté dispuesta a escucharlo y brindarle aliento en algún momento del día. Al respecto, Carmona destaca las ideas sobre la calidad del cuidado, del filósofo Jean Watson: "La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente- persona". Esto es, la enfermera/o debe estar abierta a comprender las necesidades de afecto y ayuda emocional del paciente, y brindarle información completa, veraz y empatía en su atención (Carmona, 2016, p. 59). Finalmente, en cuanto a la dimensión entorno, la que debe permitir la mejora del ánimo del paciente e involucrar a sus familiares, si bien el ambiente era percibido como limpio y ordenado, un tercio de los pacientes cuestionaba que no hubiera condiciones para su privacidad, y que la enfermera no tuviese un trato cordial con sus familiares ni les informasen. Carmona pone énfasis en que contar con un entorno saludable, seguro, privado, digno, apropiado y con autonomía, ayuda a la rápida recuperación del paciente. En general, en el área de cirugía del Hospital Regional de Cajamarca, los pacientes percibieron que la calidad de enfermería en el servicio de cirugía general del Hospital Regional de Cajamarca no era buena, lo que debe cambiar para ayudar al mejoramiento y recuperación del paciente hospitalizado.

EL 81.5% DE PERSONAS AFIRMA QUE LAS/LOS ENFERMERAS/ OS SUELEN USAR UN LENGUAJE FÁCIL DE ENTENDER Y QUE SÍ CONOCEN SOBRE SU ESTADO DE SALUD. SIN EMBARGO, SOLO EL 46.2% CONFÍA EN QUE LA/EL ENFERMERA/O ESTÉ DISPUESTA/O A ESCUCHAR Y BRINDAR ALIENTO EN ALGÚN MOMENTO DEL DÍA.

Asimismo, en la tesis de Dávila y González (2017) se especifica que:

“Los pacientes por medio de la percepción sobre el personal de salud ejercen una influencia importante en el desarrollo y en el reconocimiento de los pacientes, ya que se demanda una óptima calidad de salud. El factor de la percepción es muchas veces olvidado, inclusive cuando las personas son sometidas a algún procedimiento, ya que el personal de enfermería se preocupa por realizar correctamente el procedimiento, pero deja de lado la parte emocional de los pacientes” (p.1).

Al tratar todos los días con pacientes, es relevante saber la percepción que tienen sobre el desempeño e imagen del profesional de enfermería. Como se demuestra en la cita anterior, para los usuarios del sistema de salud, es de gran valor que, en el trato con ellos, se considere sus emociones y sentir. Empero, lamentablemente, aún hay bastantes deficiencias que deben ser atendidas.

La realidad evidencia que aún se presentan inconsistencias tales como: inadecuada entrega y recibo de turno, discontinuidad del cuidado, escasa atención a las necesidades de salud de los pacientes, aumento en las tasas de eventos adversos atribuidos a enfermería, falta de comunicación entre el equipo interdisciplinario, escasez de información y orientación al paciente sobre los procedimientos a realizar, falta de atención al llamado, y más aún, cuando el paciente no llega a conocer el servicio en el que se encuentra hospitalizado ni reconoce al personal de enfermería que lo cuida, porque ni siquiera se presentan (Dávila y González, 2017, p. 2).

Así, la labor de enfermería debe contemplar a los individuos en su totalidad, y no reducirse solamente a la aplicación de procedimientos. La atención diferenciada será percibida de manera positiva por los pacientes. Al igual que la empatía y la credibilidad, son de suma importancia. Así, la percepción de los pacientes ayuda a crear estrategias para mejorar el servicio y la prestación, puesto que ellos son el motivo primordial de la atención en salud.

5.8 DIMENSIONES DEL CUIDADO HOSPITALARIO Y EL PACIENTE

El cuidado hospitalario cuenta con 6 dimensiones: la primera es el arte del cuidado, referido a la cantidad del cuidado recibido. La satisfacción incluye diferentes características, entre ellas, el interés, la sinceridad, la confianza y la paciencia.

La segunda dimensión es la calidad y técnica del cuidado, referida a la destreza técnica y las habilidades propias del personal en los procedimientos necesarios para el cuidado, como dar claras explicaciones a los pacientes. La calidad también significa que cada paciente reciba los servicios de diagnósticos y terapéuticos más adecuados, según todos los factores y conocimientos sobre el paciente. “Calidad es el criterio técnico científico para los profesionales y el grado de satisfacción para los usuarios, es decir, articula los aspectos técnicos, científicos y metodológicos, así como las relaciones y percepciones” (Dávila y González, 2017, p. 20) De esta manera, un servicio de calidad debe ser holístico, e integrar tanto los aspectos biológicos; sociales; culturales; psicológicos y espirituales.

La tercera dimensión es el ambiente físico, es decir, el lugar en el que se otorga el cuidado y qué tan placentero y confortable resulta para el paciente. Por otro lado, la cuarta dimensión, es la disponibilidad, que está enfocada en el servicio personal, como conseguir una enfermera cuando se necesita.

Y, por último, la quinta dimensión se refiere a la continuidad del cuidado y la eficacia/resultados del cuidado, que están relacionados con la satisfacción acerca de los cuidados brindados, en el que se incluye el alivio del dolor y la educación para el cuidado en el hogar. “En la actualidad, el cuidado de enfermería se centra en el paciente por medio de un cuidado individualizado; de esta forma, deja de ser objeto y pasa a ser un sujeto activo del mismo, centrándose en el paciente y en las expectativas reales del mismo” (Dávila y González, 2017, p. 61).

Por otro lado, para el estudiante Roberth Martínez, las personas dedicadas a la enfermería, deberían ser educadores por excelencia, pues, al estar pendientes de la salud de las personas, es necesario que cuenten con una buena comunicación para generar una buena relación y, a la vez, ayudar así a mejorar la salud del usuario. Resaltó en reiteradas ocasiones, durante la entrevista, que el saber comunicarse para establecer puentes con los pacientes es algo esencial del oficio.

Asimismo, critica que, a veces, hay enfermeras/os que se olvidan del trato humano e integral con los pacientes, y enfatizó que no quiere que eso le ocurra a lo largo del ejercicio de su profesión. “No olvidarme de que son personas, no objetos a los que les voy a decir “voltéate, por favor”, sino acordarme que ellos sienten, que me perciben. Eso mismo es la esencia de la labor de enfermería, saber cuidar” (Entrevista a Roberth Martínez, 11 de diciembre del 2020). Para él, lo fundamental de la enfermería es el “saber cuidar”, lo que implica reconocer siempre al otro en su calidad de ser humano.

Lamentablemente, las propias condiciones de la profesión perjudican recurrentemente el trato con los pacientes. El personal suele sufrir de problemas lumbares, generalmente en cirugía, pues deben estar de pie en procedimientos largos y, además, la salud mental se ve bastante afectada. Todo lo anterior, produce:

“La despersonalización. Los enfermeros y enfermeras pierden la sensibilidad ante ciertos sucesos, hay pérdida de empatía con el paciente, no hay espacio para liberar emociones, se los guardan y ahí, como resultado, vemos el trato en hospitales, las quejas de maltrato. El personal de enfermería está muy expuesto a problemas físicos y a bastante presión que genera problemas a nivel mental. A veces uno no se reconoce con tanta sobrecarga de pacientes, los que tienen dolores más leves son los que más exigen, en emergencia están muy sobrecargados. No hay ningún programa que permita liberar estas emociones negativas, canalizarlas, y te desquitas con el paciente.”
(Entrevista a José Víctor Vélez, 14 de diciembre del 2020).

Así, el personal de enfermería, suele lidiar con problemas en su salud, tanto física como mental y emocional, debido a la gran carga y el quehacer de la profesión, que puede repercutir en el trato con sus pacientes.

5.9 COMPAGINAR LA VIDA FAMILIAR Y EL TRABAJO DE ENFERMERÍA

Las enfermeras, en calidad de madres, esposas, hijas o integrantes de una familia, se ven sobreesaturadas por las demandas del trabajo remunerado y de aquellas de la vida familiar. Ante este panorama, algunas prefieren renunciar a su vida profesional o trabajar a tiempo parcial. Las referidas demandas crean un fuerte desgaste en ellas, de ahí la necesidad de fortalecer en el ambiente laboral

una red de soporte que implica la reconfiguración del apoyo organizativo y gerencial. En este sentido, es clave el planteamiento de los horarios laborales (Berrospi y Martínez, 2018, pp. 15-17, 21).

LAS ENFERMERAS EN CALIDAD DE MADRES, ESPOSAS, HIJAS O INTEGRANTES DE UNA FAMILIA SE VEN SOBRESATURADAS POR LAS DEMANDAS DEL TRABAJO REMUNERADO Y DE AQUELLAS DE LA VIDA FAMILIAR, ANTE ESTE PANORAMA, ALGUNAS PREFIEREN RENUNCIAR A SU VIDA PROFESIONAL O TRABAJAR A TIEMPO PARCIAL.

La interacción social permanente con los usuarios enfermos y sus familiares, y con otros profesionales de la salud, regulando diariamente sus emociones y la de los otros, es importante para las/os enfermeras/os. Varias investigaciones comprobaron empíricamente que el manejo inadecuado de las emociones de los estudiantes en las prácticas clínicas, contribuyó para generar “inseguridad, irritabilidad, baja autoestima, depresión, trastornos somáticos, trastornos del sueño, agotamiento físico y psicológico, que son aspectos que afectan a su bienestar personal, su rendimiento académico y pueden influir negativamente en su desarrollo profesional” (Padilla, 2019, p. 38).

Por su parte, Roberth Martínez, estudiante de enfermería en la Universidad Nacional de San Marcos, recuerda que su madre, enfermera técnica, trabajaba cuando él era pequeño en una casa de manera particular, y que “no paraba mucho tiempo aquí, en mi casa. Cuando estimas a una persona se hace extrañar su presencia, pero se sentía bien cuando nos juntábamos los fines de semana. Ahora no lo siento mucho porque para en casa. Antes me sentía distanciado como que no podíamos conversar tanto”. (Entrevista a Roberth Martínez, 11 de diciembre del 2020). De esta manera, reconoce la ausencia de su madre en casa por su trabajo, pero, a su vez, admira su labor.

Por otro lado, el estudiante explicó que una de las razones para estudiar enfermería, fue que su enamorada también eligió la profesión y cree que al ser ambos enfermeros se van a entender en sus actividades y así funcionará todo mejor. También, reconoce que el salario debería ser más elevado, pues no se condice con todas las labores que realizan. Relató que hasta los mismos docentes les comentan sobre dicha problemática en clases, y que se ha luchado durante muchos años para lograr mejoras salariales.

Por su lado, Silvia confesó que, hablando como madre de tres hijos, se arrepiente por momentos por lo absorbente y estresante que es la carrera, pues se ha perdido momentos importantes, como alguna graduación, fiesta o exposición de cuadros por estar trabajando, de guardia, o en una marcha sindical. Asimismo, indicó que, aunque siente tristeza por ello, a la vez le resulta gratificante que sus hijos hayan aprendido a entenderla y la apoyan. De esta manera, se siente liberada y no culpable al contar con el soporte y admiración de sus hijos. Ha aprendido a compaginar las labores de madre con su trabajo. Además, debido a la pandemia, ha podido estar más con sus hijos. Ha logrado conocerlos más y nuevamente, pues es docente en un instituto, pero, al ser las clases virtuales, se encuentra en casa y ha tenido más tiempo libre luego del pico de la pandemia en Loreto (Entrevista a Silvia Angulo, 15 de diciembre del 2020).

Por otra parte, una entrevistada comentó que, en su casa, se reparten las labores domésticas con su esposo. Considera que es un tema cultural “desde cómo enfocas desde tu familia, desde el seno familiar, que es lo que inculcas a tu familia”. Señala que no tuvo problemas con sus jefes por permisos y que más bien, fueron flexibles. Cree que ello se debe a “cómo te desenvuelves y cómo cumples, también, tus roles”. Aunque reconoce, por otro lado, que ha conocido jefas y enfermeras muy parametradas que, a pesar de cumplir con sus actividades y metas, ellas imponen que, igual deben asistir. Sin embargo, no ha sido su caso. Ha encontrado personas que han sido flexibles, lo que le ha permitido que estudie una especialidad y una maestría (Entrevista a Virginia, seud., 1 de enero del 2021).

A su vez, el enfermero José Víctor Vélez, explicó que, en general, le resulta difícil compaginar la vida familiar con la profesional. Al ser los dos enfermeros con su pareja, en varias ocasiones ni se veían. Cuando él entraba a su turno, su esposa lo estaba acabando. Ella, además, tenía que trabajar en dos sitios a la vez- algo bastante usual en su profesión, pues de otra forma es muy difícil lograr obtener una buena remuneración, lo que dificultaba aún más coincidir en sus horarios, incluso teniendo turnos en el mismo hospital o clínica. Aquello, limita bastante la relación familiar. En ocasiones, tienen que trabajar 3 días durante 12 horas diarias. En otras ocasiones, incluso 24 horas seguidas, y entonces:

“...al quinto día descansas todo el día para reponer energías. Hay colegas con hasta tres trabajos en el sector privado. En las clínicas, pagan 1.500 mensuales, entonces para ganar 4.500 soles deberían trabajar en tres

lugares distintos. A veces pasan 36 horas despiertos, por lo que durante los días libres aprovechan para dormir. Algunos llevan años y años en esta situación, solo para tener condiciones de vida decentes” (Entrevista a José Víctor Vélez, 14 de diciembre del 2020).

Por su parte, María Ana Mendoza, enfermera experta en inmunizaciones, escuchaba a sus colegas decir que, para trabajar en vacunas, no se debía tener hijos ni estar casada, por la alta carga laboral que conlleva, ya que trabajan hasta los sábados y domingos. En su experiencia personal, agradece que su hermana la ayudó bastante cuando estaba dedicada a las inmunizaciones, porque Mendoza “no paraba”, pero su hermana estaba en casa con sus hijos. A su vez, ya llevaba separada hartó tiempo “y no lo sentía como una falta”, recalcó.

Aun así, sí notaba que, la mayoría, e inclusive enfermeras de regiones, le decían llorando que, por las inmunizaciones, perdían a sus esposos.

“Siempre lo escuchaba, inclusive enfermeras de Colombia por la OPS me lo decían: o eres soltera o eres divorciada si trabajas en vacuna. En la parte asistencial, la mayoría tenía problemas con sus parejas. Machismo arraigado: turnos; guardias, el varón busca justificarse que “tú me tienes abandonado”. Eso pasa mucho en profesiones de salud, más que en otras que tienen horarios más estables. pasa con médicos, enfermeros o policías. Mayor porcentaje de situaciones familiares críticas, altos índices de divorcios.” (Entrevista a María Ana Mendoza, 14 de diciembre del 2020).

Por otro lado, explicó que sus amigas enfermeras que se encuentran en el extranjero, le han comentado que en Europa y Estados Unidos la situación es diferente. Gozan de más tiempo para sus familias al tener buen sueldo. Así, sí en el Perú tuvieran una remuneración digna, no tendrían que trabajar en dos, o hasta en tres sitios a la vez, y podrían trabajar solo sus horas y compartir con sus familias. Así también, la pandemia ha producido peleas con las familias, muchos se han opuesto a que se arriesguen yendo a trabajar. Pero, para las enfermeras es su vocación, por lo que es inevitable apoyar en momentos difíciles como la coyuntura actual.

POR OTRO LADO, EXPLICÓ QUE SUS AMIGAS ENFERMERAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTRANJERO, LE HAN COMENTADO QUE EN EUROPA Y ESTADOS UNIDOS LA SITUACIÓN ES DIFERENTE GOZAN DE MÁS TIEMPO PARA SUS FAMILIAS AL TENER BUEN SUELDO ASÍ, SÍ EN EL PERÚ TUVIERAN UNA REMUNERACIÓN DIGNA NO TENDRÍAN QUE TRABAJAR EN DOS, O HASTA EN TRES SITIOS A SU VEZ, Y PODRÍAN HACER SUS HORAS Y COMPARTIR CON SUS FAMILIAS.

6 La enfermería **diversa**



EN ESTE ACÁPITE SE ABORDA LAS TAREAS Y LAS CONTRIBUCIONES DE LAS/OS ENFERMERAS/OS RELACIONADAS CON LA DIVERSIDAD SOCIAL Y CULTURAL QUE CARACTERIZA AL PERÚ Y QUE SE MANIFIESTA EN PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y EDUCATIVOS ESPECÍFICOS Y REGLAMENTADOS. TAMBIÉN SE RESCATAN LAS VIVENCIAS DE LAS/LOS ENFERMERAS/OS EN SU SERUMS, Y LA RELEVANCIA DEL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA PROFESIÓN, EN UN PAÍS DIVERSO COMO ES EL PERÚ.

6.1 EXAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA (ENAE)

Desde noviembre de 2009 se suscribió la Resolución Ministerial Nro. 575-2009/MINSA, que establece que el Examen Nacional de Enfermería (ENAE) de ejecución anual, constituye un requisito obligatorio para realizar el Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS), encargando su conducción a la Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería - ASPEFEEN, institución que tuvo a cargo dos procesos piloto en el 2006 y 2007.

En ese sentido, el ENAE se presenta como una de las estrategias para elevar la calidad de la educación de la enfermería universitaria, a fin de garantizar que el/la egresado/a de esta carrera brinde un servicio de cuidado de alta calidad. En ese sentido, se vienen desarrollando dos exámenes anuales: El ENAE ordinario (mes de julio) y el ENAE extraordinario (mes de noviembre), donde el/la participante tendrá una nota con una validez de tres (03) años y permitirá generar un ranking anual de especialistas en enfermería a nivel nacional.

EN ESE SENTIDO, EL "EXAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA" SE PRESENTA COMO UNA DE LAS ESTRATEGIAS PARA ELEVAR LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN DE LA ENFERMERÍA UNIVERSITARIA, A FIN DE GARANTIZAR QUE EL/LA EGRESADO/A DE ESTA CARRERA BRINDE UN SERVICIO DE CUIDADO DE ALTA CALIDAD.

6.2 CRÓNICAS DE SERUMISTAS: EL SIGNIFICADO DEL SERUMS PARA LA FORMACIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL

En varios sentidos el SERUMS se inserta en la enfermería comunitaria que empezó en el Perú una lenta expansión durante la década de 1960. Consistió en el desarrollo de programas de salud básicos, actividades de detección precoz y seguimiento de casos en la comunidad, con énfasis en la atención preventivo-promocional de la familia y grupos de riesgo. Incluyó también educación e inmunizaciones, con tendencia a la integralidad de la familia, del escolar, del trabajador y del medio ambiente (Pecho, 2004).

EN VARIOS SENTIDOS EL SERUMS SE INSERTA EN LA ENFERMERÍA COMUNITARIA QUE EMPEZÓ EN EL PERÚ UNA LENTA EXPANSIÓN DURANTE LA DÉCADA DE 1960. CONSISTIÓ EN EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE SALUD BÁSICOS, ACTIVIDADES DE DETECCIÓN PRECOZ Y SEGUIMIENTO DE CASOS EN LA COMUNIDAD Y ÉNFASIS EN LA ATENCIÓN PREVENTIVO-PROMOCIONAL DE LA FAMILIA Y GRUPOS DE RIESGO.

Sin embargo, el Sistema de Salud Pública Nacional está aún en proceso de innovación, implementando actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y educación en salud en las comunidades rurales. Estos temas “son abordados generalmente entre los grupos de mayor riesgo como el binomio madre-niño, pacientes en extrema pobreza y marginalidad, por medio de los programas básicos de salud que, en teoría, llegan hasta las comunidades y aldeas más distantes, necesitadas y apartadas del país” (Chávez Álvarez, 2012, p. 37)

Esta orientación es a la que inspira el primer nivel de atención que es básicamente donde encontramos a los/as serumistas. Su importancia radica en que es la primera instancia del Estado peruano con que se encuentran hombres y mujeres habitantes de nuestro país, y es la que articula el tejido de las instancias públicas. De alguna forma, es solo a través de la atención primaria, de la promoción de la salud y de la prevención, que el Estado entra a la vida de las personas, físicamente, y las protege, las cuida. Ahí está la visita domiciliaria; la atención al parto. Es el Estado ingresando a la casa, de ahí su enorme relevancia.

Entonces, observar la lógica del SERUMS desde las vivencias de las/os enfermeras/os es, entre otras cosas, ingresar a las dinámicas promocionales y preventivas de la salud pública en el Perú. Además, recoger las opiniones sobre su funcionamiento es acceder a una información privilegiada sobre el día a día de los puestos y centros de salud; es decir, sobre las bisagras entre el Estado y la sociedad.

ENTONCES, OBSERVAR LA LÓGICA DEL SERUMS DESDE LAS VIVENCIAS DE LA/OS ENFERMERAS ES, ENTRE OTRAS COSAS, INGRESAR A LAS DINÁMICAS PROMOCIONALES Y PREVENTIVAS DE LA SALUD PÚBLICA EN EL PERÚ.

Si bien el proceso de adjudicación de los puestos para el SERUMS parece formal bajo la supervisión del MINSA y de SUNEDU, se dan casos en que esta actividad discurre por otros cauces y la asignación parece depender de una combinación de varios factores. El siguiente testimonio es elocuente al respecto:

“Cuando terminé la universidad, estaba esperando salir sorteada para el SERUMS, no salí sorteada. Entonces dije ¿qué hago? Mi mamá, por un conocido primo de ella, me dijo ¿por qué no lo haces en la FAP (Fuerza Aérea del Perú)? (...) ¿Puedo hacer mi SERUMS seis meses? Ir todos los días porque el SERUMS es un año. Me dijeron que no. Lo dejé. (...) En el 2007 u 2008 dije voy a hacer mi SERUMS y finalmente lo hice en el Centro Comunitario El Álamo [Comas, Lima]” (Entrevista a Jossie Huatuco, 9 de enero del 2021).

Esto puede ser un indicador del grado de organización del sistema de salud. El desempeño de las enfermeras también se relaciona con aquello a lo que están expuestas, tanto en el SERUMS como en lo que ocurre en el primer nivel de atención en general, como lo señalan los comentarios de varias/os de las/os serumistas que respondieron el cuestionario autoaplicado usado en este diagnóstico, con su impresionante capacidad de improvisar y sacar adelante el sistema de salud. Si bien parecería que son experiencias muy contrastadas las que atraviesan las/os serumistas, uno de los denominadores comunes es lo azaroso de su práctica que, en su mayoría, son situaciones que constatan el abandono del Estado. Son experiencias de prueba, a veces extremas, aunque encontramos reveladoras excepciones. En realidad, se combinan varios factores

que le dan significado a la experiencia en el SERUMS. Pero puede decirse que luce poco sistemático y regulado.

Pensamos que es importante registrar estas experiencias, tanto para afianzar la autoridad de las/os enfermeras/as, como para recoger sus sugerencias y críticas, pues deben ser consideradas si se quiere mejorar el sistema nacional de salud. Y al mismo tiempo, los conocimientos y experiencias de las/os serumistas constituyen una estrategia para enfrentar las debilidades que sufre el primer nivel de atención, así como las áreas de promoción y prevención de la salud de los/as peruanos/as.

En el campo de la salud comunitaria, las/os enfermeras/os actúan, en principio, al lado del médico, la obstetra, el odontólogo y otros. Pero lo cierto es que esta situación ideal y normativa está lejos de cumplirse. Muchas veces es solo uno de ellos el que se encuentra en los puestos de salud de los lugares más apartados. Así lo constatan, como veremos, las enfermeras en sus respuestas al cuestionario usado en este diagnóstico para recoger información tanto cualitativa como cuantitativa.

La unidad básica de salud es el “puesto de salud o centro de salud” y no “siempre está totalmente equipada, por lo que en ocasiones recibe apoyo logístico de instituciones no-gubernamentales o filantrópicas que trabajan en las zonas aledañas, para que recursos humanos recién egresados de la academia actúen en el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS), regido por el Ministerio de Salud” (Chávez Álvarez, 2012, p. 37). Es esta la crítica situación que enfrenta la enorme mayoría de serumistas, cuyo papel es central en la unidad básica de salud. Por lo clave que es el puesto de salud, nos ha parecido pertinente detenernos en lo que dicen y opinan las enfermeras sobre esta etapa.

Sabemos que, en el Perú, 51,7% de los/as peruanos/as viven en casas y lugares donde acceden a servicios básicos de agua potable en las áreas urbanas, mientras que solo el 2,6% en las áreas rurales (Gestión, 2019), lo que limita de modo dramático su bienestar físico y emocional. No obstante, cuentan con algunos recursos locales como la escuela inicial y/o primaria, botiquín de salud, club de madres o comedor popular, implementados a duras penas con recursos mínimos diversos, y en algunos casos, sin las condiciones básicas necesarias para su adecuado funcionamiento. En este ámbito, también contamos con las declaraciones de las/os enfermeras/os entrevistadas/os. Ellas/os son una fuente directa e irremplazable del sector salud, que no ha sido lo suficientemente valorada.

Los miembros de las comunidades rurales padecen de modo endémico de enfermedades prevenibles. Tienen una alta incidencia, por ejemplo, de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y dermatológicas, parasitosis y problemas gineco-obstétricos. A esto se agrega una asistencia irregular a una escuela de baja calidad que explica, en parte, la desnutrición y dolencias infecto-contagiosas entre la población infantil (Chávez Álvarez, 2012, p. 37).

Si bien las referencias más regulares al SERUMS se encuentran en el cuestionario autoaplicado producto de una pregunta explícita sobre el significado de esa parte de la vida profesional, en las entrevistas a enfermeras/os podemos hallar reveladoras alusiones a esta. La exploración se dio también a nivel cualitativo, permitiendo que las y las/los entrevistadas/os puedan narrar experiencias y aprendizajes relevantes de este período. Es necesario señalar que estas respuestas y comentarios trascienden al SERUMS propiamente tal y nos llevan a una gama de aspectos muy ricos en referencia a cómo las/os enfermeras/os procesan su propia historia personal, y sus descripciones del sistema de salud.

En algunos casos, las/os enfermeras/os, durante el año que cumplían en su SERUMS, tuvieron que enfrentar situaciones complicadas de manera directa e individual. Una entrevistada señala que, en una ocasión, ella estaba sola en la posta de San Mateo (Apurímac) y la técnica enfermera que laboraba, tenía día libre. A las 11:30 de la noche tocaron su puerta para informarle que una anciana estaba atrapada en un paraje poco accesible y necesitaba auxilio con el fin de sacarla del lugar, y revisar su estado de salud, pues estaba lloviendo. Junto a las autoridades comunales, todos varones, ella acudió a la emergencia que implicó una caminata de hora y media. La destreza de los varones la dejó atrás sujetando la linterna para que pudiese descender de manera progresiva. Pero, ella se cayó y se perdió, aunque los comuneros la ayudaron. Finalmente, pudo atender a la anciana que por su estado delicado fue enviada a Cusco. La entrevistada acompañó a la señora. Gracias a esta intervención, la anciana no perdió la vista y pudo caminar. La vio después de tres meses (Entrevista a Virginia, seud., 1 de enero del 2021).

José Víctor Vélez, enfermero del CEP, recuerda gratas experiencias en su SERUMS realizado en la provincia de Lucanas, Ayacucho. Resalta su importancia pues le permitió conocer a otros profesionales con diferente formación y maneras de abordar ciertos temas. En la entrevista personal, reconoce que aprendió mucho sobre la interculturalidad, pues debes dialogar con las personas de la zona, de la comunidad respecto a los temas de salud, “usando lo que ellos conocen”.

Rescató dos experiencias que lo marcaron profesionalmente. Le gustó la activa participación comunitaria que lo ayudó a organizar a la población para lograr un objetivo. Así, pudo ir a otra comunidad, donde había una gestante proveniente de Piura, que había ido a visitar a su suegro a Ayacucho, en una zona sobre los 4550 metros sobre el nivel del mar, lugar inaccesible, pues no llegaban automóviles, ni señal telefónica y ahí, comenzó su labor de parto. Lamenta recordar que el bebé no sobrevivió, pero rescata todo el trabajo realizado para tratar de darle todas las facilidades, cómo se organizaron con la comunidad. Refiere que, para transportarla, fabricaron una especie de camilla con palos.

Otra experiencia que rememora de su SERUMS, fue la campaña contra la anemia, en la que pudo conversar con el alcalde y exponerle la situación de niños de 2 años con anemia. Pudo involucrar al presidente de la comunidad, también a la policía en algunas estrategias, además de trabajar con otras instituciones. Estas acciones le permitieron contar con cierta autonomía de manejo de la salud y la vida comunitaria de esa localidad.

No obstante, a pesar de resaltar la relevancia del SERUMS, expresó que se ha opuesto a que sea obligatorio, pues piensa que:

“... debería más bien ser un incentivo para poder tener becas, una vez que lo terminas. Al egresar, ganas lo básico que son 3500 soles. En el SERUMS, si el jefe ve que has trabajado bien, quiere que te quedes, pero te ofrecen 1800 soles. Debería haber una mejora del salario, te lo bajan a menos o a menos de la mitad, eso no es un incentivo, ni siquiera te dan beneficios de beca, o de poder estudiar afuera, más los puntos que suma el SERUMS. Falta una política de retención de recursos humanos en el primer nivel, para que se queden ahí y no se vayan al hospital” (Entrevista a José Víctor Vélez, 14 de diciembre del 2020).

Eso le pasó a él, pues si bien le encantó la experiencia, tuvo que regresar a Lima por temas personales, pues ganaba 2500 soles, pero no tenía gastos de pasaje, ni de alimentación. Por ende, critica que no hay una política que incentive a la persona a mantenerse en el área de atención primaria, lo que significa que el Estado se preocupa poco de la atención primaria de la salud.

Por su parte, la enfermera Silvia Angulo también tiene recuerdos gratos de su SERUMS, realizado en 1999. Fue designada a un puesto de salud en la comunidad

de Victoria (Loreto), siendo la única profesional de salud de la zona, y ahí tuvo que volcar todo el aprendizaje y la poca experiencia que tenía como estudiante.

Por otro lado, recuerda que la “geografía dispersa era dificultosa para ir de comunidad en comunidad a vacunar a los niños. La enfermera es partera, médico de todo, le toca solucionar los problemas de salud de la población. Te van conociendo en el pueblo y reconociendo la labor”. Sintió una gran satisfacción de haber compartido en la comunidad y pueblos aledaños, llevando vacunación y las medidas de prevención, necesarias contra la malaria, ayudando con los pocos recursos con los que contaba. Silvia mencionó que en la zona no existía tecnología que ayudara a solucionar los problemas que se presentaban, por lo que los debía solucionar con lo que tenía a su alcance. Por ello, bajaba la temperatura con un buen paño frío, interrogaba al paciente para identificar el malestar o la enfermedad.

Silvia reconoció la gran ayuda de las autoridades de la comunidad para poder relacionarse y establecer un “puente” con las demás personas que la conformaban. Pues, está de acuerdo con que la comunidad debe ser partícipe de las acciones que van a realizar, y así debía trabajar mano a mano con las autoridades, que son los portavoces, respetando sus creencias: “Pueblo acogedor, rica experiencia con la población. Fue además una forma de que la comunidad se integre, pelear con la idiosincrasia, las creencias, y adaptarse a las costumbres ancestrales que tienen.” (Entrevista a Silvia Angulo, 15 de diciembre del 2020).

6.2.1. Aprendizaje y experiencia: posibilidades y limitaciones

Las respuestas al cuestionario indican que la etapa del SERUMS supone un aprendizaje sui generis en varios terrenos cruciales, a veces de temas ausentes aparentemente en la formación universitaria. Se subraya el aprendizaje en la atención de partos domiciliarios y adquisición de un alto sentido de responsabilidad.

LAS RESPUESTAS AL CUESTIONARIO INDICAN QUE LA ETAPA DEL SERUMS SUPONE UN APRENDIZAJE SUI GENERIS EN VARIOS TERRENOS CRUCIALES; A VECES DE TEMAS AUSENTES APARENTES EN LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA.

Desde cierta perspectiva se lamenta la ausencia de un panorama profesional en el primer nivel de atención. Las enfermeras saben que quedarse en ese “nivel” es condenarse a un sueldo miserable y lidiar todo el tiempo con serias limitaciones de todo tipo. Esto genera, entre otras cosas, una alta rotación, lo que trae muy negativas consecuencias. Lo aprendido ahí no les sirve como debiera en la atención hospitalaria, son conocimientos cuya aplicación en otros ámbitos es sin duda restringida. Son aves de paso, y su aporte, aunque grande en el momento, es muy puntual y temporal, lo que no ayuda a consolidar y articular del todo las políticas de promoción y prevención.

En ese sentido, una entrevistada menciona “Confieso que me gustaría trabajar en el primer nivel de atención, pero, así como todos o la mayoría me incline más hacia el hospital, porque percibo un buen sueldo. Trabajo en el Hospital Rebagliati, en emergencia. Creo que no podría mantenerme, si trabajara en un centro de salud. Aún sueño con que el Perú tenga un primer nivel de atención A1, fortalecido, ¡donde las pioneras seamos las enfermeras! Esa idea la tengo desde que me formé en San Marcos, mi alma mater. Ya han pasado más de 20 años y aún sigue todo igual, todos los que están en los puestos y cargos decisivos saben que hacer (...). Nos lo han repetido en las aulas de pregrado hasta el cansancio (...) pero no lo hacen, por falta de voluntad política, por falta de una preocupación sincera por la salud del peruano que vive en la periferia, del que vive en lo más recóndito del Perú profundo. Importa más hacer hospitales fríos, grandes, donde llegan enfermos corroídos por enfermedades que se pudieron haber evitado, en su localidad, con la ayuda de un excelente primer nivel de atención ¡que no tenemos!” (Centro de Salud Villa María del Perpetuo Socorro, Lima).

AÚN SUEÑO CON QUE PERÚ TENGA UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A1 FORTALECIDO, DONDE LAS PIONERAS SEAMOS LAS ENFERMERAS.

Dentro del cuestionario autoaplicado, se delinea de manera clara el sentir de varias/os enfermeros por su paso por el SERUMS. Así, mencionan, por ejemplo, la importancia del despliegue territorial que tiene este servicio: “... apoyé en campañas de ESSALUD, en diferentes lugares del país, y me incliné por la actividad asistencial en sala de operaciones” (Tambo Grande, Piura). Y las altas exigencias a nivel personal “Mucho aprendizaje, formación y experiencia.

Cuando se acercaba la navidad me contaban que se enfrentaban dos pueblos a latigazos y había muchos heridos. Me quedé especialmente para realizar curaciones y sutura, pero en ese tiempo pusieron las luces en todo el pueblo y suspendieron este evento: el temor era que rompan las luces de los postes. El 25 de diciembre se desbarrancó un señor y tuvimos que realizar la necropsia, con el doctor aprendí. (Acobamba, Huancavelica).

El cuestionario autoaplicado devela una aprobación mayoritaria por parte de las/os encuestados. Recogemos algunos de los testimonios:

- “Sí, fue mi primera población a cargo”.
- “Fue muy gratificante y aprendí mucho, porque llevé la gran mayoría de las estrategias (Puesto de Salud llallahua - red, Azángaro, Puno).
- “Desarrollé habilidad y destrezas en el campo práctico”.
- Claro que fue relevante porque aprendí a tratar pacientes con dengue, malaria, leptospirosis, cosa que no había hecho en mis prácticas pre profesionales y demás cosas (Madre de Dios).
- Reafirmó mi vocación y profesión.
- Sí, se aprende mucho, muy distinto al de la atención hospitalaria.
- Lo realicé en un Puesto de Salud, allí aprendí a suturar, en un niño (Arequipa).
- Sí, fue relevante. Aprendí cosas que en la universidad no te enseñan. Una experiencia: atendí un parto sola. Un aprendizaje: manejo de vacunas. Un recuerdo: las sesiones demostrativas de alimentación saludable (Centro De Salud Moyan- Lambayeque).

6.2.2. Las/os enfermeras/os en SERUMS se instruyen y valoran los aspectos promocionales y preventivos. TBC CRED.

Un número importante de enfermeras aludió al valor del trabajo en el SERUMS para lo preventivo y promocional, como un componente básico de los servicios de salud pública. Esto, sin duda, se relaciona íntimamente con la forma en que estos componentes se insertan en la comunidad en la que trabajan. Sus comentarios, que se desprenden del cuestionario, nos muestran el amplio y sustancial arco de las líneas de la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Desafortunadamente maltratado por el MINSA.

- Sí. Muy importante en mi formación, ya que se aprende sobre todo la labor asistencial junto a la administrativa dentro del primer nivel de atención.
- El manejo de programas donde la enfermera es la que evalúa, diagnostica y (...) en la atención preventiva.
- Sí, aprendí mucho de la parte preventivo promocional, como vacunación, los programas de TBC, CRED, que me sirvieron para mi desarrollo profesional.
- Sí, me dieron el encargo de enfermera de la estrategia de TBC.
- Sí, aprende mucho en el ámbito preventivo y promocional.
- Muy buena, conocí más sobre los aspectos preventivo promocionales, del primer nivel de atención.
- Sí. Aprendí el trabajo de campo, los programas sanitarios, sobre población vulnerable y primeros auxilios.
- La ventaja es que permite conocer y actuar en lo que respecta a la atención primaria, en el que la enfermera juega un rol fundamental.
- Bastante relevante, pues me di cuenta del gran aporte que brindan las enfermeras en la promoción y prevención, que es un área muy especial e importante pero sin mayor apoyo ni gran acogida por el MINSA.
- Sí. Me ayudó a ver a la enfermera del primer nivel de atención, su gran importancia y el impacto social que genera en la prevención de enfermedades, desde el lavado de manos, la prevención de la TBC, la importancia de que cumplan el esquema de vacunación, que acudan a los controles de crecimiento y desarrollo (CRED) como lo llamamos en enfermería, la lucha contra la anemia desde el campo de enfermería, la cercanía que se tiene con la población, el apoyo emocional que podemos generar, derivar algún problema que podamos encontrar sea nutricional, psicológico, médico, social, obstétrico (en algunos casos cuando la madre acompaña a su hijo a CRED), (...) también pude visualizar que en algunas instituciones del primer nivel hay empoderamiento de la enfermería y en otras no, ahí se debe trabajar.
- Sí. Me permitió independizar las actividades y el desarrollo como enfermera, así como conocer la realidad de la situación actual de la salud, desde sus debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades, de forma independiente según la persona, el entorno, el sistema sanitario y el cuidador (IPRESS Pevas I-3).

- Aprendí todo lo relacionado al servicio público.
- Para mí fue lo máximo. Aprendí mucho sobre Salud Pública (...) es mi pasión (...) mi fuerte (...) aprendí manejo de programas nacionales.
- Sí es fundamental, me ayudó a consolidar todo lo aprendido y además explorar y perfeccionar lo preventivo promocional.
- Muy relevante porque me permitió fortalecer mi habilidad para promoción de la salud.
- Sí, muy relevante, tuve la oportunidad de manejar todos los programas preventivo promocionales en especial TBC (Túpac Amaru, Pisco, Ica).
- Sí. En zonas rurales la promoción y prevención es lo más importante, se aprende de todo un poco y ves la realidad de la población. Y con el poco material que te brindan tienes que hacer maravillas. Se necesita mucho ingenio (Sama Inclán - Tacna).
- Sí. Ayudar a la gente de todas las edades, con la promoción y prevención de la salud que es fundamental. También actividades de consejería espiritual (Centro de Salud Miraflores).

6.2.3. Conocimientos y experiencia en gestión de la salud en el primer nivel de atención

En el desarrollo de sus SERUMS, las/os enfermeras aprendieron el manejo administrativo del primer nivel de atención de la salud de los/as peruanos/as. Este aprendizaje fue un elemento básico de su desenvolvimiento profesional posterior. Presentamos algunas afirmaciones del cuestionario autoaplicado.

- Sí, fortaleció las competencias sobre el manejo del primer nivel de atención, así como aptitudes sobre gerencia (La Libertad).
- Pienso que el SERUMS es una etapa excelente para enseñar todo como profesión desde lo asistencial, administrativo, gerencial y educacional.
- Sí. Fue la base y apertura para desempeñarme hasta la actualidad. Aprendí a manejar todo el sistema administrativo y de gestión de un centro de salud, en el primer nivel de atención.
- Muy importante. Al ser la única enfermera en la posta, aprendí desde elaborar programaciones, ejecución de cada programa, evaluación de los

misimos y gestión en enfermería. Todo ello me sirvió de base para mi ejercicio profesional futuro. Valoro mucho esa experiencia (Salaverry -Trujillo).

- Realizar la gestión de enfermería, y atención primaria en una población numerosa, con brecha de recurso humano (Centro de Salud distrital de Acolla, Jauja-Junín).
- Si, tengo muchas experiencias, pero lo resumiría en gestión y solución de problemas.

EN EL DESARROLLO DE SUS SERUMS, LAS/OS ENFERMEROS APRENDIERON EL MANEJO ADMINISTRATIVO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE LOS/AS PERUANO/AS. ESTE APRENDIZAJE FUE UN ELEMENTO BÁSICO DE SU DESENVOLVIMIENTO PROFESIONAL POSTERIOR.

6.2.4. Lo comunitario

Otro aspecto que el cuestionario autoaplicado reitera es el aprendizaje del trabajo comunitario, lo que implica la comunicación necesaria para comprender sus objetivos comunes y el requerimiento de contar con las voluntades de diversos sectores de la población. Al mismo tiempo, esta colaboración les dio un importante margen de autonomía ante la ausencia del Estado, al igual que a ciertas organizaciones locales. Algunos mensajes son:

- Claro que sí. Desarrollo de habilidades y destrezas en el trabajo comunitario. Fui la gestora del servicio de enfermería.
- Es de mucho aprendizaje con la comunidad
- Sí, aprendí a trabajar con gente de la comunidad.
- Sí (...) Llegar a los altos de Frías (...) con un frio que te congelaba hasta los huesos. (...) Llegar a una reunión de ronderos y aprender que a ellos no los detiene nada cuando deciden que deben hacerlo.
- Sí. La participación comunitaria es esencial en la mejora continua de la salud pública en cualquier lugar (Madre de Dios).
- Sí fue relevante, trabajé en comunidad y tuve que tomar decisiones en base a la necesidad de las personas y a trabajar en equipo. A pesar de estar muy

cerca a Lima el lugar donde me tocó trabajar en esa época, era complicadísimo movilizarse (valía toda movilidad) y con la ayuda de las personas logramos cumplir los objetivos programados. Gratos recuerdos (Cañete).

- Sí, mucha cercanía con la población y la sociedad civil organizada (Coishco, Santa-Ancash).
- Trabajo comunitario, atención de parto, suturas, atención inmediata del RN crítico.
- Sí. El contacto directo con las comunidades (Azángaro).
- Tuve oportunidad para planificar y ejecutar muchas estrategias e intervenciones en época del cólera y formación de promotores de la comunidad.
- -Con mis actores sociales, que fueron muy colaboradores con las actividades expuestas en el establecimiento.
- Sí fue relevante fortaleciendo la parte comunitaria
- Es posible hacer seguimiento en territorio.
- -Sí es relevante. Realizar informes de los programas resultaba todo un reto y el acercamiento a la población, una experiencia única.

6.2.5. Trabajo en equipo

La ausencia de otros profesionales de la salud en los puestos de salud coloca a las serumistas en una posición de liderazgo y gestión de la salud remarcable. Al mismo tiempo, en otros casos se valora mucho el trabajo en equipo, así como el entrenamiento en salud profesional:

- Sí, porque aprendí a trabajar en equipo y solucionar problemas que acontecían.

También llama la atención el aprendizaje relativo a las vacunas, lo que sin duda resulta clave en un momento como el que atravesamos hoy.

LA AUSENCIA DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS
PUESTOS DE SALUD COLOCA A LAS SERUMISTAS EN UNA POSICIÓN
DE LIDERAZGO Y GESTIÓN DE LA SALUD REMARCABLE.

6.2.6. Cuando se aprende de los médicos

En algunas ocasiones las/os enfermeras/os pueden aprender de los médicos. Aunque en otros casos, como se ve más adelante, las actitudes de estos no son las más propicias para el trabajo en general y el aprendizaje en particular.

- Aprendí mucho de las labores del médico obstetra, etc.
- No podía poner el catéter periférico a la primera oportunidad algunas veces, pero tenía el apoyo y la confianza de mis superiores. Así entendí el valor del trabajo en equipo.
- Sí, muy relevante. Aprendizaje: estar a cargo de todos los programas en promoción de la salud; inmunizaciones. CRED, atención en tópico, control de gestantes, etc. Aprendí junto con el médico SERUMS mucho.
- Llegué de frente a sala de operaciones a dar anestesia E.V. El cirujano indicaba (Hospital Tito Villar Cabeza-Bambamarca, Piura).

También el SERUMS puede ser un espacio donde se recibe una capacitación por parte del Estado:

- El Estado se preocupaba mucho por mantenernos capacitados. Con regularidad había cursos de capacitación (Centro de Salud Año Nuevo - Lima).

6.2.7. Aplicación de conocimientos

El SERUMS es percibido, entre otras cosas, como una forma de aplicación de conocimientos. La siguiente descripción remite a ese punto y se acerca a lo que serían las mejores condiciones para realizar este importante servicio. La presentamos al inicio de este acápite, pero sin duda es excepcional. Entre las respuestas no hemos encontrado ninguna que se le parezca. Y las breves que la siguen van en una línea parecida.

- Muy importante para iniciar la aplicación de los conocimientos científicos en la práctica diaria del quehacer de enfermería. Como SERUMS tenemos la oportunidad de ser parte de procesos de inducción al trabajo y nos van dando responsabilidades con apoyo y supervisión permanente. Esa fue mi experiencia y me sentí totalmente cómoda y segura dentro de mi trabajo. Creo que tuve suerte de encontrarme con colegas muy asequibles e identificadas con la profesión, que me apoyaron y enseñaron mucho a enfrentar con asertividad los retos en enfermería.

- Es aplicar todo lo aprendido en la universidad.
- Fue una bonita experiencia y todos los conocimientos adquiridos durante mi formación profesional los aplique con conocimientos científicos.

Resumiendo, es importante subrayar la relevancia de un lugar organizado y el hecho de encontrar actitudes positivas y disposición de las personas que trabajan ahí de forma permanente. Esto no parece haber sido la experiencia de la mayoría. Nos encontramos, a diferencia del caso anterior, con respuestas afirmativas, pero muy cortas; lo que hace pensar que la huella del SERUMS no es tan marcada:

- Sí. Conocimiento y práctica (Fuerza Aérea)
- Se fortalecieron mis competencias profesionales (Posta médica ESSALUD Huanzala, Bolognesi, Huallanca, Ancash).
- Sí. Es el inicio de la práctica laboral.
- Sí, es una bonita forma de ganar experiencia, en la que uno plasma de manera directa el trato con los pacientes y es muy distinto a la parte teórica.

Estas afirmaciones podrían indicar que, en algunos serumistas, las marcas de su aprendizaje en esa época tienen el efecto de identificar el abandono del Estado y la autonomía y agencia de las organizaciones locales frente a las grandes carencias que afrontan en su salud cotidiana. Estas experiencias pueden guiar sus actitudes y prácticas en su vida profesional posterior, al ayudar a no ignorar la salud de los/as peruanos/as de pocos recursos. De otro lado, algunas/os serumistas combinaron la aplicación de lo aprendido en su formación con un aprendizaje de lo local:

- Sí, aprendí mucho de la gente de la zona y a aplicar lo aprendido (Jequetepeque).
- El SERUMS es importante porque nos da la oportunidad de dar todo aquello que aprendimos y mejorar lo que sabemos.
- Sí porque te enfrentas a ti misma como profesional de la Salud. (Chongos Alto - Huancayo, Junín).
- Sí, por supuesto, fue volcar la teoría en la práctica, una realidad diferente, es allí donde realmente despliegas toda la gama de conocimientos adquiridos

y te formas y fortaleces profesional y personalmente (Puesto de Salud Toran, Corire, Arequipa).

6.2.8. Familias y las mujeres

El SERUMS permite a las enfermeras interactuar e intercambiar con las familias, los niños, las madres, las autoridades locales y la población en general. Esto sin duda revela la complejidad de su trabajo y lo esenciales que son estas en el desarrollo del sistema nacional de salud.

EL SERUMS PERMITE A LAS ENFERMERAS INTERACTUAR E INTERCAMBIAR CON LAS FAMILIAS, LOS NIÑOS, LAS MADRES, LAS AUTORIDADES LOCALES Y LA POBLACIÓN EN GENERAL. ESTO SIN DUDA REVELA LA COMPLEJIDAD DE SU TRABAJO Y LO ESENCIALES QUE SON ESTAS EN EL DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Este es un tema clave: entrar en el mundo de las familias. La fluidez de la interacción con los grupos familiares supone ponerse en el lugar de las personas afectadas por alguna dolencia. Actitudes como esta al tiempo que fortalecían y cohesionaban a la comunidad, enriquecían la visión del mundo de las serumistas. Encontramos alusiones a la atención de madres solas, madres solteras, que no buscaron embarazarse, como tantas en nuestro país, y es con ellas con las que se relacionaron principalmente. Ello no fue solo por parte de las serumistas, sino que es frecuente en trabajos de otras enfermeras que han sido destacadas en comunidades amazónicas.

Aquí vale la pena reflexionar sobre la percepción de las mujeres solo como madres, pues así es como son identificadas en la mayor parte de los casos. Como que las mujeres aparecen en el radio de acción e intervención de las/os enfermeras/os únicamente como parte del mundo familiar, no como ciudadanas propiamente. Esto toma mayor relevancia en la medida en que nuestro país presenta alta incidencia de hogares jefaturados por mujeres, -cerca del 35 %- y de deserción paterna. Entonces, las mujeres reducidas a madres tendrían sus contornos ciudadanos recortados, lo que agravaría sus condiciones económicas, sociales y políticas. Cabe preguntarse cómo la presencia del sistema nacional de salud, a través de las enfermeras, puede intervenir en la modificación de esa percepción que perjudica a las mujeres en general, y a la

larga, a las/os enfermeras/os indirectamente. Adjudicarles a las mujeres una naturaleza femenina y maternal como única fuente de significado, termina enarbolando supuestas virtudes femeninas, como el sacrificio y la abnegación, que hace que las autoridades políticas se apoyen en eso para no reconocer, entre otras cosas, salarios justos y acordes a la importancia de las enfermeras en el funcionamiento del Estado y en la salud de los/as peruanos/as. Recogemos algunas reflexiones del cuestionario:

- El SERUMS es un buen recuerdo. Las sesiones demostrativas con las madres de familia en la preparación de alimentos o las actividades comunitarias con el teniente gobernador de la zona (Cutervo, Cajamarca).
- El trabajo con las madres de familia (Bajo Piura).
- Sí. La atención prenatal de la gestante y la atención de parto era algo que no me gustaba, pero sin embargo era la actividad que más me tocaba, sobre todo emergencias obstétricas (...) Salvar la vida de una gestante, y de un recién nacido, ante las miradas atónitas de sus familiares y conocidos (Caserío La Loma, Huarmaca, Huancabamba, Piura).

Por otro lado, el trabajo con la población infantil y las familias -cuidado integral- también ocupa un lugar importante en el SERUMS:

- Sí. Me gustó mucho trabajar en el área niño (Bajo Piura).
- Comunicación directa con la familia (Huancan, Huancayo, Junín).
- Muy importante como experiencia profesional. Estudié un diplomado en estimulación temprana y lo apliqué con los niños en mi SERUMS, hubo una muy buena aceptación en las madres (Puente Piedra, Lima).
- En el SERUMS era responsable como un profesional brindaba atención integral comunitaria y me motivó a investigar el observar a muchos niños que no tenían estímulo en su desarrollo, y muchas madres solteras con hijos. Y elaboré propuesta y proyecto que presenté al Colegio de Enfermeros y a la Municipalidad de Moquegua, para generar trabajo para muchos profesionales de enfermería en el entorno social (Moquegua).
- Fue la mejor experiencia. La atención de lactantes y niños por neumonía durante el invierno porque los padres quechua hablantes no accedían a ser referidos a Ferreñafe (sobre todo colocar las vías periféricas y hacer que

los padres acepten el tratamiento) (Centro de Salud Inkawasi, Ferreñafe, Lambayeque).

- Sí, el contacto con personas niños, familias necesitadas de atención integral de salud es el mejor aprendizaje (Pichanaki, Chanchamayo-Junín).

6.2.9. Atención al parto. Entre serpientes y episiotomías

En el Perú la mortalidad materna es un problema de salud pública grave, aunque en los últimos años muestra señales de reducción¹². Varios son los factores que la explican; uno de ellos es lo poco acogidas que las mujeres embarazadas sienten por el sistema de salud en general. Esta y otras razones hacen que las mujeres no quieran asistir a la posta, ni someterse al examen ginecológico. Para muchas es imposible llegar a un lugar del sistema, a un centro de salud para dar a luz. La incidencia del parto domiciliario todavía es un hecho que atender en el Perú. Así, varios factores confluyen para que la atención a las mujeres de parto sea parte sustantiva del despliegue de las actividades de los puestos de salud. Hospitales alejados, mujeres y familias ajenas a la lógica sanitaria occidental y urbana, y recelosas ante sus métodos y técnicas, son factores a tomar en cuenta. Y no siempre hay obstetras en los puestos de salud. Compartimos algunas reflexiones:

ASÍ, VARIOS FACTORES CONFLUYEN EN QUE LA ATENCIÓN A LAS MUJERES DE PARTO SEA PARTE SUSTANTIVA DEL DESPLIEGUE DE LAS ACTIVIDADES DE LOS PUESTOS DE SALUD; Y, POR LO TANTO, DE LAS ENFERMERAS.

Recuerdo haber atendido partos en domicilio y me volví experta en maniobras de Leopold... episiotomía y atención del recién nacido. También atendí picaduras de serpientes (Masisea, Ucayali).

- Me permitió fortalecer mis conocimientos, atención en consultorio de medicina y atención de partos, más en las noches que de día (Puesto de Salud Animon, Cerro de Pasco, Seguro Social).

¹² "La mortalidad materna se redujo en un 72,9% entre los años 1990-2015, pasando de 265 a 68 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, pero a pesar de esta significativa reducción, no se logró la tasa esperada que era de 66,3 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos y tampoco se logró brindar atención institucional del parto, teniendo un déficit de hasta 2,3% en zonas urbanas y del 25,0% en zonas rurales" (Mendoza-Chuctaya, G. et al, 2018).

- Sí, recuerdo que una noche estuvimos descansando y llegó una paciente en trabajo de parto primeriza. Nosotras acomodamos nuestro tópico con los equipos necesarios, y empezamos a atenderla llamando al auxiliar encargado del centro de salud. Estuvimos con ella de 2 a.m. hasta las 6 a.m., atendiendo el parto y luego al recién nacido (Acomayo, Cusco).
- Atención de parto y recién nacido en el camino (Diresa, Puesto de Salud Huanacaure, Huánuco).
- Sí, en el área materna, atención de partos en la sierra. (Compín, Gran Chimú, La Libertad).
- Son tantas experiencias vividas, con emergencias recorridas en caminos de trocha, cerca al abismo, atención al recién nacido en chozas y cuevas alejadas sin luz, etc. (Ichuña, Moquegua).
- Sí, la atención de una gestante con placenta increta, por lo que tuve que movilizar a la PNP para su traslado a Iquitos. Supe después que falleció por síndrome del ovario poliquístico SOP. (Nauta, Iquitos).

6.2.10. Las visitas domiciliarias

Las visitas domiciliarias constituyen una de las formas en que el Estado legitima su función pública en el cuidado de la salud en múltiples sentidos. Y esto va más allá de la salud en sentido estricto. Al entrar a la casa el Estado tiene la potencialidad de estar presente y de influir con esa presencia en la pacificación doméstica y en la regulación de las desigualdades, y atenuarlas. Por eso la presencia de las enfermeras a través de las visitas domiciliarias son cruciales para organizar la vida social, son un componente clave de la autorización del Estado y de las instituciones públicas en general. A continuación, testimonios de serumistas:

- Sí, muy importante. Aprendí a realizar visitas domiciliarias en campo a pacientes con tuberculosis (Chincha).
- Atención de partos y visitas domiciliarias de seguimiento TBC (Callao).
- Sí. Me gustaban las visitas domiciliarias y educación para la salud (Puesto de Salud, La Tomilla, Cayma, Arequipa).
- Sí, hacíamos visita domiciliaria, promoción de salud (Hualhuas, Huancayo, Junín).

- Las visitas domiciliarias donde se evidencian las condiciones en que viven los niños y adultos mayores (Ica).
- En tiempo de lluvia se tenía que pasar en bote el río Mantaro, llegar al establecimiento de Salud, se realizaban visitas domiciliarias para brindar cuidado Integral (Puesto de Salud Huamancaca Chico, Chupaca, Junín).
- Sí, el establecimiento funcionaba solo con personal técnico de enfermería. La zona en ese tiempo era considerada zona roja, y existía mucha delincuencia y drogadicción. Al realizar las visitas domiciliarias lo hacía sola. Había muchos niños desnutridos. A pesar de esto la gente era colaboradora (Centro de Salud Año Nuevo, Comas, Lima).
- Totalmente relevante, me encargué del programa de TBC, trabajé con actores sociales, me involucré mucho en el trabajo de campo. Teníamos pacientes de TBC con recaídas, los buscábamos en sus casas como si fuéramos investigadores privados, los padres nos ayudaban. Recuerdo aún a muchos de mis pacientes, algunos murieron víctimas de este círculo de pobreza y escasez de oportunidades, otros mejoraron. Son los recuerdos más valiosos que llevo en mi corazón (Centro de Salud Villa María del Perpetuo Socorro, Cercado, Lima).
- Sí, en mi caso me tocó realizar el SERUMS en un puesto de salud I-1 y tuve que ser la gerente, la enfermera, la obstetra y toda función extra según la situación se presentará en el lugar. Aprendí mucho en cuanto a la carrera misma, a las relaciones interpersonales, a moldear mi carácter (Puesto de Salud, Provincia de Alto Amazonas, Loreto).

LA PRESENCIA DE LAS ENFERMERAS A TRAVÉS DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS SON CRUCIALES PARA ORGANIZAR LA VIDA SOCIAL; SON UN COMPONENTE CLAVE DE LA AUTORIZACIÓN DEL ESTADO Y DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS EN GENERAL.

6.2.11. Sensibilidad y apertura ante los saberes locales

[...] al estar en un establecimiento de salud con poco personal, tuve que realizar funciones de todas las áreas, incluyendo realizar partos verticales, al menos uno por semana (Uchuraccay, Ayacucho).

Ser serumista es sinónimo de estrecho contacto e interacción con la comunidad y sus miembros, con la familia, con cada individuo. La observación de sus costumbres, de sus reacciones y despliegue de recursos ante las adversidades y entenderlas, es de por sí una parte de la terapéutica. El conocimiento de las condiciones de vida, costumbres y valores culturales de las poblaciones a cargo de los puestos de salud, de sus carencias, influyen definitivamente en las posibilidades de prevenir y promover la salud entre las diversas comunidades. Incluso debemos decir que es una condición para una buena intervención en su bienestar. Las/os enfermeras/os lo descubren gracias a su propia experiencia. Como señalan Chávez Álvarez, Angelo y Hoga (2012) "Conocer las condiciones socio-económicas, necesidades y carencias, creencias y valores culturales y otros aspectos de una población determinada, contribuyen con el compromiso y mejor desempeño de los profesionales de salud con sus clientes" (p.39). Por eso es indispensable que en su formación se incluyan cursos relativos a la interculturalidad, desde una perspectiva antropológica. Además, anima saber que existe, a estas alturas, una producción bibliográfica relativa a la salud y comunidades nativas que es fundamental sea parte de la visión terapéutica de las enfermeras. Esto sería sin duda un ingrediente que allanaría el camino hacia su empoderamiento.

Pero es importante ser conscientes de que las actitudes paternalistas en las instancias públicas tienden a estar al acecho. Por eso, una crítica a las jerarquías tradicionales tendría que ser parte de la cultura del cuidado.

Sin duda, en el servicio rural y en zonas urbanas empobrecidas, la actitud de las enfermeras tiene un reto adicional, dada la diversidad cultural existente en el Perú. Estas se desenvuelven en comunidades con recursos culturales propios y muchas veces diferenciados, y hasta antagónicos, respecto a la medicina occidental y oficial. Y deben asumir el reto de la comunicación y el intercambio con personas cuyos saberes con respecto a la enfermedad y la salud pueden y necesitan ser considerados, para conseguir resultados deseados por el servicio, y que satisfagan las expectativas de los miembros de las comunidades en cuestión.

Así, las/os enfermeras/os intentan reconsiderar sus propias concepciones para dejar de ser realizadores de tareas y devenir en colaboradoras/es, reconsiderando sus propias decisiones y haciendo un intento por comprender y respetar sus creencias, costumbres y prácticas. Para ello era necesario involucrarse en el cuidado como "colaborador/a". Se consigue así un cuidado humanizado y empático con los grupos y los individuos de la comunidad.

En sus experiencias de campo, las/os enfermeras/os son potenciales productoras/es de saberes, de ahí la necesidad de recoger los productos de estas. En la interacción con los miembros de las comunidades donde se desempeñan son también transmisoras/es de conocimientos, en su papel protagónico en las comunidades rurales amazónicas y andinas. Es muy importante identificar los modos en que este acompañamiento, que también tiene protagonismo, puede y debe convertirse en un patrimonio profesional que las/os enriquezca y las/os haga fuertes y autorizadas/os en el espacio público. También una transmisión de aprendizajes dentro de la comunidad de enfermería misma. Por ello, creemos que sería muy útil promover las condiciones para una red de enfermeras del primer nivel de atención.

No menos importante es el hecho de que estas intervenciones también tienen la capacidad de orientar al Estado hacia un formato honestamente inclusivo y multicultural que ha estado postergado desde la fundación del régimen republicano.

En su interacción con las comunidades y sus diversas concepciones sobre la salud, el cuerpo y la enfermedad, las/os serumistas articulan instancias y espacios que las configuran. Estos pueden ayudar a superar trabas burocráticas y de comprensión mutua. Son importantes las reuniones comunitarias, las que pueden desarrollarse en las escuelas. La/el profesional de enfermería no puede prescindir de la acogida de la comunidad. Y eso a veces es algo que se aprende sobre el terreno.

Así también, el auto-conocimiento del profesional de salud, el conocerse a sí mismo, posibilita ser consciente de las propias limitaciones y fragilidades, lo que permite descubrir y utilizar de mejor forma las propias potencialidades y para un cuidado humanizado de las personas más susceptibles (Chávez Álvarez, Angelo y Hoga, 2012). Esto pasa también por la autocrítica que ayuda a poner en cuestión las actitudes verticales que a la larga sesgan la interpretación/diagnóstico y las observaciones que acercan a la cura. Las sucintas respuestas al cuestionario que se presentan a continuación no dejan de mostrar respeto, apertura, empatía y curiosidad; esto último es muy importante.

Algo fascinante y alentador es notar cómo el trabajo con las poblaciones en general e indígenas en particular fortalece habilidades e incrementa el saber de las/os serumistas. El reconocimiento de las vulnerabilidades propias y de los pobladores, dadas sus carencias económicas, allana la ruta hacia una docencia terapéutica.

Las/os serumistas apelan a los recursos locales/tradicionales, personales, físicos y culturales. El “acoplarse” produce resultados muy gratificantes entre ellos; la confluencia de saberes conduce a resultados satisfactorios. Con la valoración de lo diverso se rompe con los sentimientos de superioridad que la formación académica tiende a incubar, y que sin duda es un tremendo obstáculo para el encuentro con las comunidades y sus miembros. Un hecho que tampoco deja de sorprender positivamente es el “sentirse parte”: el sentido de pertenencia es algo que incluso puede acompañar a los profesionales a lo largo de su vida. La sensibilidad tiene que ver también con un proceso de identificación con las carencias.

LAS/OS SERUMISTAS APELAN A LOS RECURSOS LOCALES/
TRADICIONALES, PERSONALES, FÍSICOS Y CULTURALES. EL
“ACOPLARSE” PRODUCE RESULTADOS MUY GRATIFICANTES ENTRE
ELLOS; LA CONFLUENCIA DE SABERES CONDUCE A RESULTADOS
SATISFACTORIOS.

6.2.12. Saberes locales

En el desarrollo de la conexión y el aprendizaje de las/os serumistas en las localidades a las/os que son asignadas/os, reciben diversa información y conocimientos que, en algunos casos, las/os enfermeras/os podrán aplicarlos en su vida profesional posterior, como nos indican los siguientes testimonios:

- Por supuesto, la elaboración de charqui de sangrecita para combatir la anemia. En la actualidad veo temas muy relacionados a la salud intercultural en pueblos indígenas. He aprendido y sigo aprendiendo el impacto de la medicina tradicional y los saberes ancestrales de nuestros hermanos (Apurímac).
- Muy relevante, me puso en contacto estrecho con la población vulnerable de los pueblos ashaninkas del río Ucayali (...). Entendí el saber popular, el sistema de creencias sobre la salud y básicamente conocí los condicionantes sociales (...). Zonas de pobreza extrema, en donde nadie llega (...). Solamente nosotras las enfermeras (Atalaya, Ucayali).
- Efectivamente muy relevante ya que empecé con el trabajo preventivo promocional. Conocí la verdadera vida de las comunidades y la falta de profesionales de la salud para la atención de la población (Centro de Salud de Ambo, Huánuco).

- Sí. Enseñar a la comunidad como usar mejor sus recursos naturales muy limitados es gratificante (que el repollo, los rabanitos y otros alimentos también son parte de la dieta) (Caserío La Loma, Huarmaca).
- Fue la etapa más de enriquecedora de mi carrera luego del internado, convivir en una cultura distinta a tu forma de vivir habitual, conocer nuevas personas y sobre todo ayudar a que la comunidad cambie su forma de ver la cultura de salud, fue para mí el principal reto que logré superar en el SERUMS (Puesto de Salud Camacho).

EN EL DESARROLLO DE LA CONEXIÓN Y EL APRENDIZAJE DE LAS/OS SERUMISTAS EN LAS LOCALIDADES A LAS/OS QUE SON ASIGNADOS/OS, RECIBEN DIVERSA INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTOS QUE, EN ALGUNOS CASOS, LAS/OS ENFERMERAS/OS PODRÁN APLICARLOS EN SU VIDA PROFESIONAL POSTERIOR.

6.2.13. Identificación de y con carencias

En el transcurso de su experiencia en el SERUMS, las/os enfermeras/os colaboraron en diversas poblaciones con carencias de todo tipo y a diferentes niveles. Lo que implica su interacción con poblaciones pobres y/o étnicamente distintas de donde provenían. Añadimos algunas afirmaciones del cuestionario autoaplicado:

- Sí, me ayudó a fortalecer mis conocimientos y habilidades, trabaje con población indígena, con una cultura y creencias muy diferentes (Ipress I.2 Musa Karusha, Pastaza, Provincia del Datem del Marañón, Loreto en Perú.)
- Sí. Valorar más a las personas de pocos recursos, su fortaleza, constancia en superar las situaciones de vida (Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos, Lima)
- El apoyo y atención a las personas de bajos recursos económicos (Red de Carabaya, Puno).
- Poco acceso de la salud a los más vulnerables (Selva central, Pichanaki, Chanchamayo, Junín).
- Apoyo a las comunidades, sensibilidad social.

- En lo personal sí, debido a que al ser la primera oportunidad laboral me enseñó a tener responsabilidad y compromiso. Vivimos en carne propia la realidad de los lugares más alejados del país y vimos el déficit que hay y que prevalece en la salud de las personas (Ayacucho).
- Conocer más a la población y sus necesidades (Caleta San José Bodegonos, Lambayeque).
- Sí fue relevante... realizar campañas de atención integral en las zonas menos accesibles (Campo Verde) .

6.2.14. Empatía

La interacción de las/os serumistas con poblaciones distintas de su lugar o grupo de procedencia puede promover una mayor empatía, lo que se expresa en las siguientes afirmaciones:

- Si es muy relevante. La cercanía con la gente del campo o periferia y satisfacer sus necesidades es algo muy emocionante. Afiancé mucho el idioma quechua que te permite empatizar mucho con la gente (Huancarama, Apurímac).
- El haber podido ayudar a mucha gente, convivir con los nativos y sus creencias y vivencias, pero logré sentirme parte de ellos y logramos mejorar la salud de los niños, porque la desnutrición era bastante (Comunidad nativa Ullpayacu, Loreto).
- Durante el SERUMS, me vi completamente sola atendiendo un parto podálico expulsivo, domiciliario, y con todo el miedo del mundo me arriesgué a atenderlo. Gracias a Dios y la experiencia de personas nativas de la comunidad machiguenga, el bebé nació sano y la madre no se complicó. Nunca olvidaré esa experiencia (Camisea, Cusco).
- Contacto con la gente del campo y conocer sus costumbres y creencias y tratar de acoplarnos a ellas para que la atención sea lo mejor posible (Chaquilbamba distrito de Marcabal, Sánchez Carrión, La Libertad).
- Sí, trabajo organizado en equipo, disciplinario. Se trabajó con un grupo étnico al 100 por ciento, diferentes costumbres y creencias (Ipress Musa Karusha, distrito de Pastaza, provincia del Datem del Marañón, Loreto).

6.2.15. Otredad

La experiencia de las/os enfermeras/os en el SERUMS también implica la identificación de la otredad por su contacto con poblaciones distintas a aquellas de la que provienen: generalmente urbanas y clases medias ascendentes. Aunque pueden ser hijas/os o nietas/os de migrantes rurales o indígenas, su entorno acostumbrado tiene otras lógicas de funcionamiento de la vida social y de conocimiento que en las comunidades rurales, indígenas, o extranjeras. Aquí algunos testimonios:

- Atención extramural en las comunidades indígenas. (San Gabriel de Varadero, distrito de Balsapuerto, Alto Amazonas, Loreto).
- Sí, experiencia con comunidades nativas (Ucayali).
- Llegar a la población asháninka (Junín).
- Si adquirí la mejor experiencia, trabajar con extranjeros y comunidades nativas (Ucayali).

6.2.16. Instituciones y autoridades locales

La experiencia en el SERUMS revela la importancia de contar con el soporte de las redes sociales del entorno. Estudios demuestran que la participación en algunas actividades a invitación de las autoridades locales, como fiestas patronales, censos locales, celebraciones sociales intra y extra comunitarias, influyen positivamente en los efectos de la intervención sanitaria.

Las respuestas de las/os enfermeras/os que aparecen a continuación aluden también a las coordinaciones con otras instancias públicas de la zona donde se ubican los establecimientos de salud. Autoridades como gobernadores, municipios y maestros están en el radar del sistema de salud y del trabajo de las serumistas. Las escuelas, el sistema escolar y lo/as maestro/as son referencias valiosas para el quehacer de las enfermeras serumistas.

Estas coordinaciones sin duda fortalecen el tejido institucional y potencian la presencia de las instituciones lo que, a la larga, facilita el trabajo de las enfermeras y hace que este tenga mayor trascendencia e impacto. Las autoriza y las protege.

- Coordinación con Municipalidad de la Esperanza lucha contra la tuberculosis.

Coordinación con IRO para despistaje de glaucoma en adultos mayores (Hospital Jerusalén, La Esperanza, Trujillo, La Libertad).

- Atención de partos en domicilio y ambulancias sin importar horarios, referencias ginecológicas, trabajo conjunto con agentes comunitarios de salud (Centro de salud Inkawasi, Ferreñafe, Lambayeque).
- Ahí pude educar sobre lactancia materna, cuidados de niño sano, hábitos saludables, prevención y control de TBC, ir a los colegios a enseñar desde lavado de manos hasta educación sexual y prevención de ITS. Fue una excelente experiencia (Lima).
- Muchas charlas en los colegios (Chosica).
- Por supuesto, en esa época tenía metas que cumplir tanto en charlas a la comunidad, como otras cosas. Ahora nada, solo miran cuándo viajan y cuándo regresan. Antes se llamaba SESIGRA no es en todos los lugares, hay lugares donde las colegas ¡mis respetos! cruzan ríos etc. (Sánchez Carrión, La Libertad)
- (...) el coordinar con otros profesionales de la salud para beneficio del/la ciudadano (@), también coordinar con instituciones públicas, privadas para diversas campañas de salud (Portada de Manchay, Manchay, Pachacamac, Lima).

6.2.17. Hacer de todo / ser abanico: cuando eres la única enfermera en la posta

Un tema que aparece con frecuencia es que las enfermeras en sus SERUMS se encargan de un abanico de actividades. Esto se explica por las tremendas limitaciones del sistema de salud, y si bien esto es algo que las enfermeras aprecian y de lo cual se sienten orgullosas, es sin duda una experiencia dura y no siempre todo tiene buenos resultados. Se combina la atención a partos, emergencias, etc. Es también un intenso ejercicio de promoción y prevención. Las atenciones y el trabajo extramural se combinan con tareas relativas al registro estadístico, los informes y la gestión.

- Muchas veces era la única enfermera en el centro, responsable de los servicios en los turnos que laboraba (Centro de Salud San Juan de Miraflores, Lima).

- Sí. Fue una parte de mi experiencia profesional, en la cual aprendí a desarrollarme en todas las áreas. Cabe señalar que al ser una institución prestadora de servicios de salud - IPRESS I-1, solo contaba con personal de enfermería y técnico de enfermería, y ambos atendíamos partos, medicina general, emergencias, etc. Habiendo una distancia de seis horas para llegar al establecimiento más cercano y ocho horas para llegar al Hospital General de Jaén, pudimos evitar una muerte materna con diagnóstico de hemorragia, aperturando oportunamente las claves obstétricas (IPRESS I-1 Puesto de Salud Vira Vira - La Coipa- San Ignacio, Piura).
- En enfermería fue la aplicación de procedimientos no realizados en mi formación, (sonda vesical) colaboré con la estadística, contabilidad y farmacia. Colaboré con el proceso de necropsia (Cascas, Gran Chimú, La Libertad).
- Sí, en el puesto donde realicé mi SERUMS solo había enfermera y técnica, motivo por el cual pude realizar más actividades, como sutura, atención de partos, etc. (Santiago de Chuco, La Libertad).
- -Sí, aprendí a hacer necropsias, atenciones médicas, atención de partos, inspecciones sanitarias, etc. (Jaqui, Caraveli, Arequipa).
- Sí relevante. Atención directa en ambulancias, enfermos desde dolor de cabeza a politraumatizados (bomberos).
- Sí, estuve sola al frente de una posta; hice de todo, hasta autopsias (Amazonas).

6.2.18. Autorizarse, empoderamiento y puestos de autoridad

Un aspecto especialmente relevante es el valor que las enfermeras adjudican al ocupar puestos que las llevan a ejercer la autoridad. Es importante tener en cuenta esta valorización, tanto para efectos personales como para la definición que ellas mismas hacen o hagan de su actividad, de su identidad. Es cierto que muchas veces lo hacen desde la precariedad de los puestos de salud, no obstante este es un hecho crucial, que las autoriza y las lleva a apreciar sus conocimientos y su experiencia.

- Muy relevante, ocupe la jefatura de mi establecimiento que era un centro de salud (Acoria, Huancavelica).
- Por supuesto las acciones administrativas, las responsabilidades fortalecen nuestros conocimientos (Puno).

- En P.S (puesto de salud) solo había una profesional de enfermería, llegue yo y me hicieron hacer turnos sola, como profesional, y recuerdo que ese año 2001 fue el terremoto en el sur del país. Mi colega viajó y quedé prácticamente sola en el comando de mi servicio de enfermería (Moquegua, Cercado).
- Sí, relevante porque te obliga a resolver problemas de salud sola (Cascas, La Libertad)
- Sí, asumí la jefatura de mi puesto de salud (Puesto de salud Chiluyo, Tarata, Tacna).

Una de las mejores y más alentadoras señales de la práctica temprana e iniciática del SERUMS es el aprecio de la independencia, de la autonomía. Podría ser una condición para la creatividad y la innovación. Además, es un requisito para apreciar su propio trabajo y trascender el malestar propio de una relación de dependencia, con respecto a los que se consideran superiores, como es el caso de algunos médicos u obstetras.

UNA DE LAS MEJORES Y MÁS ALENTADORAS SEÑALES DE LA PRÁCTICA TEMPRANA E INICIÁTICA DEL SERUMS ES EL APRECIO DE LA INDEPENDENCIA, DE LA AUTONOMÍA. PODRÍA SER UNA CONDICIÓN PARA LA CREATIVIDAD Y LA INNOVACIÓN.

Una reflexión más detenida sobre este punto, que se recomienda, podría llenar de un nuevo contenido las relaciones entre las distintas instancias del sistema de salud. Es preciso tener en cuenta que el Perú dista de ser una sociedad igualitaria y todavía hay fuertes inclinaciones hacia el trato que inferioriza, y la organización social jerárquica. Estos rasgos, naturalmente, están presentes en el sistema nacional de salud. Lo que parecen advertir las opiniones de algunos colegas es que la práctica de la enfermería está expuesta a este tipo de comportamientos, que hacen daño a los procesos de atención en general, y a la gestión del sistema. Así, se crea malestar personal y al mismo tiempo obstaculiza buenas prácticas sanitarias. También, por supuesto, corta la iniciativa, la innovación y la creatividad.

Parece que en los aspectos preventivos y promocionales las/os serumistas aprecian -y necesitan- especialmente la autonomía, el espacio, la libertad para tomar decisiones.

- Es inaudito que habiendo pasado 10 años, la enfermería siga viéndose como la mano del médico y no como una profesión independiente. ¿Me pregunto por qué la diferenciación? ¿Qué ha hecho el Colegio de Enfermeros por empoderar mi carrera? ¿10 años aportando al CEP para que sigan desvalorizando a la enfermería? Cuando llegue a la posta, me mandaron a que todos los meses haga el mural, a que yo limpie ciertos ambientes, a que decore la institución. ¡En 10 años, la enfermería ha logrado eso! Es lógico que me negara rotundamente, y dispuse que al ser 5 los serumistas, se dividan entre los 5 cada mes, que cada quien limpie su área y que cada quien la decore. Inicié mi propio consultorio de terapia de rehabilitación pulmonar para pacientes post covid, en donde hago mis atenciones, además cree mi hoja de enfermería física para las historias. El sistema no lo puedo cambiar, por tanto no puedo subir producción como consultorio independiente, porque dependo de otras profesiones. Lo único que puedo hacer es subir todo como procedimientos. La enfermería está abandonada. (Sanidad policial de Ventanilla, Lima).

Entonces, ¿es importante atender a nuevas formas de autoridad que tengan que ver con la meritocracia y con una definición de funciones mejor articulada entre sí, para evitar, además, repeticiones y al mismo tiempo vacíos en la cobertura sanitaria?

- Es necesario. Hay un desarrollo profesional y contacto directo con el ciudadano, es el inicio de organizarse y planificar en función del diagnóstico situacional. Durante mi formación universitaria entendí que éramos dependientes del médico. En la actualidad, gracias a nuestra decana, tenemos otra mirada: somos independientes. Somos un equipo de salud. Nosotros hacíamos todo el trabajo y lo firmaba el médico. Actualmente todavía existen jefas que son subordinadas al médico y se resisten al cambio (Centro de salud Lima Este).
- Sí, te da más seguridad e independencia (Lunahuana, Cañete, Lima).
- Sí. Tener independencia en las actividades y coordinación con otras áreas para atención integral (Cañaris, Ferreñafe, Lambayeque).
- Sí, me dio la seguridad que aún me faltaba como profesional (Lima)
- Mi trabajo se hizo más independiente (Piura).
- Se desarrolla el liderazgo y la capacidad de autoaprendizaje (Ancash).

- Sí muy relevante, me dio experiencia (Ambo, Huánuco).
- Es relevante, tienes que tomar decisiones sola, mientras tu compañera sale al campo (Quincemil, Camanti, Quispicanchi, Cusco).
- Sí, porque fue mi primera experiencia profesional y las decisiones que tenía que tomar en forma autónoma en el ejercicio de mi profesión.
- Sí, es muy importante, logré independizarme y poner a mejorar mis conocimientos adquiridos (Puno).
- Buenísimo porque estar sola en la toma de decisiones te hace fuerte, e inclusive más por no haber médicos en una pequeña población. Ayuda en la planificación de actividades y a trabajar en comunidad con la población. (Huancavelica).
- Sí, es muy crucial, se adquiere experiencia, es como sellar la carrera. Tienes autonomía en el manejo de CRED e inmunizaciones.
- Sí. Aprendí a llevar a cargo varios programas sanitarios de forma independiente, aprendí a tener más sentido de responsabilidad y a enfrentar cada caso clínico de emergencia de la mejor manera.
- Fue interesante; atención preventivo promocional; y autonomía, tomar decisiones (Hospital III, IQUITOS, Rotación C.).

6.2.19. Iniciativas y logros

Pese a las innumerables limitaciones y debilidades del sistema sanitario, especialmente del primer nivel de atención, y de las críticas condiciones de salud de los pobladores de las áreas rurales de nuestro país, las/os serumistas consiguen logros que impresionan.

Además, en ese periodo ocurren en muchos casos transformaciones personales que serán parte de su vida en adelante; hay sin duda un descubrirse a sí misma. ¿Cómo registrar el descubrimiento personal? ¿Dónde va a parar ese evento de la vida de esa importante parte de las/os servidoras/es de salud? Se puede hacer algo para que forme parte de los contornos de la identidad del grupo. Quizá valga la pena promover su registro en revistas o en boletines creados especialmente para este propósito. Que registren las satisfacciones y los aportes de tan relevantes protagonistas. Cabe señalar que esta clase de acontecimientos están a lo largo de este intento de rescatar las voces de las/os serumistas, como se puede notar. Aquí solo figuran, concentrados, una parte.

- Sí, hacía de todo un poco, medicina simplificada, tuve que estudiar más internamente, y madurar como persona y profesionalmente (Puesto de salud Pachia, Tacna, Tacna).
- Fue una experiencia maravillosa porque me dio la oportunidad de crecer sobre todo como ser humano, ya que vi de cerca la inequidad de los servicios no solo de salud sino de todos los que tienen que ver con el desarrollo de las personas. Que existen pueblos enteros, y sobre todo niños, que nunca habían visto a otras personas, que nos tocaban y se corrían. Es decir, sentí de cerca tanta necesidad y tanta desigualdad, inclusive tuve la oportunidad de conocer a una enfermera austriaca y a dos ingenieros, uno de Austria y el otro de Italia, también cumpliendo un servicio social por dos años, habiendo una gran diferencia entre todas facilidades que a ellos les daban para cumplir esa misión, y las que a nosotras nos daban, pues nos enviaron durante ese tiempo con las mínimas condiciones, y encima el pago nos lo dieron a los tres meses. Gracias a Dios pudimos sobrevivir por nuestros padres. Todo ello me hizo grande como ser humano. (Chiquián, Ancash).
- Se organizó una visita guiada a la UNJBG para ver vocación profesional porque en la elaboración del plan de vida, ellos querían ser, en su mayoría, pescadores, o construir un barco. Se entendía que su techo a futuro no era muy prometedor y con el riesgo de repetir las mismas ocupaciones laborales que sus padres. Esto me llevó a realizar un viaje con los escolares y adolescentes a la capital del departamento, a la Universidad Nacional de Tacna, para visitar todas las facultades. Así fue y queda registro con niños muy interesados (...) en la facultad de pesquería, ingeniería, metalurgia, odontología, etc. Tengo evidencias de las actividades realizadas en el Programa de Salud del Escolar y Adolescente (Puesto de Salud Vila Vila, Tacna).
- Equipé e inicié el funcionamiento de una base del seguro, en ese entonces IPSS para los trabajadores de la SAIS Ramón Castilla en Tarma (Junín).
- Muy relevante, los serumistas de todas las especialidades, organizamos la primera feria de salud, fue un éxito (Centro de salud, La Perla Callao).
- Sí, organicé VAN porque la enfermera a cargo se fue de vacaciones. Lo organice sola, y salió super bien (Centro de Salud México, San Martín de Porras).
- Fue la mejor experiencia, la calidez, las aventuras que tuve que pasar, en realizar nuestras visitas o alguna emergencia en donde teníamos que

caminar para poder llegar (Distrito de Chojata, General Sánchez Cerro, Moquegua).

- Sí. Realizar trabajos en equipo y lograr objetivos. Ejemplo. ser puesto modelo (Cocharcas, Apurímac).
- Por primera vez una enfermera organizó todos los programas, en un lugar céntrico de la selva; sin agua potable, sin movilidad, viajando en carros que llevan madera... riesgo de animales salvajes (Mavila, Madre de Dios).
- Sí, en donde realicé el SERUMS no se realizaba la atención de CRED a los niños, pude implementar esa área (Puesto de salud PNP de la Unión).
- Claro me abrió muchas puertas y me enseñó demasiado, logré alcanzar todas las metas el año de mi SERUMS, en vacunas, controles CRED, daños no transmisibles (San Miguel, Patibamba, Ayacucho).
- Durante esa etapa implementé junto con mi jefa de puesto, una técnica de enfermería, un programa de erradicación de la anemia [que] consistía en reforzar las atenciones de crecimiento y desarrollo mediante visitas domiciliarias con temas netamente de alimentación saludable, preparación de alimentos ricos en hierro y consumo de suplementos de hierro para eliminar los casos de anemia en niños menores de 5 años, de tal forma que el niño que subiera más su hemoglobina en el mes, se hacía acreedor de una diploma de honor en nuestro mural y reconocimiento en la comunidad. Esta estrategia nos ayudó a reducir la enemiga en un 90 %, gran satisfacción que tuve. Y con ello logré incentivar no solo a madres de niños menores de 5 años, sino que logramos una excelente integración con toda la población. De ello se desprendieron programas de adultos mayores para cuidar su salud en todos los aspectos, además de realizar campañas de salud ambiental, entre otros. Me di cuenta que a veces no necesitas tener miles de recursos disponibles, solo se trata de elaborar la estrategia correcta. Nadie nos financiaba, nos organizamos con todo lo disponible en la comunidad y sobre todo fue fundamental la educación en salud. (...) Yo tuve la suerte de estar en un puesto I1 pero que tenía el acceso adecuado. Lamentablemente muchos colegas van a lugares remotos expuestos a muchos riesgos. Otra de las más grandes satisfacciones fue que logré, con mucha gestión, que renueven mi puesto de salud completamente. Incluso luego de irme. seguí apoyando a mi jefa para que nos den más personal, digo nos den porque hasta hoy me siento identificada con mi puesto de salud (Chusis, Sechura, Piura).

6.2.20. La precariedad del sistema y las desigualdades

El SERUMS permite a las/os enfermeras/os reconocer las desigualdades en el acceso de salud por parte de numerosos sectores de la población peruana. Al mismo tiempo, identifican la precariedad del sistema de salud pública: administrativo, recursos humanos, infraestructura, jerarquías, logística, etc.

- Muy importante, me mostró la realidad, la inequidad que sufren nuestros compatriotas, con un sistema de salud precario que poco o nada hace por ayudarlos (Pallasca, Ancash).
- Sí, por los escasos recursos para mí desempeño laboral, no había luz ni servicios eléctricos.
- Sí fue relevante en mi experiencia personal. En el SERUMS la enfermera adquiere experiencia en todos los campos de la enfermería (administrativo, asistencial, etc.), aprendemos en base a las experiencias, la falta de insumos hace despertar el lado creativo, "Enfermería es arte" y eso aplica al SERUMS (Lima).
- Es importante porque se llega a lugares alejados donde no siempre hay profesionales.
- Allí decidí participar en política, al ver las grandes brechas de desigualdad y abandono en que vive nuestro pueblo. Por no haber 100 soles para mantenimiento de una incubadora, trasladaba a los prematuros solo con el abrigo de mi regazo, por el camino sus vidas se apagaban en mis brazos (Hospital de Otuzco, La Libertad).
- Por supuesto, hay mucha desorganización, precariedad. Pienso yo que ahí es donde se debe dar la mejor atención, ya que es el primer paso a la atención mayor y las necesidades de la salud de un paciente; es mi humilde opinión (Centro de salud 10 de octubre San Juan de Lurigancho).
- Sí. Es relacionarse y ver las necesidades de la población emergente y la fortaleza para superarlas. Puesto de salud Mariscal Castilla, Pachacutec (Arequipa).
- Sí, es una experiencia muy bonita dónde ves la realidad de cada persona que acude al puesto de salud para hacerse atender, y la triste realidad de que los que tienen para pagar un seguro están con SIS. mientras que a otras personas que sí necesitan seguro gratuito no se les da facilidades.

6.2.21. Riesgos e inseguridad

El trabajo en comunidades rurales y urbano marginales en el Perú, tiene desafíos particulares. Estos se deben no solo a una precariedad estrictamente económica o material, sino a una escasa presencia del Estado, lo que hace lucir a los puestos de salud más desamparados aún. Las pocas instituciones públicas existentes tampoco están bien dotadas de los recursos presupuestales que necesitan para responder con la calidad que las personas necesitan y merecen.

Las enfermeras, por su propio compromiso y gracias a sus alianzas con los miembros de tales lugares, consiguen mucho, incluso más de lo que se puede esperar en las zonas donde realizan el SERUMS. Muchos son de difícil acceso, además.

Por otro lado, su integridad física puede estar en grave peligro. Además, la regulación de la sexualidad masculina en el Perú es baja, y la impunidad de larga data respecto a las transgresiones sexuales de los hombres, hace que las mujeres solas en espacios públicos y privados estén en condiciones de alta vulnerabilidad; y las enfermeras no son ajenas a estas circunstancias. Es una espada de Damocles la que pende sobre el trabajo de las enfermeras, en términos de su integridad física y sexual.

El Estado no es capaz de cuidar. Entonces, en lo referido a la protección, hay mucho que hacer y exigir en este terreno. Entre líneas puede leerse que están expuestas a altos riesgos, aunque solo hemos encontrado referencias a una situación relativa a una violación sexual.

No podemos dejar de lado la posibilidad de que más serumistas hayan descartado mencionar el acoso, el temor frente a este, o la sensación de estar expuestas a las distintas formas de violencia de género. Hay que considerar siempre que no es fácil reconocerlo ni hacerlo explícito. Muchas mujeres han interiorizado una idea proyectiva masculina: las mujeres lo provocan. Esta perturbadora sensación de culpa entre las mujeres inhibe no solo su denuncia, sino su simple mención.

- No. Al contrario. Estar lejos de mi familia y expuesta a violación sexual (Cabana, Ancash).
- Aprendí a caminar bajo la lluvia, a levantarme del lodo, a pedirle fuerzas al Señor, a llorar sólo, a caminar más de 2 días con la esperanza de aún

poderme despedir de mi madre, pues se lo prometí, pero ya no la encontré. Fue simplemente un SERUMS en tiempos del fenómeno del niño y en tiempos aún de terrorismo.

- Un día yendo a vacunar a unos de los pueblitos que tenía a cargo casi me resbalo en un acantilado. Pero igual, mi vocación me hizo llegar y volver a ir tres veces más.
- Sí. Pude apoyar a muchas personas en el interior del país y me fortaleció en mi carrera. Ingresé en el límite de Huancavelica y Ayacucho y no nos querían dejar salir. Tuvimos mucho temor. Pero con ayuda del alcalde y nuestra propia valentía salimos. Cruzamos cerros porque supuestamente el carro se malogró, y lo que vimos después fue que no tenía gasolina.
- Sí. Las travesías nocturnas en bote.
- Laborar en provincias alejadas en la época de terrorismo y cuando no existía SIS, y no había carreteras ni teléfonos.
- Sí, fue un lugar sin acceso a servicios básicos, la población más cercana a mi puesto de salud se encontraba a media hora de camino y la NSF (National Sanitation Foundation) llegaba a dos días. Apurímac.
- Sí. Alguna vez, cruzando el río con mi Thermo kit, casi me lleva la corriente, pero pude usar el Thermo como flotador (Puesto de salud Pararca, provincia Paucar del Sara Sara, Ayacucho).
- Atención a pacientes con TBC y su alta contagiosidad, y la falta de educación en el poblador con altas tasas de abandono (Apurímac).

6.2.22. Crisis sanitarias y vacunación

Las enfermeras que respondieron al cuestionario asociaron su trabajo como serumistas a las crisis sanitarias. Es en esas coyunturas cuando la necesidad de darle más peso a las labores de prevención y promoción de la salud se perfilan marcadamente como que es uno de los temas que el sector salud debe reforzar. Algunas de esas coyunturas fueron enunciadas:

- Epidemia de cólera (Piura)
- Intervenciones en brotes epidémicos

- Allí decidí seguir la especialidad de emergencia y desastres.
- Sí, fue en la época del cólera, y al observar que se debía de trabajar más en la prevención y promoción de la salud.

6.2.22.1. Las vacunas

Las vacunas han sido un aporte significativo de la medicina occidental a la salud pública, que ha permitido elevar el nivel de vida de millones de personas, especialmente, de aquellas que pertenecen a los sectores pobres. El Estado tiene la responsabilidad de garantizar las vacunas básicas para garantizar la vida de los/as niños/as y otros grupos de edad, en la que las/os enfermeras/os son protagonistas, pues generalmente son las/os que suministran las vacunas. Para ello, intervienen anteriormente al planificar la campaña implicando capacitaciones, completar padrones, ubicar los puntos de vacunación, animar a la población para que se traslade a los puntos de vacunación y otras tareas más. Igualmente, asumen funciones y tareas durante y después de las vacunaciones. Así, algunos testimonios señalan su participación:

- En las campañas de vacunación hacia la población (Jaén).
- Seguimiento a niños por su vacuna
- Sí, muy importante. En la posta de salud solo trabajamos una enfermera y un técnico. Se realizaba todos los programas de salud, y durante las jornadas de vacunación nos teníamos que desplazar a comunidades lejanas.
- Mucho, atendí a todo paciente, me encantó la parte preventiva, las charlas y la vacunación casa por casa.
- Sí. La diversidad social en los niveles sociales, la cobertura de vacunación.
- Salud comunitaria, inmunizaciones
- Responsabilidad para desempeñar nuestra profesión, teníamos que caminar hasta 12 horas para vacunar y desplazarnos a cumplir nuestro rol (San Ignacio, Cajamarca).
- Sí, llevé el monitoreo de las vacunas al 100% de los niños del distrito. Los Molinos (Ica).
- Por supuesto. Tuve que capacitar a jóvenes para ir de campaña de vacunación a los caseríos que estaban a 7 y 8 horas a caballo del distrito de Sartinbamba (La Libertad).

EL ESTADO TIENE LA RESPONSABILIDAD DE GARANTIZAR LAS VACUNAS BÁSICAS PARA GARANTIZAR LA VIDA DE LOS/AS NIÑOS/AS Y OTROS GRUPOS DE EDAD, EN LA QUE LAS/OS ENFERMERAS/OS SON PROTAGONISTAS, PUES, GENERALMENTE SON LAS/OS QUE SUMINISTRAN LAS VACUNAS.

6.2.23. Crítica y frustración/ comentarios

Las opiniones críticas sobre el SERUMS son de particular importancia, y provienen de experiencias personales muy sentidas, que obligan a crear un espacio para valorar lo subjetivo, pues este enriquece y valora los puntos de vista de las/os enfermeras/os, que de ser considerados y elaborados, pueden convertirse en insumos políticos importantes.

Algunas experiencias parecen haber sido muy malas, y las/os enfermeras/os no rescatan situación positiva alguna. Otras veces se detienen a señalar por qué fue decepcionante. Vale la pena visibilizarlas porque se da a conocer las distancias que toman las/os enfermeras/os con otros profesionales del servicio. Son muy valiosas también las descripciones de comportamientos poco éticos y empáticos e. incluso corruptos. Algunas de tales expresiones forman parte de la falta de vocación y empatía, el arribismo, entre otras razones. Es importante tomar todas en consideración.

- No me pareció relevante, no considero haber aprendido algo más, fue muy rutinario (Lima).
- A mi parecer, no es muy relevante, inclusive te retarda en el avance (no lo ha realizado).
- Es un trabajo, no hay ayuda en nada. ni apoyo.
- No, elegí una posta lejana y ni pacientes tenía, no me ayudó en nada.
- No fue relevante porque no me dejaron desarrollarla como uno esperaba, había demasiadas limitantes, quizá porque la hice en Essalud Ica (Essalud, Ica).

En otras hay una crítica más elaborada que nos ilustra mejor sobre cuáles son las peores condiciones de trabajo a las que se enfrentan miles de peruanos.

tanto en el sector salud como otras áreas laborales del Estado. y las empresas privadas.

- Noooo. Aislada por lluvias sin insumos necesarios. La remuneración era 50%. Centro de salud que parecía posta, sin servicios básicos. Difícil acceso. Nunca me pagaron los gastos de instalación. El responsable de SERUMS nunca ejerció rol tutor, etc. (Casitas, Tumbes).
- No. Demasiado abuso al personal serumista, No hay equipos de protección personal; chismosería que daña al serumista (s/i, abandonó el SERUMS)
- Sí, me di cuenta que la labor de la enfermera es muy importante y que estamos dejando áreas que no corresponden a obstetricia, hay intrusismo laboral de parte de ellas (CSMI Tahuantinsuyo bajo, Independencia, Lima).
- Sí, he tenido que lograr la aceptación del enfermero, ya que era zona convulsionada (Centro de Salud de Orcotuna, Huancayo, Junín).
- Después de diez años de haber culminado la carrera de enfermería, me doy con la sorpresa de que está cada vez peor. La valoración de la profesión de enfermería es inexistente. Estoy realizando mi SERUMS en la sanidad policial de Ventanilla, donde solicitaron una enfermera para tópico y digo sólo para ello. pues esa es la realidad. Hay otras cuatro profesiones más (medicina, obstetricia, odontología y psicología) realizando SERUMS conmigo, y todas tienen su consultorio y hoja de atenciones tanto en físico como en el sistema. Sin embargo, enfermería es inexistente, no cuenta ni con consultorio, ni con absolutamente nada. ¿Podría tomarlo como discriminación? (Sanidad policial, Ventanilla).
- Es importante, pero en mi caso siempre me he inclinado por la parte asistencial hospitalaria. Es desventajoso para la población, ya que el SERUMS no permite la continuidad de las atenciones por el cambio del personal (Cajamarca).

6.2.24. Conflictos con otros profesionales y críticas a ciertas actitudes de los profesionales

Parte de la experiencia del SERUMS de las/os enfermeras/os ayuda a comprender la estructura y el funcionamiento del sector salud. relacionándose con otros funcionarios de la misma área. No siempre esta interacción es horizontal, democrática y empática. Las/os serumistas se interrelacionan con especialistas

de salud, sean nombrados o contratados, que no necesariamente cumplen sus labores de manera adecuada y ética. En el peor de los casos, las/os serumistas quedan influenciadas/os por estas malas prácticas que indican la preservación del trato autoritario por parte de los funcionarios del sector salud. Así, estas dinámicas autoritarias refuerzan las jerarquías construidas por el personal, además de la cadena de mando establecida por el Estado, promoviendo que, hasta el personal técnico, de limpieza y de seguridad ejerzan este trato autoritario hacia quienes puedan, siendo los principales perjudicados los pacientes de bajos recursos.

- Pude ayudar a muchas personas de bajos recursos, pero tuve más problemas con la obstetra a cargo, una persona prepotente que humillaba a la gente con la que trabajaba (Tinyayoc José Sabogal, San Marcos, Cajamarca).
- Sí, ahí entendí que un profesional mediocre va por la vida sólo lucrando. sin importar la salud y el bienestar de las personas. El médico que me tocó era muy indiferente al dolor de las personas y nunca colaboraba con nada (San Cristóbal).
- Sí, porque pude lidiar con el personal ya nombrado que no estaba dispuesto a trabajar por la salud; por lo contrario, solo les interesaba el dinero extra que salía del Programa de Promoción de Gestión del Territorio cuando falsificaban las firmas y no cumplían con la tarea. Retiré esos días extras y empecé con el personal SERUMS y una técnica en enfermería a la que le gustaba su trabajo a pesar que todos no la llevaban bien. Hicimos un buen trabajo en PGT, cumpliendo las metas a la mitad. porque la otra mitad no colaboraba. Después que las incentivé elogiando su trabajo. me di cuenta que ellos necesitaban amor entre trabajadores y sus jefes (Centro de salud Pacanguilla, Chepén, La Libertad).
- Sí, darme cuenta de la falta de profesionales con empatía (Ilo).
- Durante el SERUMS, he recibido maltrato psicológico [sic], no fue una bonita experiencia, después de tres meses me cambiaron a otro establecimiento de salud. Luego de que DIRESA de Pasco dijo que todo era una mentira, me cambiaron a otro establecimiento más lejos de donde estaba, lo que encuentro fue un abuso de autoridad por parte de DIRESA Pasco. del obstetra Borrovic y la señora Ana Alvarado de recursos humanos. Y una falta de humanidad. ya que estamos en estado de emergencia por el COVID 19. Solo me faltan cuatro meses para terminar el SERUMS y espero que a nadie más le pase esto (Huachón, Pasco, Junín).

- Fue una experiencia bonita, aprendí a realizar atención integral, atendí a pacientes ginecoobstétricas y demás atenciones. Sin embargo, hoy en día es una lástima. Desde las unidades formadoras las futuras enfermeras dejan nuestros espacios libres. no enseñan liderazgo. En lugar de estar en disputas sobre el poder, deben preocuparse por recuperar nuestros espacios (Áncash).
- Pienso que se puede mejorar los programas de atención al niño y adulto encaminados a no repetir actividades (Florencia de Mora, Trujillo).
- No, encontré mucha resistencia por parte de la jefatura de enfermería para implementar programas y planes para ampliar coberturas. No existió trabajo extramural, teniendo una gran población con la que se podía trabajar (Sanidad FAP Piura).
- Ninguna, realizábamos el trabajo de nuestras colegas (Catacaos, Piura).

De otro lado, algunas/os serumistas, más bien elogiaron su experiencia en el SERUMS e indicaron que promovió su mayor motivación para continuar en el ejercicio de su profesión:

- Muchas experiencias y recuerdos inolvidables con el amor a tus pacientes.
- Tuve una excelente experiencia profesional que me ayudó a fortalecer mi vocación (Amazonas).
- Mis experiencias más emocionantes eran en las emergencias cuando tenía que venir en la ambulancia (Matapalo, Zarumilla, Tumbes).
- Aprendí todo lo relacionado al servicio público.

6.3 CONTRASTES REGIONALES: COSTA, ANDES Y AMAZONÍA

Parte de los contrastes regionales que identifican las enfermeras en sus experiencias se relacionan con el tema anterior: SERUMS. Una entrevistada indica que hizo el suyo en el poblado de San Mateo en Apurímac, a unas cuatro horas de la capital regional (Abancay), donde se arriba hasta cierto punto con automóvil, pero, luego, hay que caminar. Es una comunidad quechua hablante. por lo que ella perfeccionó su habla y este conocimiento y práctica la acercó más

a la comunidad. En la posta de salud trabajaban una técnica enfermera y ella. Su labor se concentró en la medicina preventiva promocional, así tenía relación directa con los colegios y la población. brindándoles sesiones educativas. Por la falta de personal médico, ella tuvo que atender partos sola, únicamente con la ayuda del padre de la paciente.

La importancia de su ocupación en la comunidad se evidenció en la convocatoria que le hacía el juez de paz para que mediara en casos de conflictos matrimoniales. Además, desempeñó la función de tesorera de la comunidad. Enfatiza que, para cumplir las metas, es preciso considerar las prácticas medicinales tradicionales, al igual que sus costumbres y sus patrones y dinámicas culturales. De esta forma se obtiene reconocimiento en la comunidad. y los consejos u opiniones son bien recibidos. También permite la comprensión de las acciones y decisiones de la comunidad. lo que es importante para la injerencia de su ocupación.

PARA CUMPLIR LAS METAS, ES PRECISO CONSIDERAR LAS PRÁCTICAS MEDICINALES TRADICIONALES, AL IGUAL QUE SUS COSTUMBRES Y SUS PATRONES Y DINÁMICAS CULTURES.

Asimismo, tuvo que ganarse la confianza de la comunidad mediante su visita a casas y eventos sociales. con el fin de que acudieran a las reuniones de prevención que ella convocaba. Por ejemplo, en alguna ocasión se enteró de la celebración de un wasi wasi (techado), donde concurría gran número de personas, de distinta edad, desde la mañana. Aprovechaban para hacer campañas de lavado de manos o la atención de alguien que requería atención médica. Al mismo tiempo. significaba que compartía sus cantos, sus comidas, sus experiencias cotidianas. Ella considera que estas participaciones permiten ahondar en tema de prevención médica que son relevantes en el cuidado de la salud de los peruanos. Su reconocimiento, más allá de estas participaciones, implicó acompañar a las principales autoridades de la comunidad. e incluso desfilar y coordinar de manera fluida con los docentes y estudiantes de los colegios.

“Una de las ventajas de trabajar en un espacio chiquito como una comunidad es que puedes hacer todo al mismo tiempo. Acá [Lima y Callao] es un poco complicado trabajar. Allá [San Mateo (Apurímac)] era muy sencillo, muy fácil, daba muy buenos resultados. Podíamos trabajar

muy bien la parte, por ejemplo, de planificación familiar en el colegio, que es un tema tabú allá, pero, si tú interactúas con los profesores, los docentes de nivel secundaria, es muy fácil llegar a los adolescentes” (Entrevista a Virginia, seud., 1 de enero del 2021).

Asimismo, afirma:

“Trabajar en la parte rural, Dios, es lo máximo. Tú puedes cumplir tus metas profesionales al máximo nivel. Tienes una población sumamente concentrada. (...) Tienes tu voz, allá [Apurímac] es una especie de tener un poco de poder sobre la población y eso también significa el logro de tus objetivos. Acá [Lima y Callao], es totalmente lo opuesto. Es complicado. Tienes una población dispersa. Tienes una población que no valora mucho lo que tú haces como profesional de enfermería o profesional de salud. Eso es una desventaja. Desde ahí, hay una brecha tremenda que enfrentamos acá, y en el Callao que es una población totalmente complicada. He estado trabajando en la DIRESA, pero, en los lugares que me ha tocado ir, también, en ciertos sectores, hay una población super accesible, que está generalmente en los asentamientos humanos, poblados por gente que viene del interior del país: de la selva, de la sierra. De alguna manera su cultura, también, es estar conectado con el personal de salud. (...) La gente misma de la parte urbana en sí, es muy complicada. No puedes hacer muchas actividades, como las que quisieras. Y si las haces, no tienen mucho éxito. No tienes mucha convocatoria. Finalmente, terminan siendo casi un fracaso, pero creo que la persistencia es importante. Y otra vez, ahí viene el tema de cuánto tú te involucras con la comunidad. Más que todo, hacer, interactuar con los actores sociales de la misma comunidad, es importante porque cuando tú ganas, o tienes, un líder comunitario, el resto de las personas también te siguen. Te ven como ellos y por lo tanto, ahí tienes chance de que tu intervención tenga éxito” (Entrevista a Virginia, seud., 1 de enero del 2021).

Estos contrastes los explica por un factor cultural. Pone de ejemplo, las campañas de vacunación, en donde todo el personal respectivo acompaña en el cierre para alcanzar las metas. Señala que “es distinto vacunar en la parte urbana del Callao, que vacunar en la parte de Ventanilla. Es claramente distinto. La gente de Ventanilla, de los asentamientos humanos, es muy asequible. Te acepta rápidamente. No pone mucha resistencia. (...) En cambio, en la parte urbana del Callao, Dios, te cierran la puerta, te echan agua, (...), a veces, te sueltan el perro”. No cree que sea por el desprestigio del personal de salud.

Incluso, las enfermeras cuando son contratadas prefieren ir a Ventanilla que a la parte “urbana” del Callao (Entrevista a Virginia, seud., 1 de enero del 2021).

La subdirectora regional de salud de Ucayali, que es enfermera, indica que esta región cuenta con poblaciones de frontera a lo largo del oeste. Linda con Brasil. En ellos, el sistema de salud tiene establecimientos con categoría I-3 que son centros de salud con médico. Sin embargo, la cantidad de recursos humanos contratados, no garantiza la atención las 24 horas al día con equipo completo (médico, enfermera y técnico de enfermería). En la mayoría de los casos, las capitales de las provincias fronterizas de la región cuentan con personal que atiende de 6 a 12 horas al día y en casos de emergencia durante las noches. No obstante, en los puestos de salud distantes y que están muy cerca de la línea de frontera solo tienen personal técnico de enfermería. El arribo a estos puestos lejanos involucra horas y días de traslado.

Para paliar las carencias se suplen con el arribo de los equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED) que consisten en brigadas itinerantes, que salen al campo cada cierto periodo, que están conformados por médico, enfermera, odontólogo, obstetra, técnico de enfermería y antropólogo con el fin de atender la salud de estas poblaciones distantes que pueden estar en riesgo y con un enfoque de interculturalidad. En la coyuntura de emergencia por el COVID, varios puestos de salud se han cerrado, pues no se ha contratado personal que los atienda. El MINSA decretó la separación de servicio COVID y no COVID pero, ello implicó doble personal y el presupuesto no lo permitía.

De otra parte, ella realiza importantes reflexiones sobre los establecimientos de salud en las zonas de frontera:

“Estos establecimientos de la zona de frontera, generalmente, a lo largo de todos estos años y décadas han sido desatendidos. Siempre han tenido limitaciones, tanto en el acceso porque es por vía aérea, en otros casos por vía fluvial, demora de 5 a 8 días, día y noche navegando. (...) Ahí está el problema que tenemos porque no existe como país, una política de fronteras, de reforzamiento de las zonas de frontera, no solamente en el tema de salud, sino también, en educación y otros que pudieran dar mejores condiciones de vida a la población que reside en estas zonas alejadas.

Felizmente que estas zonas de frontera están asociadas a muchas de las creencias y costumbres de estas comunidades, que son mayormente nativas, de indígenas que presentan variaciones culturales y étnicas". Estas creencias y costumbres han sido usadas en la coyuntura de la pandemia, sobre todo, a partir de la utilización de plantas medicinales de la zona: eucalipto, matico y otras. "Nosotros pensamos, en la capital de Ucayali, ahora llegó el COVID a la zona rural ¿qué vamos a hacer? Cuando hemos ido a hacer las pruebas, ellos ya habían pasado la enfermedad. (...) Luego han ido las brigadas con los medicamentos (...) para socorrerlos. Pero, hemos visto que la misma población asumió la responsabilidad de su autotratamiento con plantas medicinales".

NO EXISTE COMO PAÍS, UNA POLÍTICA DE FRONTERAS, DE REFORZAMIENTO DE LAS ZONAS DE FRONTERA, NO SOLAMENTE EN EL TEMA DE SALUD, SINO, TAMBIÉN, EN EDUCACIÓN Y OTROS QUE PUDIERAN DAR MEJORES CONDICIONES DE VIDA A LA POBLACIÓN QUE RESIDE EN ESTAS ZONAS ALEJADAS.

Estos establecimientos en comunidades nativas no son muchos, entre tres a cinco, y tienen enfoque de diversidad cultural, especialmente en el tema del parto vertical, y en ocasiones se centra en la población adolescente. Se trabaja más con las comunidades el área de la promoción de la salud. A veces, se contrata a técnicos indígenas que faciliten la interacción del personal de salud con la comunidad. Reconoce que, en los últimos años, estas comunidades adoptan cada vez más el uso del castellano y son más cercanos a las nuevas tecnologías incluyendo los celulares. "Han variado enormemente, no es que uno llegue y los encuentre en un retraso total (...) Y más aún, hay las ONG operantes que los apoyan en la construcción de paneles solares, equipos de filmación y otros. Además, cuentan con la orientación de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSEP) y otras organizaciones regionales (Entrevista a Antonia Hinostroza, 1 de enero del 2021).

Pero sin ir más allá de las ciudades, para la enfermera Irma Zegarra, el trabajo en zonas alejadas del Cusco fue sustancial. Recuerda con agrado las campañas de vacunación que la llevaron a pueblos bastante alejados de Cusco, donde -junto a sus compañeras- caminaban horas para poder llegar al mayor número de personas. Asimismo, resalta la importancia del conocimiento tradicional

de plantas, las cuales usó de manera complementaria a las recomendaciones médicas y que contribuyen a la recuperación total del paciente (Entrevista a Irma Zegarra, 14 de diciembre del 2020).

LA ENTREVISTADA, IRMA ZEGARRA, ENFERMERA CUSQUEÑA, RESALTA LA IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO TRADICIONAL DE PLANTAS, LAS CUALES USÓ DE MANERA COMPLEMENTARIA A LAS RECOMENDACIONES MÉDICAS Y QUE CONTRIBUYEN A LA RECUPERACIÓN TOTAL DEL PACIENTE.

A diferencia de las zonas urbanas, muchas veces, las poblaciones van a las postas de salud cuando están muy graves. Y las enfermeras deben atender, a pesar de que sus estudios no se enfoquen en diagnosticar y recién hayan salido de estudiar su carrera. “Sentías mucha responsabilidad porque había muchas vidas que dependen de ti”. Eso la obligaba a informarse y acudía a los especialistas del centro de salud para socorrer a las poblaciones y ahondar en técnicas, estrategias y conocimientos. Ella en su SERUMS estuvo sola desde mayo y recién en septiembre llegó una obstetra al puesto de Coletas de Chachacomal (Aya-baca, Piura). El centro de salud más cercano es el Sapillica. La distancia entre ellas era de horas y de camino en trocha. El puesto tenía una moto Honda y contrató al hijo del alcalde para que la maneje y las transportara, además que conocía mejor los caminos de la zona. Los caminos se complicaban con las lluvias porque el agua se desbordaba sobre algunos caminos. También tuvo que usar burros y caballos para viajar a algunos pueblos. Implicaba 6 a 8 horas de transporte (Entrevista a Cristina Rodríguez, 15 de diciembre del 2020).

6.4 ENFERMERÍA E INTERCULTURALIDAD

Muchos países han considerado la necesidad de crear un enfoque integral que contemple también a la medicina tradicional en la atención de salud. Si bien en el Perú se cuenta con una tradición milenaria de saberes, no se ha considerado ni tomado la relevancia que podría servir para generar una medicina más abarcativa. Por el contrario, se suele menospreciar y subestimar, aunque “se practica en casi todos los países del mundo, y la demanda va en aumento. La medicina tradicional de calidad, seguridad y eficacia comprobadas contribuye

a asegurar el acceso de todas las personas a la atención de salud” (Ponte et al, 2018, p. 37). En este aspecto, considerarla también sirve para lograr que la atención médica pueda llegar a todo el territorio con los recursos locales y con la mayor participación de la población.

Los pacientes suelen acudir a la medicina alternativa, cuando son diagnosticados con alguna enfermedad grave que podría llegar a ser mortal, como el cáncer. En el Perú, suele practicarse en los grupos socioeconómicos bajos, principalmente en los sectores D y E, destacando “el uso de infusiones, emplastos y otros, para disminuir los efectos de la quimioterapia y/o radioterapia; estas son alternativas simples, sencillas, de bajo costo y aparentemente efectivas” (Ponce et al, 2018, p. 37).

Paulatinamente, desde 1998, se ha ido integrando en el sistema de salud peruano la medicina tradicional alternativa complementaria (MTAC), como un intento de articular la medicina alternativa con la convencional. Así, actualmente EsSalud tiene 29 centros de atención de medicina complementaria (CAMEC), uno en cada red asistencial, que se constituyen como ejes de desarrollo. Asimismo, cuenta con 42 unidades básicas de medicina complementaria (UMEC), en establecimientos que tienen población adscrita y 01 Unidad de cuidados paliativos en los hospitales nacionales. Los médicos de las redes asistenciales de Lima EsSalud tienen un alto nivel de conocimientos y aceptación hacia la MTAC. En el caso de la medicina complementaria alternativa, “los métodos más conocidos y aceptados para el tratamiento de algunas enfermedades fueron la acupuntura y la fitoterapia, y en el caso de la medicina tradicional, el uso de plantas medicinales y la pasada de huevo” (Ponce et al, 2018, p. 38).

Según el estudio, varias mujeres con cáncer han modificado sus hábitos alimenticios, suspendiendo “los alimentos con base a frituras y disminuyendo o dejando el azúcar. Por otra parte, las plantas medicinales que suelen utilizar son: las hojas y la fruta de la guanábana, la sábila; así como las infusiones en base a hierbas como la manzanilla, el cedrón y la hierba luisa. Las frutas secas y las uvas son muy usadas. Las carnes que prefieren son: la del cuy, los pichones de paloma y el pescado” (Ponce et al, 2018, p. 42).

LA VALORIZACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL ES RELEVANTE
EN PAÍSES COMO EL PERÚ, QUE POSEE UN LARGO LEGADO QUE ES
IMPORTANTE DE SALVAGUARDAR.

La valorización de la medicina tradicional es relevante en países como el Perú, que posee un largo legado que es importante de salvaguardar. Una labor relevante para lograr establecer una enseñanza y práctica de la enfermería intercultural es el programa de formación realizado por la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (Aidesep), que ha capacitado a indígenas de la selva para que puedan ser técnicos de enfermería y aprender sobre la interculturalidad y, a la vez, revalorar su propia cultura. que ha sido desacreditada por el enfoque occidental tradicional.

Asimismo, la propuesta es promovida por una organización indígena amazónica, por lo que el concepto de interculturalidad crítica y en proceso, hace posible pasar del discurso a la práctica, al poder los mismos indígenas construir las propuestas. De esta manera, cuando los indígenas incorporan en sus agendas el enfoque intercultural, este adquiere su propio significado, ya que lo implementan para lograr sus propios objetivos, y no desde la perspectiva occidental. Mientras que en Europa el enfoque intercultural es utilizado sobre todo para mejorar la relación con las minorías étnicas, en el caso de América Latina se ha centrado en la atención de la diversidad cultural y la problemática indígena (Cárdenas et al, 2017).

AIDASEP se ha propuesto lograr dicho objetivo mediante distintos programas, como la formación de maestros interculturales bilingües y enseñar a enfermeros técnicos en salud intercultural.

En 2005 AIDASEP inició el Proyecto de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica (PFETSIA). Esta iniciativa se orientó al nivel tecnológico superior y, aunque para su funcionamiento se establecieron convenios interinstitucionales con institutos tecnológicos públicos (en tres provincias diferentes: Atalaya, Bagua y Nauta). La formación se desarrolló desde la perspectiva de AIDASEP. de manera autónoma (Cárdenas, Pesantes y Rodríguez, 2017, p. 154). El PFETSIA comenzó como un programa educativo para formar promotores. y con el paso del tiempo derivó en una propuesta innovadora de educación intercultural, como carrera superior no universitaria.

Para conseguir el respeto de sus derechos y la defensa de sus territorios, que es la base de su supervivencia, los pueblos indígenas peruanos se organizaron y en 1980 fundaron la AIDASEP, principal organización indígena de la Amazonía peruana. El Programa de Salud Indígena (PSI) se creó en 1991 con la finalidad

de desarrollar los sistemas de salud indígenas y de mejorar la calidad de la salud de las comunidades, implementando actividades y proyectos centrados en fortalecer y desarrollar los sistemas de salud indígenas y la atención de las enfermedades prevalentes en la Amazonía (Cárdenas et al, 2017, p. 156).

Al principio, la estrategia consistió en el envío de equipos itinerantes a las comunidades indígenas en Ucayali, conformados por una enfermera, representante de la organización y un especialista de la medicina indígena, como una partera. Luego, el PSI-AIDSESEP generó un modelo de diálogo intercultural entre el personal de salud y especialistas indígenas, capacitando a los promotores, para crear las bases de la educación intercultural de sus promotores.

Para el PSI, un buen especialista es quien establece un puente entre la medicina tradicional y la occidental, para que mediante su formación pueda responder de buena manera a las necesidades indígenas. De esta manera, pueden transitar entre los dos sistemas, creando espacios en donde ambos puedan encontrarse y articularse. Lamentablemente, afirman los autores que, generalmente, el personal de salud enviado no cuenta con la capacitación suficiente para comprender a las comunidades y brindarles un buen servicio pues “estos profesionales, usualmente mestizos, han sido formados bajo un enfoque biomédico hegemónico, de quien no está preparado para atender a población indígena” (Cárdenas, et al, 2017, p. 157).

El perfil del profesional del programa busca proteger y reconocer los conocimientos y tecnologías de salud indígenas, además de incorporar el enfoque intercultural en los sistemas de salud del Estado peruano, desde una visión indígena, con el fin de que los profesionales promuevan la implementación de un subsistema de salud intercultural al interior del sistema de salud estatal, buscando de esta forma el reconocimiento del sistema de salud indígena. El programa sirvió también como la base para la creación de la carrera de enfermería técnica en salud intercultural amazónica. Aunque, “la carrera fue aprobada por el Minedu en 2015 por silencio administrativo, esta figura legal es controversial, ya que, para los dirigentes indígenas, es una forma de no querer reconocer el aporte de las organizaciones a la formulación de las políticas públicas para pueblos nativos. Por otro lado, se puede interpretar como una discriminación hacia las capacidades técnicas de los indígenas para formular propuestas sólidas” (Cárdenas et al, 2017, p. 158).

Con dicha iniciativa, se busca darle el mismo valor a la medicina tradicional que la occidental, ya que corresponde a otra forma de atención sanitaria, igual de primordial. El enfoque intercultural contaría con un enfoque político, pues serviría para producir cambios en la percepción de la hegemonía de la salud occidental, y así producir un cambio estructural. Pues se produce un quiebre en el lugar que ocupa el proponente del diálogo intercultural, pasando de una visión etnocéntrica que parte de un «yo» occidental y un «otro» indígena a una relación donde el «otro» pasa a ser el sujeto occidental con quien se busca la comunicación horizontal para la construcción de una propuesta de salud intercultural. Así, la organización indígena se vuelve un sujeto activo y proponente del proceso intercultural. “Utilizar la medicina occidental no significa que los indígenas hayan abandonado sus propias formas de interpretar y resolver los problemas de salud, sino que como producto del contacto con los no indígenas han aparecido enfermedades para las cuales necesitan incorporar tratamientos de la medicina occidental” (Cárdenas et al, 2017, p. 163).

Es relevante la iniciativa propuesta por AIDESEP, pues el enfoque intercultural es utilizado desde la cosmovisión indígena con tal de responder a los nuevos contextos del mundo actual que influyen en sus dinámicas internas. Transformándose así en una respuesta contestataria frente al monopolio de la biomedicina occidental. De igual manera, se propone que los profesionales de salud sean capaces de transformar los servicios de salud del Estado “desde abajo”, reivindicando sus conocimientos y empoderando su cultura que suele ser desvalorizada por la medicina occidental.

Respecto a las entrevistas realizadas al personal de enfermería, Silvia Angulo, señaló la experiencia enriquecedora de su SERUMS realizado en la comunidad de Victoria en Loreto. Aprendió bastante sobre el trato con otras culturas y la relevancia de la interculturalidad para lograr un buen diálogo y entendimiento con la comunidad, ya que piensa que no se puede imponer, sino respetar las decisiones de la comunidad y evitar así conflictos. Por ejemplo, afirma que en Loreto existen grandes comunidades que sí aceptan al personal de salud, pero, hay zonas que aún los rechaza, sobre todo por el miedo que suscitan las vacunas, por las reacciones que provocan.

También, recuerda la gran relevancia de los jefes de la comunidad para lograr generar el entendimiento entre las dos culturas, y que “había una ONG que

trabajaba con el proceso intercultural, (pues) el que esté en el sector salud se involucra con este tipo de trabajo”.

Una experiencia que rescata de su SERUMS, ligada a la interculturalidad, fue la relevancia que tenía para la comunidad de Victoria la chamana del pueblo, que también se desempeñaba como partera. “Si venía una gestante a dar a luz, venía una señora que le decían la chamana del pueblo, ella le oraba. le decía “va a salir” primero ella hacía el rito con la gestante, en su propio establecimiento. Yo siendo la dueña del establecimiento no podía pasar, y ella le tocaba y le decía cuando el bebé estaba listo para salir, y ahí recién me hacía pasar”.

La primera vez, recuerda que se sintió rara con esta “imposición”. Silvia, se empezó a preguntar por qué hacía aquello. Cada vez que había una gestante, llamaban a la “chamana” para que las revisara, sobara y tocara. Angulo explicó que dicha situación no le ofendía, pero que sí le sorprendía. En todo caso, siempre lo permitió y respetó, ya que hacía sentir bien seguras y tranquilas a las futuras madres.

“Una vez estaba naciendo un niño en una comunidad fuera de Victoria, me avisaron cuando estaba almorzando. Una señora me dijo que a la madre se le quedó adentro la placenta, que hizo “retención placentaria”. Esperó, llegó al puesto y ya le habían avisado a la chamana. Vino la señora, la bruja del pueblo le decían, pero yo le digo la chamana. Le tocó, le sopló, le hizo un masaje y le dijo “va a salir la placenta”: efectivamente tenía que salir con el medicamento, pero que claro, no afecta esta interacción”.

De los cuatro partos y una retención placentaria que le tocó presenciar y ayudar en su SERUMS, siempre participaba la señora, y, como se dijo, no se oponía. Aunque confesó en la comunicación personal que la primera vez que ocurrió el suceso se preocupó. Empero, reconoció que su reacción se debió a su formación profesional, pues los forman para seguir el protocolo, y a que no debiese estar permitida la intervención de terceros. Criticó que en ningún momento les enseñan sobre las propias creencias y cultura que tiene la diversa población peruana, ya que en teoría el paciente solo se debe dejar atender por el personal de salud. Pero, en el caso descrito, quedaba claro que para las gestantes era primordial que estuviese en la labor de parto la mujer considerada la chamana del pueblo que, al parecer, contaba con mayor autoridad y reconocimiento que Silvia.

Otro hecho que no le han enseñado en la universidad, es que en la época de vacaciones coincide con el tiempo cuando el río Amazonas merma y de esta manera se crean playas, por lo que la población, sobre todo los jóvenes y niños van a la playa a nadar. El problema es que los peces también están más cerca y suelen picar, lo que provoca un gran dolor y era común que llegaran pacientes por este hecho, al puesto de salud.

Una vez, “llegó al centro de salud una chica gritando que le había picado la raya u otro pescado. Dije ya, voy a aplicar algo para el dolor, pero la chica seguía gritando, seguía con el dolor. El papá me dijo “y no le vas a poner ese liquidito con sus agüitas”, yo disimulando le dije “sí señor, estoy esperando que le haga efecto el remedio” y el señor me decía que si no le ponía ese “liquidito” de ahí no se iba a calmar. Ok. no hay problema. Pero me daba miedo ponerlo y él me apuntaba el frasquito que había y decía xilocaína. Y como era analéptico, sí le hacía efecto, lo preparé y le infiltré y le alivió el dolor”. La entrevistada, asimismo, indicó que, en la universidad, sus docentes les recomendaban escuchar a los pacientes y familiares, porque siempre tienen algo nuevo que aprender, como en el relato narrado. Cuando vio la picadura de la raya, se frustró al no contar con los implementos que tenía en Iquitos, no sabía qué hacer.

De esta manera, Silvia reconoce que no sabía bien qué hacer en su primera experiencia de picadura de animales acuáticos, ya que no contaba con los conocimientos necesarios, ni con los implementos, (no contaba ni con hielo para calmar el dolor de la paciente) para saber cómo proceder porque son “cosas que no te enseñan en la universidad, como qué hacer frente a esa picadura en esa región, porque hay muchas picaduras de diversos animales, pero de un pez no enseñan, y menos en un momento de estrés”.

Cuando supo que llegaría a aquel centro de salud otra egresada de enfermería a hacer su SERUMS, es decir, quien sería su reemplazo, le quiso enseñar todo lo que había aprendido. Le contó sus experiencias con la comunidad, le explicó sobre las picaduras y la forma de proceder ante ellas, cuáles eran los tipos de peces, entre otras cosas que fue aprendiendo sobre la marcha. Al no contar con los conocimientos requeridos para atender en la zona, Silvia sintió que era su deber ayudar a su nueva colega para que pudiera realizar una buena labor, pues en las universidades no se les capacita lo suficiente para que puedan conocer todo lo necesario para ejercer en las zonas específicas en que realizan su SERUMS. Silvia, también recomienda escuchar a los pobladores, pues eso los

hace felices. Al igual que aceptarles los regalos o cualquier comida o bebida que le den al personal de salud, así no les guste, pues de esta forma “los conquista”. El apoyo y el respeto de los pobladores, por ende, resulta crucial para la buena atención, el “ganarse su confianza”.

Ángulo siguió teniendo otros trabajos con comunidades años después de acabar su SERUMS. y antes de comenzar a trabajar en el hospital. Así, trabajó durante cinco años, hasta el 2019, con un grupo de misiones cristianas que tenían su propio barco, y ayudaban dando donaciones y atendían a diversas comunidades, incluso con ayuda de extranjeros que llegaban para dicha labor. (Entrevista a Silvia Ángulo, 15 de diciembre del 2020).

Así también, María Ana Mendoza, enfermera con más de 30 años de trayectoria, enfocada sobre todo en salud infantil, se ha desempeñado en diversos puestos laborales, y en más de una ocasión ha trabajado con comunidades desde una perspectiva intercultural. Por ejemplo, actualmente se desempeña como consultora especializada en evaluar y rediseñar cuatro programas presupuestales para el Ministerio de Energía y Minas, y su función es lograr compatibilizar lo que dice el modelo operacional con las tareas que programan, dando una mirada holística que analice la carga salud-enfermedad en las comunidades.

A Mendoza, le gusta asumir esos retos, aunque manifestó que, los otros profesionales con los que ha trabajado, suelen ver con extrañeza a una enfermera trabajando con mineras y comunidades. Lo ha notado con antropólogos e ingenieros, pues no comprenden cabalmente las diferentes aristas y perspectivas que posee la profesión de enfermería y se suelen preguntar qué hace una enfermera en ese trabajo. Mendoza, les ha explicado a los ingenieros que, “ok, tú solamente ves al que explota la mina, cuánto ganas, cuánto pierdes, la transacción del mineral, pero no el costo social que implica el daño que están realizando. Es verdad que revierte en el ingreso económico en el país, en mantener la economía, pero a qué costo. Y luego cómo salvaguardas y recuperas”.

De esta forma, explicó que los ingenieros se enfocan en la economía, y en la remediación de pasivos, aunque solo buscan recuperar espacios sin involucrar a la comunidad. solo ven al minero, pero de forma individual. Por lo mismo, Mendoza rediseña sus documentos técnicos, con un enfoque más holístico, integral, involucrando a las comunidades, lo que hace que se consolide el mirar de la enfermera. Asimismo, ella considera que:

“La cosmovisión de la salud tiene que ver mucho con la forma que abor- das a esa persona no solo [como] individuo, sino [como] comunidad. En minería ves el daño ambiental de las poblaciones, indígenas, campesinas más afectadas de pasivos ambientales de la minería ilegal, la tala indiscriminada de árboles, etcétera, afecta a las comunidades indígenas y ellos no funcionan de manera individualista. La salud es de la familia, de la comunidad. Si intervienes a un individuo de la selva o sierra, no se aborda solo, sino a la comunidad en sí. Les afectan las minas, o energías. Los efectos inciden en la población. Todo esto tiene que ver con los ciclos de salud-enfermedad, y yo lo que hago es mirar estos programas desde este punto de vista. La remediación de pasivos, cómo revertir estos problemas, qué es lo que determina que estas comunidades se vean afectadas. Tanto como problema mental, social, sanitario de estas personas que viven en situaciones de vulnerabilidad, como la minería ilegal, prostitución, enfermedades sexuales, desnutrición, violencia”.

La entrevistada explicó que el ser enfermera le ayuda a analizar desde otro enfoque. Así, al realizar los programas presupuestales en energía y minas lo hace desde un análisis que explique la ganancia social. Desde su profesión, puede comprender la carga salud - enfermedad en todos los aspectos humanos. “Puedes hacer un análisis de todo lo que haces. Todo el desarrollo humano, la educación, la cultura, todo se traduce e incide en la carga salud-enfermedad. Lo mental está ligado a lo social y lo cultural, de todas maneras, se afecta”.

Mendoza también se ha desempeñado como directora de planeamiento en el Ministerio de Cultura, lo que le ha permitido comprender que la puesta en valor del patrimonio cultural, significa poner en valor la identidad. Por otro lado, ha podido comprender que “las comunidades muy bien asentadas en sus patrimonios históricos dan mejor respuesta al estatus cambiante del mundo de ahora. Otra parte de la cultura, las artes, el rediseño de las artes y la cultura, sirve para entender las expresiones de las personas. El bailar, escuchar música, tiene relación con demencia, párkinson, depresión, y otras más. Muchas aristas para resolver los problemas, te dan más herramientas” (Entrevista a María Ana Mendoza, 14 de diciembre del 2020).

Es interesante cómo la mirada integral que otorga la profesión de enfermería, ayuda a realizar un diálogo interdisciplinario con otras profesiones y crear las conexiones entre el medio ambiente, las artes y la cultura, desde una mirada intercultural para poder distinguir las mejores condiciones para las

comunidades. Por otra parte, dicho enfoque sirve para valorar, reconocer y rescatar la relevancia de la medicina alternativa milenaria. “Lo de antes funcionaba, la medicina alternativa. Como pasar el huevo, el cuy, las hierbas, el Instituto Nacional de Salud ha demostrado de manera científica como el tocosh se vende como “penicilina natural” sin tomar remedios tan procesados. Prevalció el consumismo e industria por un tema monetario de lucro no porque no sirva la medicina tradicional, de manera más natural que una medicina más elaborada”.

ES INTERESANTE CÓMO LA MIRADA INTEGRAL QUE OTORGA LA PROFESIÓN DE LA ENFERMERÍA, AYUDA A REALIZAR UN DIÁLOGO INTER DISCIPLINARIO CON OTRAS PROFESIONES Y CREAR LAS CONEXIONES ENTRE EL MEDIO AMBIENTE, LAS ARTES Y LA CULTURA, DESDE UNA MIRADA INTERCULTURAL PARA PODER DISTINGUIR LAS MEJORES CONDICIONES PARA LAS COMUNIDADES.

Asimismo, cuando Mendoza trabajó como jefa de la unidad técnica e integral de *Cuna Más* para ayudar a la salud infantil de la población más pobre, supo lo que tenía que hacer para trabajar con cultura. y de esta manera no colisionar con su cosmovisión. Comprendió que no podían ellos establecer un lugar específico para colocar las cunas, sino que las mismas comunidades eran quienes les daban el área para hacer el servicio. “No es llegar y comprar, no encasillarse en un sector. Salud se complementa con cultura, cae en lo mismo, la persona, la comunidad”.

La salud, por ende, es transversal a todo y cubre todas las expresiones humanas. Cuando comenzó a trabajar en *Cuna Más*, percibió el programa bastante enfocado en la asistencia social, en ayudar a la madre, pero no cambiar el “chip” mental del cuidado. Solo era asistencial desde el enfoque social y económico, por lo que Mendoza ayudó a cambiarlo a un programa más completo, no solo social. La enfermera María Ana Mendoza menciona en ese sentido:

“La enfermería es atender las respuestas humanas de las personas frente a la enfermedad, pero no a la enfermedad ya explícita, sino pensar si se va a presentar o no, promoción y previsión de la salud, no solo se ve la salud desde el punto de vista orgánico fisiológico, físico, sino en una cosmovisión sobre cómo abordas a las personas. Enfermería como tal es el eje central y medular donde se articula todo alrededor del individuo y la familia, para garantizar la salud. La salud, no es el acto médico, el médico

es hacer el diagnóstico de un mal. El enfermero desarrolla un ámbito en una comunidad, no ve la enfermedad sin ver como la familia de la persona responde ante cualquier riesgo o la enfermedad misma” (Entrevista a María Ana Mendoza, 14 de diciembre del 2020).

Al comprender otra cosmovisión, distinta a la occidental, y validarla, permite hacer intervenciones sanitarias en zonas indígenas enfocadas en su propia percepción del mundo, la vida, muerte, enfermedad y salud. En las comunidades, la salud y/o enfermedad, es comunitaria, colectiva. Por lo tanto, abordarla desde una perspectiva individual no estaría contemplando las mejores opciones para las comunidades, hasta podría causarles daño. La enfermera María Ana Mendoza, explicó que, por ejemplo, al trabajar con mineras, se puede percibir cómo los ingenieros analizan de manera individual y con solo un enfoque la situación. Mientras que, si en el programa hay una enfermera, podría ayudar a analizar todo el daño que hace la minería en la comunidad: el daño ambiental, pasivos ambientales de la minería ilegal, trabajo precario, prostitución, entre otras. Todo ello evidencia una ruptura con la comunidad, y por ende, también una enfermedad. Por ello, es relevante analizar la carga salud-enfermedad desde todos los aspectos humanos, para beneficiar al desarrollo tanto de la educación, cultura, salud mental, que incide en que la comunidad esté sana. La salud, por lo tanto, es transversal y cubre todas las expresiones humanas.

Por otra parte, revalorar la medicina alternativa puede servir a la sociedad occidental para recuperar saberes y usos medicinales naturales que funcionan y pueden sanar o mejorar a un paciente. Alimentos como el tocosh, que se ha usado desde tiempos milenarios, hoy se vende como “la penicilina natural” de los Andes, lo que ayuda también a dejar de tomar remedios procesados, y volver a una conexión con la naturaleza que se perdió por la industria farmacéutica que muchas veces pretende lucrar.

AIEDESEP, tomó una iniciativa para salvaguardar la medicina alternativa mediante la interculturalidad, creando el programa de capacitaciones a indígenas de la selva para que logren ser técnicos de enfermería y, de esta forma, revaloren su propia cultura desacreditada y subestimada por la perspectiva occidental. Así, la organización, mediante la formación de maestros interculturales bilingües y la instrucción de enfermeros técnicos, contribuye para proteger los conocimientos y tecnologías de salud indígenas, e incorporarlas al Estado peruano, desde una perspectiva indígena.

Por otra parte, una gran cantidad de profesionales en enfermería, tienen su primer acercamiento con comunidades indígenas a partir de su SERUMS, y así, suelen llegar sin una perspectiva intercultural ni con los conocimientos adecuados para tratar con las comunidades. Por ello, la enfermera Silvia Angulo señaló que sería necesario realizar una capacitación previa al personal antes de enviarlos a sus SERUMS, y así lograr generar un diálogo de respeto e integración con las comunidades.

7 **Las enfermeras:** luchas sociales y por la memoria



ESTE CAPÍTULO DESARROLLA LA HISTORIA RECIENTE VINCULADA A LA PARTICIPACIÓN DE LAS ENFERMERAS EN EL ESPACIO PÚBLICO. SE INICIA CON EL PROCESO DE SUS LUCHAS PARA LOGRAR LA PROFESIONALIZACIÓN Y MEJORAR SUS CONDICIONES LABORALES, ESTO ÚLTIMA DE LA MANO DE UNA DIVERSIDAD DE ORGANIZACIONES SINDICALES QUE SE HAN FORMADO. CON LA ASPIRACIÓN DE PROMOVER LA CONSTRUCCIÓN DE LA MEMORIA HISTÓRICA DE LA ENFERMERÍA, INCLUIAMOS ALGUNOS RELATOS Y REFLEXIONES SOBRE ENFERMERAS CUYO TRABAJO RESULTA INSPIRADOR, SU RELEVANTE FUNCIÓN EN LAS CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN. Y ABRIMOS TEMAS SOBRE LOS QUE POCO SE HA REFLEXIONADO EN LA CARRERA. ENTRE ESTOS ÚLTIMOS HACEMOS UNA PRIMERA APROXIMACIÓN A LO QUE OCURRIÓ CON MUCHAS/OS ENFERMERAS/OS DURANTE EL CONFLICTO ARMADO INTERNO, ACERCA DE SU PARTICIPACIÓN EN LA CAMPAÑA DE ESTERILIZACIONES FORZADAS. Y SOBRE EL IMPORTANTE PROBLEMA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

7.1 UN CAMINO DE LUCHA HACIA LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Entender y explorar las luchas de las/os enfermeras/os es sustancial para ver la forma en que esta disciplina ha logrado constituirse como uno de los gremios más importantes en el país. En ese sentido, la entrevista a la enfermera cesante Victoria (seudónimo), quien trabajó más de 20 años como enfermera especializada en el Hospital del Empleado (hoy Rebagliati), fue muy informativa acerca del proceso de lucha de los años 60 por la profesionalización. Inicia su relato cuando estudiaba en la escuela de enfermería del Hospital del Empleado, y fue testigo de la huelga de médicos y enfermeras de 1961. Recuerda que no descuidaron el cuidado de los pacientes pues, aunque no había intervenciones quirúrgicas, sí atendían a los pacientes hospitalizados.

Unos pocos años más tarde las enfermeras hicieron una gran huelga nacional indefinida,¹³ que duró varias semanas, la que buscaba (y obtuvo) el reconocimiento universitario para enfermeras de casi todas las escuelas del país que ya tenían experiencia laboral, y demandaban también que se abrieran facultades de enfermería en las universidades. Una excepción fueron las enfermeras de la Escuela de Enfermeras del Hospital del Seguro Social del Empleado, hoy Rebagliati, porque tenía todo el currículo universitario. Cabe destacar que, durante la huelga, las enfermeras mantuvieron el cuidado de los pacientes, turnándose. La huelga nacional buscaba, además, mejoras en el sueldo que era bajo, y que les dieran materiales adecuados. Ya para entonces existía la Asociación de Enfermeras del Seguro Social, a nivel nacional, así como bases sindicales en cada hospital. Señala la entrevistada que el sindicato del Empleado era muy activo, y recuerda nombres de enfermería como la señora Celia Díaz, jefa del departamento de enfermería del Hospital del Empleado, Teresa Castro, Rosita Triveño y otras, las primeras que se graduaron en la escuela del Hospital del Empleado. También vinieron a Lima delegaciones de Arequipa, Cusco y de hospitales de todo el país.

LA GRAN HUELGA NACIONAL INDEFINIDA, QUE DURÓ VARIAS SEMANAS LOGRÓ OBTENER EL RECONOCIMIENTO UNIVERSITARIO PARA ENFERMERAS DE CASI TODAS LAS ESCUELAS DEL PAÍS.

Las enfermeras marcharon coreando “Las enfermeras, unidas, jamás serán vencidas”. Las personas de la calle aplaudían y les alcanzaban agua. Salían todos los días, y se plantaron frente al Palacio de Justicia hasta la noche, trataron de llegar ante el congreso, pero no las dejaron. Aunque no les permitían llegar a la Plaza de Armas, un día decidieron separarse en grupos y avanzar sin su uniforme distintivo y sorpresivamente “tomaron la plaza” y se pusieron la casaca de enfermera delante de Palacio de Gobierno. Un *rochabús*¹⁴ las dispersó lanzándoles agua. Se reunían a planificar las acciones en el sindicato de trabajadores del Seguro, en donde varios periodistas, entre ellos una jovencísima Mónica Delta. entonces estudiante de periodismo, tomaba nota de todo.

¹³ En esta misma línea, Irma Zegarra recuerda la forma en que las enfermeras cusqueñas se organizaron para viajar a la ciudad de Lima y apoyar esta lucha por el reconocimiento universitario. Las universidades nacionales aceptaron a las estudiantes del Hospital Carrión, Hospital del Niño, Hospital Loayza, Hospital Larco Herrera, etc. y pasó lo mismo en Arequipa, Cusco, etc., cada una recibió a una escuela.

¹⁴ En el Perú se adquirió, en 1956, para que la guardia civil de asalto lo usara como instrumento represivo, una motobomba Magirus-Deutz, de dos cañones de agua, a la cual la población le puso el apodo de «Rochabus» (El nombre deriva de Temístocles Rocha, ministro de hacienda durante el gobierno del dictador Odría).

Como las huelguistas no lograban lo que se proponían, iniciaron una huelga de hambre, turnándose unas 15 o 20 enfermeras que se amarraban o encadenaban a las fachadas de iglesias e instituciones. Varias enfermeras cuidaron que no les afectara la falta de alimento y, sobre todo, de agua, y que los turnos no fuesen tan largos. Igual la huelga de hambre tuvo efectos de gran calibre sobre su salud, especialmente en el caso de algunas que resultaron muy afectadas, y aparentemente hubo algún deceso. Los médicos las apoyaron, ayudándose de las “auxiliares” (ahora, técnicas) en los consultorios, y con el apoyo de piquetes de emergencia de enfermeras para cada piso. En esta huelga también se suspendieron las operaciones, pero se cuidó a los pacientes hospitalizados.

Señala la entrevistada que la huelga de hambre ayudó a que las autoridades universitarias de esa época aceptaran que se refrendaran los diplomas de las escuelas de enfermeras. Ella y otras enfermeras “corrieron” a llevar sus diplomas para que las universidades nacionales los sellaran. Cuando se fundó el Colegio de Enfermeras del Perú, las colegiaron. Señala la entrevistada que el impacto que tuvo este logro fue inmediato, pues muchas jóvenes se entusiasmaron con la enfermería como profesión. Recuerda la señora Victoria que el currículo que se tenía en la escuela de enfermeras del Hospital del Empleado era semejante al que luego se usó en el currículo universitario, pues ellas estudiaron microbiología, cirugía, ginecología, psiquiatría, psicología, medicina, farmacia, etc., con enfermería en cada curso, e incluso antropología y sociología.

Es interesante que algunas enfermeras del seguro del empleado, que tenían gran nivel, pasaran a ser docentes en la Facultad de Enfermería, como fue el caso de la Universidad San Martín, y luego siguieron San Marcos y otras. Recuerda que el decano llamó a un grupo de enfermeras del Hospital del Empleado, de la promoción 61, para que se prepararan para enseñar en la facultad. En el caso del Hospital del Empleado, el director las apoyó dándoles 15 días sin descuento a las que deseaban viajar a estudiar enfermería en otro país (Estados Unidos, incluso China) (Entrevista a Victoria, seud., 13 diciembre del 2020).

Acerca de la vida institucional, la Federación de Profesionales de la Enfermería (luego Federación de Enfermeros del Perú - FEP) había nacido unos años antes de esta huelga. Nos dice en entrevista Liliana La Rosa, que nació en el IPSS, en 1963, y que quien la formó fue la enfermera Lourdes Espinoza, quien aún se mantiene activa. Y que fue desde la federación que se impulsó la formación del Colegio de Enfermeros del Perú. El proceso se inició en 1974, cuando la

enfermera que la presidía era Nelly Aibar de Morales. Ella y su junta directiva propusieron desarrollar un proyecto de ley para solicitar a las autoridades pertinentes la creación de un colegio profesional. En 1975 se conformó la Comisión y en 1978 se creó el Colegio de Enfermeros del Perú mediante Decreto Ley N° 22315, el que hasta la actualidad ha sido dirigido por 14 consejos directivos.

En palabras de La Rosa, Lourdes Espinoza, Nelly Aybar de Morales, Gladys Zárate y su hermana fueron los ejes del CEP, verdadera “historia viva”. Crecieron el colegio (CEP) y la federación, mantuvieron una vida institucional activa y empezaron a defender los derechos de las enfermeras. Fueron naciendo paulatinamente diversos sindicatos en la seguridad social, el ejército y el Ministerio de Salud, y hubo la aspiración a fortalecer espacios de sindicatos de enfermería a nivel nacional. Pero por falta de formación política y corrupción, no se logró entonces, ni ahora, tener una federación sindical que aglutine a todas las enfermeras.

Luego de constantes luchas por el reconocimiento de la enfermería en calidad de profesión, en 1983, la Ley Universitaria exigió que el título universitario solo fuese otorgado por universidades, llevando a que la enfermería se estudiara necesariamente en la universidad. Al año siguiente los institutos debieron establecer alianzas con universidades para la revalidación de los cursos de sus estudiantes. En 1986 surgió la Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería “como asociación consultora, asesora y auditora de la educación en enfermería” (Sánchez, 2007, p. 75).

LUEGO DE LAS CONSTANTES LUCHAS POR EL RECONOCIMIENTO DE LA ENFERMERÍA EN CALIDAD DE PROFESIÓN, EN 1983, LA LEY UNIVERSITARIA EXIGIÓ QUE EL TÍTULO UNIVERSITARIO SOLO FUESE OTORGADO POR UNIVERSIDADES, LLEVANDO A QUE ENFERMERÍA SE ESTUDIARA NECESARIAMENTE EN LA UNIVERSIDAD. AL AÑO SIGUIENTE LOS INSTITUTOS DEBIERON ESTABLECER ALIANZAS CON UNIVERSIDADES PARA LA REVALIDACIÓN DE LOS CURSOS DE SUS ESTUDIANTES.

En el 2002 se promulgó la Ley del Trabajo de la Enfermera/o que reconoce las estructuras y los niveles de la carrera y las modalidades del trabajo, aunque,

Entre el 2000 y el 2007, algunas enfermeras han ocupado cargos directivos en el Ministerio de Salud: directora ejecutiva de la Dirección de Políticas y Regulación y Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos; Experta en Sistema Administrativo I, de la Oficina de Estadística de la Oficina General de Estadística e Informática y Asesora II, del Gabinete de Asesores de la Alta Dirección del Ministerio de Salud. (Sánchez, 2007, pp. 84-86).

La insatisfacción ante las remuneraciones, la necesidad de capacitarse y progresar en la carrera y la necesidad de defenderse de los atropellos, llevó a las enfermeras a la organización sindical. Pero, como se ha señalado arriba, no se logró establecer una organización sindical única de todas las enfermeras a nivel nacional. En 1965, en el entonces Hospital Obrero (hoy Hospital Almenara) se formó lo que sería la Asociación de Enfermeras del Seguro Social Obrero, con la enfermera Rosa Esquerre como primera presidenta. Su junta directiva organizó la primera convención de enfermeras, y asistieron colegas de los hospitales de Chiclayo, Piura, Chimbote, Huacho, Cañete, Ica, Arequipa, Lima, así como de las Escuelas de Enfermeras y Policlínicos. Durante el gobierno militar se fusionaron el Seguro Social Obrero y el Seguro Social del Empleado, y formaron juntas directivas de la Asociación de Enfermeras en cada uno, siendo presidentas Angelita Leyva y Olga Nieto, respectivamente. En paros y huelgas se mostró la valentía de las enfermeras y sus líderes, como Olga Nieto, presidenta de la Asociación de Enfermeras del Hospital del Empleado, quien fue apresada 19

días en Seguridad del Estado por defender a tres enfermeras despedidas de su hospital. Con movilizaciones y la gestión de la Federación de Enfermeras se logró el anteproyecto de ley de la profesionalización de enfermería a nivel universitario y el reconocimiento profesional de aquellas colegas que habían egresado de las escuelas de enfermería hasta 1969.¹⁵

LA INSATISFACCIÓN ANTE LAS REMUNERACIONES, LA NECESIDAD DE CAPACITARSE Y PROGRESAR EN LA CARRERA Y LA NECESIDAD DE DEFENDERSE DE LOS ATROPELLOS, LLEVÓ A LAS ENFERMERAS A LA ORGANIZACIÓN SINDICAL.

Pero la Asociación de Enfermeras del Seguro Social no contaba con sindicato propio, y pertenecían al Centro Unión de Trabajadores o al Centro Federado de Trabajadores, sindicatos del Seguro Social conformados fundamentalmente por auxiliares y técnicos asistenciales y administrativos. Pese a la participación de las enfermeras en la coordinación y realización de huelgas y paros, sus intereses no se atendían pues tenían poca participación en los niveles de decisión. Por ello, la Asociación de Enfermeras, bajo el liderazgo de la presidenta Elena Soto, se desafilió de ambos centros de trabajadores, convirtiéndose en un sindicato autónomo. Así, a finales de la década de los 80, se formó el Sindicato Nacional de Enfermeras del Instituto Peruano de Seguridad Nacional (SINESSS), lo que les permitió luchar y obtener la incorporación de las enfermeras en el Escalafón de Carrera del IPSS, alcanzando el nivel P-25. El SINESSS es un sindicato muy poderoso y organizado, que concentra a numerosas enfermeras a nivel nacional. La secretaria general del Consejo Nacional Ejecutivo 2019-2022 es Marlene Vargas Camarena.

Poco antes que se formara el SINESSS, nació el Sindicato de Enfermeras del Ministerio de Salud (SINEMINSA). La enfermera Zoila Cotrina ha dirigido el SINEMINSA, y tras su salida es secretaria general la enfermera Ketty Solier. Este sindicato no ha logrado tener una presencia nacional. Cotrina formó la Federación de Enfermeras del MINSA (FEDEMINSAP), y la ha presidido por 15 años, reeligiéndose sucesivas veces. La decana del CEP Liliana La Rosa fue crítica de tal situación, pues cree en el fortalecimiento de la federación a través del recambio democrático (Entrevista a Liliana La Rosa, 29 de diciembre del 2020). Por otro lado, la FEP es actualmente presidida por su vicedecana María

¹⁵ Página Web del SINESSS <https://sinesss.org.pe/historia/>

Elena Orlandini, cercana a Solier. Cotrina (FEDEMINSAP) y Solier (SINEMINSA) son antagónicas. Muestra de ello es que el 2020 el SINEMINSA, que contaba con más de 35,000 afiliados. según manifestó Solier, no apoyó la convocatoria a huelga de agosto hecha por el FEDEMINSAP.¹⁶

En esta década, las condiciones laborales de las/os enfermeras/os han dado lugar a una serie de huelgas, con resultados poco satisfactorios para elevar sus condiciones laborales. Así, en el 2012 protestaron las enfermeras sindicalizadas de la policía y el ejército. El Sindicato Nacional de Enfermeros Civiles de la Policía Nacional del Perú (SINECPOL) y el Sindicato de Enfermeras del Ejército del Perú (SINEEP) acataron un paro de 24 horas, exigiendo el cumplimiento de sus reclamos. Las enfermeras del ejército demandaron el pago de la asignación extraordinaria de 1200 soles por el año 2008, con sentencia judicial, la que había sido apelada por el Ministerio de Defensa. También reclamaron por el recorte en el pago de guardias y AETA al personal de salud de periféricos y regiones militares, y acusaron al Comando de Salud del Ejército. con sede en Lima. de cometer anomalías. Por su parte, el SINECPOL demandó que se incluyera en el presupuesto correspondiente al Ministerio del Interior, los incentivos económicos de alimentación y asistencia nutricional, modificatoria de la Directiva N° 18-64-2006-DIRSAN-B, acorde con la Resolución Ministerial N° 136-2012-MINSA, sobre la asignación de incentivos laborales y nivelación automática según tiempo de servicios. del personal de enfermeros civiles de la PNP, entre otras.

El 9 de agosto del 2013, tras 23 días de huelga indefinida de enfermeras, la secretaria general de la pequeña, aunque combativa Federación de Enfermeras del Ministerio de Salud del Perú (FEDEMINSAP) llegó a un acuerdo con el gobierno de Ollanta Humala. Señaló que, en base a él, se aumentarían 1000 soles a las enfermeras, obteniendo como sueldo mínimo 2,239 soles desde el nivel inicial para las enfermeras nombradas por la ley 276; en el 2014 serían nombradas un grupo de las enfermeras contratadas; y se nivelarían los sueldos de las enfermeras que trabajaban en el interior del país, con los de Lima. Indicó que esto era para ellas algo muy importante, pues se estaba revalorando el trabajo de las enfermeras. La ministra de Habich. a cargo del MINSA, señaló que se les descontaría a las enfermeras que acataron la huelga.

¹⁶ <https://andina.pe/agencia/noticia-sindicato-nacional-enfermeros-del-minsa-no-acatara-huelga-nacional-677691.aspx>



Foto: Diario Correo, 8 agosto de 2012. En Huancaayo, 12 enfermeras del Ejército Peruano y 16 de la policía, se unieron y salieron a las calles con pancartas y banderolas en mano exigiendo que se cumplan sus exigencias.

En el 2014 hubo una huelga impulsada por el Sindicato Nacional de Enfermeras del Seguro Social de Salud del Perú (SINESSS), para conseguir la contratación de enfermeras, lo que es un problema central pues dicha carencia coloca en situación de vulnerabilidad a numerosos profesionales de este sector. La fiscalía inició investigación penal contra las enfermeras de EsSalud (SINESSS) en huelga, señalando que en diversas oportunidades el personal “abandonó áreas críticas del hospital poniendo en riesgo la vida y la salud de los pacientes”, pues se suspendieron varias intervenciones quirúrgicas. Pero esto nos llama a sospecha, si atendemos a la informada opinión de Liliana La Rosa, quien señaló que las enfermeras nunca abandonaban las operaciones de urgencia durante las huelgas. Esto hace ver cómo se ha perdido la memoria histórica reciente de las huelgas de enfermeras y médicos, en las que se suspendían las operaciones no urgentes, pero sin abandonar a los hospitalizados.

Los bajos salarios hicieron que en agosto del 2017 se llevara a cabo otra huelga indefinida organizada por la poderosa SINESSS y la FEDEMINSAP, al lado de la Federación de Obstetras, demandando mejores salarios (ajustar la escala salarial), mayores plazas para contratación de profesionales, el nombramiento de contratados, así como un mejor ambiente laboral. La ministra de salud Patricia García señaló que el gobierno anterior había dejado al sector salud en crisis,

lo que había generado que los gremios (médicos, enfermeras, obstétrices) se sintieran engañados. Y que estaban intentando llegar a acuerdos sobre la escala salarial, no solo con los médicos sino con las 16 categorías de trabajadores de salud, porque ello representaba “un punto importante en la revalorización del ser humano” (Diario *El Comercio*, 10 y 15 de agosto 2017). Tras 7 días de huelga sin llegar a acuerdo, incluso una protesta frente al Ministerio de Salud, la dirigente Cotrina del FEDEMINSAP, calificó la oferta hecha por el MINSA como “declarativa”, pues no establecía “montos ni tiempos” para sus reclamos principales. Según el MINSA, en Lima Metropolitana la medida había sido acatada sólo por el 2% del personal (*El Comercio*, 15 de agosto 2017).

LOS BAJOS SALARIOS HICIERON QUE EN AGOSTO DEL 2017 SE
LLEVARÁ A CABO OTRA HUELGA INDEFINIDA, ORGANIZADA POR LA
PODEROSA SINESSS Y LA FEDEMINSAP, AL LADO DE LA FEDERACIÓN
DE OBSTETRAS, DEMANDANDO MEJORES SALARIOS.

En mesa de diálogo, el MINSA se comprometió a incluir el incremento de las remuneraciones en el Presupuesto 2018, y asegurar que durante ese gobierno se implementara progresivamente la escala salarial a todos los profesionales de enfermería. Sujeto a certificación del presupuesto 2017, el MINSA se mostró dispuesto a regularizar la condición contractual de las/os enfermeras/os que prestan servicios bajo la modalidad de “servicios por terceros”, al régimen laboral de la Contratación Administrativa de Servicios (régimen CAS). Con esto, el FEDEMINSAP levantó la huelga. (Diario *El Comercio*, 19 de agosto 2017) Lamentablemente, muchos ofrecimientos han ido quedando incumplidos, y la situación se ha complejizado más en la actual pandemia, como se verá en el capítulo 9.



Foto Diario *El Comercio*, 15 de agosto de 2017. Marchan enfermeras del SINESSS.

Nuevamente, a inicios de diciembre del 2018, la FEDEMINSAP inició una huelga en Lima y provincias, exigiendo el incremento de la escala remunerativa y que se disminuyera el contrato por terceros (tercerización). La dirigente Cotrina explicó que esto último generaba una condición precaria para las enfermeras/os en todo el país. Tras dos semanas de paralización, se firmó el acta de acuerdo para el incremento en la escala remunerativa, entre las representantes de la FEDEMINSAP y los del MINSA, entre quienes se encontraban la ministra Silvia Pessah, el viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud y el director general de la Dirección de Personal de la Salud del MINSA.



Foto: Diario *El Comercio*, 13 de diciembre de 2018.

A continuación, mostraremos algunos aspectos organizativos de uno de los sindicatos de enfermeras, a través de la voz de una enfermera que se desempeña como dirigente sindical del Hospital Rebagliati. Inició señalando que en el sistema de la seguridad social tenían un gremio sindical muy fuerte, el Sindicato Nacional de Enfermeras del Seguro Social de Salud del Perú (SINESSS), y que se solían reunir todos los dirigentes de hospitales que formaban parte (“bases”), a nivel nacional, en las plenarias nacionales. En cada hospital, una junta directiva lideraba el sindicato, ocupando los cargos de secretaría general, subsecretaría, secretaría de defensa, secretaría de organización. La afiliación al sindicato era voluntaria, pero la tendencia era que la mayoría se afilie. Por ejemplo, en el Hospital Rebagliati hay unas 1,800 enfermeras y las afiliadas son aproximadamente 1,400. Señaló que las otras 400 no se afiliaban debido a su tipo de contrato (CAS o por terceros). Que tenían en la junta directiva de ese hospital un varón, aunque la mayor parte de integrantes de la enfermería (97% o 98%) eran mujeres.

En Lima, las representaciones de la base Rebagliati, la base Almenara, la base Sabogal, la base Pizarro, etc., llevaban sus problemas al pleno nacional. Éste solía realizarse en Lima, que tiene más hospitales, pues resultaría caro movilizar a sus representantes a otra ciudad, aunque alguna vez se realizaron plenarias en Chiclayo, Trujillo e Ica. Cada base (Tumbes, Tacna, Arequipa, Moquegua...) enviaba a Lima por lo general solo a su secretaria general, quien traía la problemática local. Por ejemplo, tal gerente maltrató a la enfermera jefe; en la plenaria se veía la forma de corregir eso, solicitando la censura a dicho funcionario. Todos estaban enterados a nivel nacional y se apoyaban. (Entrevista a Guisela Chávez, 12 diciembre del 2020).



Carnet de XIII Congreso Nacional Ordinario de Delegados del Sindicato Nacional de Enfermeras del Seguro Social de Salud del Perú (2019)
Foto cortesía de Guisela Chávez

7.3 EXPERIENCIAS PERSONALES DE IMPACTO PÚBLICO

La enfermería cuenta con profesionales que han tenido o están teniendo una gran influencia sobre la sociedad. Hemos seleccionado dos casos, pero hay muchos más en todo el país, por lo que invitamos a las profesionales de enfermería -docentes universitarias, tesistas, enfermeras investigadoras, el CEP- a levantar información sobre ellas/os a partir de artículos de revistas académicas, notas periodísticas, entrevistas, fotos, etc.

7.3.1. Enfermera Cristina Magán

En el ámbito duro y complejo de las niñas, adolescentes y mujeres contagiadas con infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA, queremos destacar el papel relevante de la enfermera Cristina Magan. Ha sido jefa de enfermería del Centro Antivenéreo de Lima (hoy Centro de Salud Raúl Patrucco). Ha trabajado del 2003 al 2013 como responsable de poblaciones vulnerables (LGTBQ+ y trabajadoras sexuales) en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS y VIH-SIDA en el Ministerio de Salud, en coordinación con el Área de Salud del Niño y el Adolescente. Actualmente es parte del equipo técnico del Curso de Vida del Adulto Mayor, brindando asistencia técnica a las regiones del país para fortalecer el cuidado integral y cuidados domiciliarios, abordando los temas de la sexualidad en el adulto mayor. Es miembro asociado del Movimiento El Pozo que apoya, hace varias décadas, a mujeres que se encuentran en situación de prostitución.

Magán, a lo largo de 24 años, ha desarrollado estrategias de intervención dirigida a personas con alto riesgo de adquirir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, y capacitado en consejería especializada a este grupo poblacional. Asimismo, ha participado como parte del equipo de la Aids Healthcare Foundation (AHF)-México y desarrollados talleres de consejería en Brasil, Argentina y Perú.

Si bien no ha sido posible entrevistar a Cristina Magán como hubiéramos deseado, podemos oír su voz a través de la lectura de una importante intervención que tuvo, de las muchas valiosas con las que esta enfermera ha puesto su vasta experiencia al servicio del país. Revisamos el acta de una sesión de la Comisión “Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad”, del Congreso de la República, del 17 junio del 2008, en la que Magan participó,

al lado de otros representantes del ejecutivo y el Ministerio Público, como representante de la Estrategia Sanitaria ITS VIH/Sida del MINSA.

Magán explica la problemática de niños y adolescentes de ambos sexos vulnerables a las infecciones de transmisión sexual. Incluye a las que se infectan en situación de prostitución, de explotación sexual, y a las que se infectan (y a veces también se embarazan) al mantener contacto sexual con otro adolescente. Señala que las niñas y jóvenes “de la calle” y las adolescentes con “conductas sexuales de riesgo” tienen en común que carecen de respaldo familiar, pero a menudo tienen ante sí una carga familiar: sus hermanitos menores, sus propios hijos, algún progenitor enfermo.

Narra que muchas mujeres que se prostituyen ahora, empezaron siendo adolescentes. En aquel momento, al menos tenían acceso a control y a asistencia médica. Pero la Ley N° 26842 Ley General de Salud norma que los menores de edad que soliciten asistencia médica, únicamente pueden obtenerla si van acompañados de sus padres... y los adolescentes con conductas sexuales de riesgo no van a abrirse con su familia. Una adolescente de 17 años, aunque sea madre de familia, no tiene acceso a los servicios de salud por ser menor de edad; tampoco ella ni su pareja tienen derecho a hacerse una prueba de despistaje para el VIH, por ser menores de edad.

Magán, como enfermera, concluye que si hasta los años 90 se atendía a quien lo solicitaba, ya no se podía llegar legalmente a esa población con conducta sexual de riesgo. Ello porque la ley prohíbe que adolescentes menores de 18 años soliciten atención en un centro de salud. Igualmente, penaliza a los proveedores de salud (médicos, enfermeras, psicólogos, obstetras) si los atienden sin el permiso de sus padres. Agrega que, si una adolescente quedara embarazada de su enamorado de su misma edad, no diría quien es su pareja para que no vaya preso. Expresa que los profesionales como ella, que trabajan en salud, quieren poder atender a estos adolescentes.

A PARTIR DE LA DÉCADA DE LOS 90S YA NO SE PODÍA LLEGAR LEGALMENTE A LA POBLACIÓN CON CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO. ELLO PORQUE LA LEY PROHÍBE QUE ADOLESCENTES MENORES DE 18 AÑOS SOLICITEN ATENCIÓN EN UN CENTRO DE SALUD; IGUALMENTE, PENALIZA A LOS PROVEEDORES DE SALUD (MÉDICOS, ENFERMERAS, PSICÓLOGOS, OBSTETRICES) SI LOS ATIENDEN SIN EL PERMISO DE SUS PADRES.

Intervenciones ante el poder legislativo como la de la enfermera Cristina Magan, sumadas a otras, hicieron posible que en el 2018 se aprobara el Reglamento de la Ley 30466, que en el artículo 11.6 garantiza el acceso de niños y adolescentes a servicios de salud.

INTERVENCIONES ANTE EL PODER LEGISLATIVO COMO LA DE LA ENFERMERA CRISTINA MAGAN, SUMADAS A OTRAS, HICIERON POSIBLE QUE EN EL 2018 SE APROBARA EL REGLAMENTO DE LA LEY 30466, QUE EN EL ARTÍCULO 11.6 GARANTIZA EL ACCESO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES A SERVICIOS DE SALUD.

Cristina Magan ha publicado en el 2011, al lado de otros autores, “Análisis bibliométrico de la producción científica sobre VIH/SIDA en el Perú 1985-2010”, en la *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 28 (3). En él se constata que, si bien se ha producido un aumento en la producción científica sobre VIH/SIDA en el Perú, esas investigaciones no han emanado de una agenda nacional consensuada y basada en prioridades de investigación, la cual está aún por construirse.

7.3.2. Enfermera Antonia Hinostroza

Hoy en día se desempeña en calidad de subdirectora regional de salud de Ucayali. Es la segunda ocasión que ocupa este cargo, lo que implica la presencia de enfermeras en puestos de tomas de decisiones. De ahí que estudió dos especialidades: salud familiar y comunitaria. y recursos humanos. Las eligió por las necesidades de su cargo. Por ejemplo, la elección de la primera se relaciona con el trabajo frecuente de DIRESA con establecimientos del primer nivel de atención, los cuales son centros y puestos de salud que se orientan por el enfoque territorial, el comunitario, las alianzas con los gobiernos locales, los actores sociales, instituciones y otros. Con respecto a la especialidad de recursos humanos. su interacción constante con el personal de salud justifica su elección. Con ellos se establecen planteamientos, soluciones. Así, la especialidad le brinda herramientas para un mejor desempeño.

Cuenta con 30 años de servicio y a lo largo de ellos “he estado en diferentes niveles de atención. Desde enfermera de un centro de salud en una zona rural, (...) donde era la única enfermera, todos eran técnicos de enfermería”. También

enfrentó en la región la epidemia del cólera, en 1991, además de la epidemia del dengue, en el 2019. Con respecto a la epidemia del cólera, estuvo en Aguaytía. Había solo dos médicos, aplicaron los protocolos respectivos, tuvieron un fuerte apoyo de los líderes comunales. Ante la falta de personal, tuvieron que hacer frente a las dolencias de la población. Se enfatizó el tema preventivo, especialmente el lavado de manos y el uso de las sales de rehidratación oral. También enfrentó la coyuntura del conflicto armado en la región.

Ante las coyunturas de epidemias, es importante llamar la atención en las vacunas. Sobre el tema señala:

“Estamos muy mal en temas de vacunación a nivel de país y nosotros como región, más todavía. No estamos hablando, preparándonos para la vacuna del COVID, sino para la vacunación que tiene que ver con todas las vacunas completas que debe tener nuestro niño, nuestra madre gestante, nuestro adulto mayor. ¿Cuántos meses hemos parado? Todas nuestras coberturas se han venido abajo. Ahora queremos retomarlo, pero bajo esta estrategia de que solo funcionan las emergencias, entrevistas, telemonitoreo. Pero eso no funciona bien. Peor, en zona de selva donde no podemos estar con trabajos remotos. Ni internet tenemos. Ahora ha empezado a llover, pero el cielo se cierra y nos quedamos sin internet. Y más en las zonas rurales” (Entrevista a Antonia Hinostroza, 1 de enero del 2021).

Su amplia experiencia en el sector salud de la Amazonia es muy valiosa para planificar, ejecutar y monitorear políticas en favor de la salud de estos miles de peruanos/as que, por tradición histórica, han estado relegados de cubrir sus necesidades básicas (agua, desagüe, luz, salud, educación, etc.) por parte de las autoridades. Además, la zona en que trabaja es un espacio fronterizo que hace aún más significativa su experiencia. En calidad de limeña, ha tenido un inmenso enriquecimiento de la visión centralista que pudo tener hacia otra que se abre a la importancia de escuchar, conocer y reconocer la valía de los sujetos, los grupos y las culturas de esta zona urbana y rural de la Amazonia.

Su compromiso con sus labores de funcionaria de la salud pública es evidente desde que conversas con ella. Aunque, su sueldo no es el mejor ni el que desearía tener por la intensidad de sus tareas, no obstante, su compromiso la empuja a concentrar su energía en todo lo que puede realizar. A pesar de que la burocracia sea un impedimento para dinamizar sus funciones, ella no

se rinde, aprende los nuevos formatos y requisitos para responder mejor a los nuevos requerimientos que están implementando para mejorar y hacer más transparentes las labores de los funcionarios públicos. Podría ganar más como enfermera clínica, pero considera que puede hacer más por los/as peruanos/as en calidad de funcionaria de la salud. Además, ella ha llevado especialización y posgrado, incluyendo doctorado, con el fin de prepararse mejor en sus funciones. Anima a las/os demás enfermeras/os para que ingresen en la administración.

7.3.3. Enfermera Liliana La Rosa

Es posiblemente la más conocida de las enfermeras peruanas, por ser la actual decana del CEP, por haber sido durante casi un año ministra de desarrollo e inclusión social (MIDIS) (2 abril 2018-11 marzo 2019) durante el gobierno de Martín Vizcarra, por haberse especializado en políticas públicas, pero sobre todo, por su alto perfil académico y público. Sus estudios y posgrados, el ejercicio de cargos de representación y de confianza, y su activa participación en eventos internacionales y nacionales, es un tipo de información al que se puede acceder en el Internet. Pero nos llama la atención y nos parece inspirador conocer los factores y etapas que la llevaron a forjar una voz pública de la enfermería, reconocida en el país y en el extranjero.

¿Cómo se construyó esta meritocrática líder de enfermería, con valores sociales y humanitarios muy claros y fuerte carisma? En base a una entrevista que realizáramos a Liliana La Rosa el 28 de diciembre de 2020 ("entrevista"), presentaremos la condición socioeconómica de su familia, los fuertes mandatos materno y paterno que recibió, así como las influencias ideológicas con las que dialogó y de las que tomó distancia, así como las coyunturas que la llevaron a tomar decisiones y a construir un camino propio.

Liliana La Rosa se hizo enfermera inspirada por la militancia cristiana de izquierda en Huacho, su ciudad natal, y porque desde chica le gustaba cuidar heridas. Vivía en una "barriada" (pueblo joven.) y era pobre, pero tenía una familia bien estructurada. Su madre tuvo una gran influencia sobre su vocación de servicio. Era dirigente del barrio, una mujer muy solidaria que en la época de los comedores de Violeta Correa (Acción Popular), cocinaba grandes pailas y mandaba a sus hijos a repartirlos a los más pobres. La joven Liliana aprendió de su madre a curar a otros con aceite de ricino, alumbre y pasándoles el

huevo para aliviar el dolor de cabeza. Siempre llevaba consigo Merthiolate, Mentholatum, agua oxigenada; también aluminio que su madre le encargaba pasar por la espalda a la persona con “aire”, así como poner papas para la fiebre, o llantén para los pies hinchados.

Recibió de su madre mandatos de género muy claros y contundentes: “nunca dependas de un hombre para nada, tienes que ser independiente, no tienes que pedirle nada a un hombre, tienes que valerte por ti misma. Y para eso tienes que educarte y trabajar. Nadie te va a robar tu cabeza. Te pueden robar joyas, nada de eso tiene importancia. Lo importante es que tengas los pies en el suelo y que sepas estudiar” (Entrevista).

La idea de ser profesional vino de su casa y se fortaleció en el colegio de las madres dominicas, en Huacho, al que asistió junto con las hijas de los hacendados, los “italianos con tierras” y los profesionales. Su padre era chofer y no iba a las reuniones de padres de familia “porque era negro”, pero sí lo hacía su madre. Aunque no había profesionales en la familia, su madre insistía: “tienes que ser profesional; si no, no eres nadie”, y su padre, velasquista, le decía “tienes que ser abogada de los pobres, pues los engañan por analfabetos. Los hacendados tienen esa cantidad de tierras no porque hayan trabajado, sino por ladrones”.

El hondo compromiso social de Liliana La Rosa nació del ejemplo de sus padres. Él fundó el primer sindicato del APRA en el valle Huaura-Sayan, en la hacienda Andahuasi y luego participó en la lucha por la reforma agraria con Velasco. Su madre lideró la toma de tierras y la formación del barrio “Domingo Mandamiento” (Huacho), en donde La Rosa viviría con su hermano. Su padre siempre le recordó su pobreza y la de los otros, para que nunca dejara de tener los pies sobre la tierra: “Mira negra, Ramón Castilla nos dio la libertad, pero Velasco nos devolvió la dignidad”. Era un mandato, y yo me he peleado toda mi vida con mis amigas, hijas de gamonales, repitiendo: “Velasco nos devolvió la libertad”. Su madre le pasó el sello de persona cuidadosa y comprometida, pues a las marchas por agua y desagüe la llevaba con su mejor vestido, y la ubicaba cerca de la pancarta. Para ella el activismo social resultó natural: “yo pensaba que todos los niños marchaban, que era lo normal”.

En el colegio influyó en ella una religiosa de Teología de la Liberación (TL), quien le habló del amor de Dios por sus hijos predilectos, los pobres. A los

12 años se unió al grupo de la parroquia, que se convirtió en su familia tras la separación de sus padres. Le influyeron las charlas de Rolando Ames y Javier Iguiniz sobre la liberación de los pobres, pero con la llegada de Sendero Luminoso a la parroquia, los intelectuales se alejaron. ¿Era o no legítimo el recurso a la violencia? En la parroquia la confrontación política fue muy fuerte al respecto, y La Rosa -con 15 años- se enfrentó a los senderistas pues no se podía “matar al hermano”.

La Rosa entró a la recién fundada Facultad de Enfermería en la Universidad de Huacho y fue dirigente estudiantil, pero el ambiente era de alta conflictividad. La Rosa se interesó por las ideas renovadoras de la directora de enfermería acerca de la relevancia de la atención primaria, y a los 17 años decidió estudiar en Lima, ingresando a la Escuela de Enfermeras del Hospital del Niño. Hacía trabajos eventuales y conseguía pequeñas becas para costear sus alimentos y habitación. Fueron años duros y muchas veces se encontró en situaciones de riesgo por ser una chica provinciana sola. Le gustó mucho su profesión desde que empezó a estudiarla e ir a las prácticas en el hospital y ser voluntaria en Collique, pero tras los 5 años de carrera, prefirió hacer el internado en el centro de salud de un pueblo joven. Lo decidió así por su percepción de que la salud pública estaba garantizada en el hospital (higiene, remedios, equipo), pero no era así en el barrio, por lo que quiso convertirse en enfermera comunitaria. Hizo la tesis sobre atención primaria de salud en 4 puestos de salud en Condevilla, y atendía a pacientes tuberculosos, veía control de crecimiento, etc.

Trabajó luego en Lima Norte en la ONG Micaela Bastidas, luego en la ONG Alternativa, Por ello, con el objetivo de entender mejor a la población, hizo el diploma de estudios sociológicos en la Universidad Católica (1989-1990), mientras trabajaba en Lima Norte con jóvenes católicos dedicados a atender a niños desnutridos, madres adolescentes y comedores populares. Por esos años se acercó a las actividades de las feministas de las ONG Flora Tristán y Manuela Ramos, que le “rompieron las ideas conservadoras” y terminó defendiendo las diversas orientaciones sexuales, así como el aborto terapéutico y para las madres adolescentes que habían sido violadas. El feminismo impactó radicalmente en su visión sobre enfermería, y fue derivando a la educación sexual, pues le indignaba la mortalidad de esas chicas obligadas a continuar un embarazo producto de violación, abandonadas a su suerte por el Estado. Fue presidenta de la primera promoción de la Maestría de Salud Comunitaria en Cayetano Heredia. Carlos Eduardo Aramburú, profesor suyo de la PUCP

y, a la sazón presidente del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la invitó a realizar una consultoría para hacer un proyecto sobre juventud, en la Presidencia del Consejo de ministros. Luego fue designada directora general de comunicaciones. encargada del Programa Nacional de Juventud, su primera experiencia como funcionaria pública a los 26 años. Allí trabajó con el embarazo adolescente, las organizaciones juveniles, proyectos sociales para jóvenes, y surgió su aprecio por la gestión pública. Se hizo el Plan Nacional de Juventud, el que se gestionó con el Banco Interamericano (BID) y se logró una articulación multisectorial con los ministerios de Trabajo, Salud y Educación en materias de políticas de juventud. También se dio capacitación multisectorial a autoridades locales de municipios de todo Lima y Callao.

Como enfermera siempre mantuvo el interés por la salud comunitaria (no la salud pública de los hospitales), por “el gobierno de la atención primaria”, cuya gestión permite actuar sobre los determinantes de la salud, desde el barrio, desde la gente, con empoderamiento ciudadano, con protagonismo popular.

LA ATENCIÓN PRIMARIA ES ACTUAR SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD: DESDE EL BARRIO, DESDE LA GENTE, CON EMPODERAMIENTO CIUDADANO, CON PROTAGONISMO POPULAR.

El año 1992 fue difícil para La Rosa, pues renunció a su labor en el Estado ante el autogolpe de Alberto Fujimori y los despiadados despidos de varios compañeros de trabajo. Además, recibió amenazas de muerte por parte de los senderistas en Chorrillos y Villa El Salvador. Desempleada, volvió a hacer guardias y luego trabajó en varias ONG. Entró a trabajar a Pathfinder, donde hizo un proyecto con USAID para crear los primeros servicios de salud pública para adolescentes, con el MINSA, con la Dirección Regional de Salud (DIRIS) Lima Sur, y con la dirección de la doctora Lucy Lopez [Nota: especialista, en la década de 1990, de programas de la Oficina de Salud, Población y Nutrición de USAID/Perú, y enlace entre USAID y el MINSA].

A la par que hacía el proyecto, puso su servicio de consejería para adolescentes en la ONG ProFamilia, e hizo los módulos educativos, el material, el diseño, etc. Y logró trabajar como coordinadora adjunta de capacitación en el Programa de Entrenamiento de Epidemiólogos de Campo (PREEC), un plan de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Fue parte de la fundación del

Centro de Salud Pública en la UPCH, y creó el primer diploma en salud del adolescente, con mención en salud sexual y reproductiva. En 1995 ganó una beca del BID para estudiar una maestría en gestión y políticas públicas en la Universidad Católica de Chile, y su tesis fue sobre la gestión de servicios de salud para adolescentes. Paralelamente y con un fuerte sentido de militancia social, fue escribiendo lo que a la fecha son 13 libros. [Nota: entre ellos, *Modelos de Atención de salud para adolescentes en el sector público: Estudio de diez Experiencias en el Perú*. Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud -2002.¹⁷ Sin pretenderlo se convirtió en consultora internacional, trabajando para la FAO, UNFPA, GIZ [Nota: Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, cooperación internacional para el desarrollo, con sede en Bonn], y así fue a Paraguay y a Bolivia. En Perú fundó la ONG Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud, para dar consultorías. Se fue a vivir a Argentina, a trabajar en salud del adolescente, políticas de juventudes, a hacer voluntariado, a dar clases. (Entrevista a Liliana La Rosa, 28 diciembre del 2020). En 1999 La Rosa completó su formación como especialista en salud internacional en la OPS, en Washington. En el 2008 fue asesora del ministro de Salud, Oscar Ugarte y luego hasta el 2015 fue directora de cooperación internacional, sucesivamente en el MINSA, Relaciones Exteriores, la PCM y finalmente en el Ministerio de Trabajo. Ha ejercido la docencia en Ciencias Sociales, de la PUCP. Como se indicó al inicio, fue elegida decana del Colegio de Enfermeros en el 2018 y durante 11 meses ha sido ministra del MIDIS.

La Rosa señala que, si bien sus oportunidades profesionales se fueron dando sin planearlas y muchas sin buscarlas, en base a lo que ya estaba haciendo, la suya no es una historia de triunfo. Muchas veces la pasó mal, pero aprendió de todo ello y eso la comprometió con una mirada reivindicativa de las mujeres, y la necesidad de impulsar su crecimiento y empoderamiento.

El Cuestionario autoaplicado fue respondido por un total de 348 enfermera/os. En la pregunta 31 “¿Reconoce alguna figura inspiradora en el sistema de salud? ¿Quién y por qué?”, la persona que fue mencionada más veces fue una enfermera peruana contemporánea, no una figura mundial (Florence Nightingale, Teresa de Calcuta). Se trata justamente de Liliana La Rosa, quien aparece en 58 respuestas (16.67%). ¿Qué ven en Liliana La Rosa? Las respuestas aluden a su tesón y fortaleza que la llevaron, a través del estudio y la preparación, a hacerse de un lugar en la profesión y ocupar el cargo de ministra, así como su

¹⁷ <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/418918/233383963132462187620191107-32001-komgj2.pdf>.

preocupación por llegar a las poblaciones más vulnerables. Que no tuvo temor o vergüenza a definirse como enfermera; antes bien, habló con mucho orgullo de su profesión y le abrió espacios a la enfermería. Destacan en ella cualidades como el liderazgo, la inteligencia, la empatía, la franqueza, el espíritu de servicio, la sencillez. Valoran que por primera vez una líder de enfermería salga a los medios de comunicación a dar a conocer el trabajo de este gremio. Asimismo, valoran las capacitaciones virtuales gratuitas que ha brindado el CEP durante su gestión. La Rosa es consciente de su imagen de luchadora: “Mi legado, si lo tengo, ha sido sembrar la indignación, la capacidad de resistencia, no tener miedo a nada...” (Entrevista a Liliana La Rosa, 30 diciembre del 2020).

“MI LEGADO, SI LO TENGO, HA SIDO SEMBRAR LA INDIGNACIÓN, LA CAPACIDAD DE RESISTENCIA, NO TENER MIEDO A NADA”
LILIANA LA ROSA.

7.3.4. Enfermera María Ana Mendoza

La gran relevancia del personal de Enfermería en las inmunizaciones se puede ejemplificar con la labor de María Ana Mendoza, quien se ha desempeñado en varias labores y campos a lo largo de su carrera. Entre ellos, ha sido directora de inmunizaciones por ocho años, consultora en el Ministerio de Economía y Finanzas, directora de planeamiento en el Ministerio de Cultura, jefa de la unidad técnica e integral en *Cuna Más*.

POR OTRO LADO, EN EL CONTEXTO COYUNTURAL PRODUCIDO POR LA COVID-19 EL ROL DE LAS ENFERMERAS SERÁ CENTRAL PARA LOGRAR LA INMUNIZACIÓN DE LA POBLACIÓN EN UN CORTO PERÍODO DE TIEMPO.

También ha sido directora adjunta de la Dirección General de Administración en el Ministerio de Salud, ha apoyado en ATIPAI, participando en convenio con UNICEF. Asimismo, ha dictado en diferentes Universidades del país, y en instituciones internacionales y, actualmente, sigue realizando asesorías a todas las enfermeras que lo necesiten, si no comprenden algunas normas o indicaciones, pues le entusiasma poder ayudar. También hace asesorías y capacitaciones a nivel regional, y gratuitas para apoyar a enfermeras dedicadas a las inmunizaciones.

Empero, Mendoza, ante todo, es una experta en vacunología. Estuvo trabajando en el MINSA hasta julio del 2020, en el área de logística y programática, realizando análisis situacionales respecto a la cadena de frío para la vacuna contra la COVID-19. Asimismo la entrevistada enfatizó que, en cualquier Institución de salud exitosa, siempre hubo enfermeras trabajando para poder lograrlo.

Por ejemplo, el avance en las inmunizaciones en el país, estuvo a cargo de las enfermeras, quienes apoyaron en las investigaciones clínicas. La entrevistada relató que, eran ellas, las coordinadoras de las sedes. Aún así, cuando las empresas transnacionales realizaban estudios, buscaban a un investigador líder, que fuera médico. A pesar de que, para poder reclutar a pacientes y realizar las muestras necesarias de analizar, eran las enfermeras las que lograban el éxito, ya que sabían cómo captar al paciente y abordar a las familias.

Asimismo, eran las encargadas de administrar el centro de investigación, ya que su formación les permite gestionar el funcionamiento de un centro de salud. Hoy, con la delicada situación en la que nos encontramos con la emergencia sanitaria global, se han reportado problemas para lograr la cantidad de muestras necesarias para las vacunas. Lo que se debería a que, “la mayoría de los captores son médicos, no enfermeros. Se pierde la mística. Los médicos generalmente quieren este trabajo porque es bien remunerado y tiene visibilidad, pero no cuentan con la misma llegada que las enfermeras”.

El cambio y dificultad actual sería que, las enfermeras, al ver la salud de manera holística, tienen “una capacidad mayor en el sentido de internalizar las cosas porque así es su currículo, es más exigente que el de un médico, o al menos el mío”. Por ejemplo, recuerda cuando el médico recapitular Medrano, reemplazó a la enfermera Carolina Cera. Él provenía de la misma facultad que la ministra Mazzetti, quien lo contrató durante el gobierno de Toledo. La entrevistada comentó que, a pesar de que el médico era un excelente vacunólogo, no sabía hacer gestión. “El médico puede ser experto en algo, pero al ser tan especializado no ven de manera gerencial y general cómo esperar un servicio alrededor del cuidado de un paciente. Requiere de muchas aristas”.

Por este hecho, en el 2004-2005, la contrataron como consultora para entender qué ocurría con las vacunas, cómo funcionaban las inmunizaciones, ya que, explicó, hay procesos tanto antes, durante y después de la vacunación. Y, todos los momentos deben “engranarse” entre sí, lo que no estaba ocurriendo en este caso. “No es solo vacunar e irse”, expresó.

Por ende, Mendoza le explicó a Mazzetti que su oficina de administración funcionaba mal porque existía un problema con todo el proceso. Al principio, confesó, no le creyó su diagnóstico.

"Imagínate, decirle eso a una ministra. Que no funcionaba su oficina; que compraba mal; que había pérdida en almacenes; mal plan operativo, etcétera. La mujer me quería hacer trizas, me puso en una sala como "acuseta", pero como soy consultora, le mostraba todo con papeles, y análisis. Por ejemplo, la vacuna había llegado hace seis meses, y se deben retirar de las aduanas en máximo cinco días, pero seguían ahí. Imagínate, seis meses pagando ahí aduanas en el almacén. Había un problema también porque habían comprado con fecha corta, aparte se les iba a vencer sin desaduanar. Yo mostré todas las pruebas, y se dieron cuenta que tenía razón".

Luego, le ofrecieron hacer un gran trabajo de consultoría, que, al principio, sería solo por seis meses, pero finalmente terminó ejerciendo durante ocho años el cargo. Acabó para el gobierno de Humala, cuando las cosas ya estaban "desgastadas". Quien la reemplazó no fue una enfermera, sino un estudiante de medicina. Mendoza se había hecho cargo de la estrategia, y uno de los problemas, para la entrevistada, ha sido también que las enfermeras han tenido que dejarles "todo servido" a los estudiantes de medicina que empezaron a reemplazarlas, lo que ha invisibilizado aún más la labor del personal de enfermería.

Mendoza, de esta manera, cambió el esquema organizativo, y lo enfocó pensando en los niños. Por otro lado, explicó en la entrevista que su primera opción de carrera fue medicina, pero que, debido a problemas de salud y económicos, no pudo seguir en la universidad. Luego de un año de abandonar sus estudios, decidió entrar a enfermería para convalidar cursos y lograr así volver a ingresar a medicina. Sin embargo, al ir avanzando en la carrera de enfermería, nunca más quiso volver a ser médica.

Asimismo, agradece haber entrado a enfermería, y tener gracias a ello una mirada integral sobre la salud y el ser humano, pues aquello le ayudó a tener los recursos necesarios para afrontar la enfermedad de sus hijos (tienen mucoviscidosis, fibrosis quística de pulmón y páncreas). Hasta hoy, ya adultos, dependen mucho de ella, pues tienen un ligero retardo en su desarrollo. Así, fue aplicando lo que conocía para ayudarlos, pensando también en todos los niños

del país. En la entrevista, se refirió a casos de hijos de pediatras con la misma enfermedad que murieron, y le preguntaban a María Ana cómo había logrado que los suyos sobrevivieran. Mencionó que, gracias a dedicarse a la enfermería, pudo entender y aprehender la enfermedad desde un diferente punto de vista, que fue lo primordial para saber cómo tratarlos y lograr mantenerlos con vida.

Por otro lado, también reconoció que la vasta experiencia con la que contaba le favoreció. Entre otros trabajos, durante 1988- 1997, ejerció en el Seguro Social como auditora durante la gestión de Castañeda, sumado a la experiencia de asesorías en dos empresas más. También, para la fecha se encontraba laborando en UCI de la Universidad Cayetano Heredia, y ya contaba con conocimientos sobre investigación clínica colaborando con trasnacionales. Todo lo descrito anteriormente, le permitió contar con el dinero necesario para poder ingresar a sus hijos al Hospital Johns Hopkins, pues en el Perú aún no llegaban las vacunas que necesitaban para sobrevivir.

De esta forma, luego de su experiencia personal y su forma de concebir el mundo con los lentes de una enfermera, luchó por ayudar a que los niños del Perú contarán con un buen servicio inmunológico. Se cuestionó después de atender a sus pacientes en la Universidad Cayetano Heredia con desnutrición, por qué se morían al contraer una simple neumonía, diarrea o rotavirus. Pensaba que los niños no deberían morir por dichas enfermedades. No comprendía por qué el Perú no contaba con las vacunas necesarias para evitarlo, si ya existían. En la comunicación personal, Mendoza afirmó que se considera una persona “soñadora”, y por ende se propuso lograr de 15 a 400 millones del MEF, para lograr traer las vacunas al territorio peruano, a lo que le respondían que no lo iba a poder conseguir.

“Mira, desde que asumí en noviembre del 2005 las estrategias de las inmunizaciones, ya para el 2006 hice que todas las vacunas necesarias se pusieran en una sola vacuna, para no estar vacunando a cada rato a los chicos, no vacunarlos con varias como venían. Para el 2007 ya había introducido tres vacunas, con más dinero que conseguí moviéndome. Logré conseguir la vacuna del neumococo a 26 dólares, la del rotavirus a 20 dólares, y la de influenza como a 14,15 dólares. En el MINSA no lo podían creer, cambiamos el esquema. Cuando este creció y comenzó a haber dinero significativo, la gente cambia. Yo quería que llegara a todos los lugares, para todos los niños. Propuse que las vacunas para niños y mujeres debían tener sostenibilidad”.

Asimismo, explicó que, luego de obtener aquél gran logro, se molestó al constatar que querían comercializar con las vacunas, dando prioridad al sector privado de salud. Pues era lo contrario a su visión democrática del derecho a la salud y vacuna para todos los niños del país.

"Me enojaba, yo me paraba frente a los economistas a preguntarles si tenían seguro privado o público, que qué diferencia había entre sus hijas y las de un campesino, por qué habría vacunas para unos y no otros. Yo hice un diplomado en economía de la salud y ahí me amanecía viendo la carga salud -enfermedad, revisiones sistemáticas y análisis económicos. Así aprendí sobre economía. Hice que el INS creara una unidad, iba encaminando para engranar las partes, eso hace una enfermera, juntar y engranar diferentes equipos".

Debido a la loable labor realizada por María Ana Mendoza y un conjunto de enfermeras, en el año 2011 el Perú ganó un premio por lograr el hito de disminuir la desnutrición varios años antes de lo que estaba presupuestado (la meta era el año 2016). Gracias a las vacunas, las tasas de morbilidad infantil por neumonía y diarreas bajaron considerablemente y disminuyó así el "ciclo pernicioso" de enfermedad y desnutrición en los niños. Dicho mérito:

"...lo lograron las enfermeras de a pie, buscando chiquitos, trabajando con sus comunidades, trabajando con sus familias. Muchos pensaban "qué raro que el Estado nos dé una vacuna gratis, si nunca nos da nada". Yo sentía la felicidad de mi vida. Si tuve por suerte la oportunidad de comprar vacunas tan caras para mis hijos, sentía que lo estaba devolviendo, pagando ahora con estos niños que no tenían estas posibilidades".

Lamentablemente, a pesar de ser las enfermeras quienes se encargan de la inmunización de la población, como en el caso descrito, de salvar la vida a una gran cantidad de infantes, no suele reconocerse su labor ni el conjunto del esfuerzo y el gran equipo que hay "detrás" de dicho hito. Mendoza resaltó en la entrevista que las enfermeras son muy empáticas con la comunidad, y las personas. Lo que, aclaró, percibe distinto en un médico u obstetra. Las enfermeras desempeñan su trabajo pensando en el bien común de las personas, de manera invisible al principio. La entrevistada mencionó que, durante los años 2011-2012, las inmunizaciones se hicieron visibles, pues se comentaba que el Perú había logrado tener una cadena de frío A1.

“Todos quisieron estar en la foto, cuando había plata. Cuando ven las ganancias, se distorsiona. Todos los créditos se los llevan los médicos. Una vez me invitaron a uno de esos congresos internacionales, porque pensaron que, como yo había estado a cargo, era médica. No llevaban a las enfermeras a los congresos, no creían que ellas ponían las vacunas porque no recetan. Luego empezaron a invitar a las enfermeras a los congresos internacionales, cuando yo alegué”.

Así, María Ana Mendoza, a través de su historia de vida, como el cambio de carrera y la enfermedad de sus hijos, ha enfocado su vocación de enfermera en ayudar a generar cambios en el sistema de salud peruano, para ayudar a salvar la vida de los más pequeños. A su vez, a pesar de que ya no se desempeña en hospitales ni clínicas, sigue brindando sus conocimientos y ayuda a cualquier colega que lo requiera, realizando talleres y capacitaciones de manera gratuita. Asimismo, ha contribuido a visibilizar la gran labor que realizan las enfermeras, aunque alega que aún siguen siendo invisibilizadas y no cuentan con el reconocimiento que deberían tener por su gran labor y desempeño, que se suele atribuir a otros especialistas de salud (Entrevista a María Ana Mendoza, 14 de diciembre del 2020).

7.3.5 Y son mucha/os más ...

A estos nombres de enfermeras inspiradoras, debemos sumar otros más. mencionados en el cuestionario autoaplicado. Allí se reconoce a numerosa/os enfermeras/os que, desde diversas posiciones y acciones, se han convertido en figuras públicas, y también a otras menos conocidas que, desde la docencia, la labor asistencial, la gestión pública, etc., han sido ejemplo de profesionalismo y servicio.

Resulta necesario seguir identificando a enfermera/os que han hecho y hacen mucho por poner en valor la profesión. Pero, además, las repuestas en el cuestionario son un llamado de alerta sobre la alta conflictividad que existe actualmente en la profesión (tema del capítulo 9). Pues es alarmante el número de personas que no encontraron inspiradora a ninguna figura. De 348 enfermeras/os que participaron, más del tercio, 122 personas, no respondieron nada en la pregunta 31 “¿Reconoce alguna figura inspiradora en el sistema de salud? ¿Quién y por qué?”; o colocaron “No” o “Ninguna”. A ese “No”, habría que sumarle la respuesta de quienes sólo encuentran inspiradoras a figuras heroicas de mujeres del pasado, como la fundadora de la enfermería mundial Florence

Nightingale, quien es mencionada en 46 respuestas de 348 (13.21%). De allí que sea necesario construir puentes de diálogo y liderazgos positivos que, a su vez, reconozcan a la/os buena/os profesionales. Devolver la confianza en el sistema de salud y la admiración por la/os buena/os profesionales, capaces, ética/os y con vocación de servicio.

En el caso de enfermera/os del presente, encabeza la lista de figuras inspiradoras, Liliana La Rosa, con 58 menciones (16.67%). Hay unas pocas menciones a una médica, la dra. Pilar Mazzeti, por su liderazgo durante la pandemia -este cuestionario se cerró antes del “vacunagate”-, así como a la enfermera Matilde Fernández Flores, tercera vicepresidenta del congreso. Varias respuestas coinciden en señalar como inspiradoras a sus docentes en la carrera, entre las que son mencionadas Isabel Lizárraga y Teresa Ramos, así como dos enfermeras “doctoras”, Elisabeth Alvarado Chávez y Claribel Díaz Olano.

Hay varias alusiones a enfermeras que desempeñan bien su trabajo en puestos de gobierno del gremio profesional. Entre ellas Elibelt Villafuerte, decana de la Región VIII (Puno); Julio Mendigure ex decano del CEP y funcionario del MINSA y Edda Cayotopa de la junta directiva actual del CEP por su lucha por mejoras laborales; Ivonne Esther García Loayza, decana en Moquegua y jefa de enfermeras en Essalud, empática y hábil para la toma de decisiones; Haydee Vera Sihuyay de la Dirección de Salud (DISA) Chanka, pues forma desinteresadamente a las/os enfermeras/os; Betty Torrejón Ocampo, decana de la Región II, secretaria del sindicato y Jefa de Sala de Operaciones.

Se menciona a enfermeras que destacan por su esfuerzo y compromiso con la enfermería, como Vanessa Quispe del C.S. San Cosme, esforzada en el barrio de la difteria; Patricia Rodríguez, jefa del Departamento de Enfermería; María Concha, de Essalud, carismática y cariñosa con los pacientes; Paula Romero del MINSA, Moquegua, parecida a Florence Nightingale; Juan Huamán, que apoya con capacitaciones y ayuda social; María Mendoza Vilca, excepcional como enfermera y como ser humano; Ana María Arenas Angulo, que entiende lo amplio de la enfermería, que no se reduce a lo hospitalario y defiende al gremio ante cualquiera que las/os trate como asistentes de los médicos.

Se menciona a Olga Bustamante Mejía, modelo de enfermera asistencial. Hay referencia a las jefas de Essalud que hacen respetar a las enfermeras asistenciales. Y muchas menciones a enfermeras anónimas, como a una colega

(ya fallecida) que atendía con especial empatía y cuidado a los neonatos; a todas y cada una de las que trabajan en tiempos del Covid; a las colegas que trabajan en las gerencias regionales de salud (GERESAS) por su trabajo en el primer nivel de atención y conducción de programas de salud; “mi jefa de enfermeras” que fue delante de nosotras durante la protesta que hicimos en la pandemia, a pesar de las amenazas que sufría de parte del director del hospital.

Una forma de respuesta a la pregunta 31 fue señalar que debía haber un reconocimiento a las/os enfermera/os en general y, en especial a quienes trabajaban en atención primaria, pues llegaban hasta el último rincón del país con entrega y voluntad de cuidar a la población, y lo hacían en medio de la escasez de recursos.

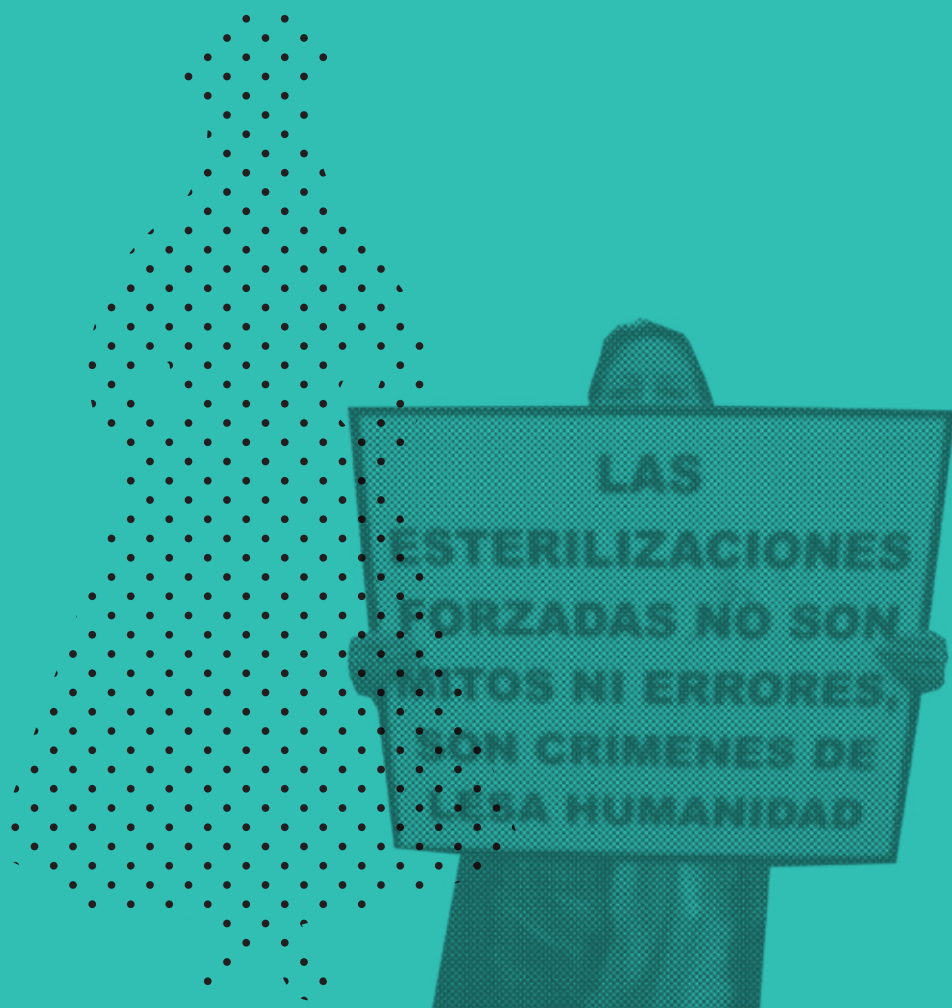
Muestra de que alguna/os enfermera/os tienen una mirada amplia sobre la profesión que no se reduce a los avances en el Perú, es la mención a algunas enfermeras extranjeras destacadas. Entre ellas, a Claudia Regina Laselva, directora de pacientes y apoyo asistencial del hospital israelita Albert Einstein de São Paulo, Brasil, quien ha incentivado el esfuerzo del hospital para que la/el enfermera/o pueda ofrecer un servicio de mayor calidad, desarrollando proyectos para el crecimiento profesional de la enfermería (maestrías y doctorados en gestión de salud).

Se refirieron igualmente a la enfermera norteamericana Margaret Sanger (1879-1966), todo un referente histórico en la promoción de la anticoncepción. Fue encarcelada por promover la píldora anticonceptiva y la interrupción del embarazo, y fundó la Liga Estadounidense para el Control de la Natalidad.

La enfermería debe continuar registrando y nombrando a enfermeras/os que han sido valiosas/os por su capacidad profesional, la calidad de su cuidado al paciente, su valentía, su liderazgo, su ejemplo.

HAY UN VALIOSO RECONOCIMIENTO (QUE SOLICITAN SE LES HAGA) A LAS ANÓNIMAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA QUE LLEGAN HASTA EL ÚLTIMO RINCÓN DEL PAÍS CON ENTREGA Y VOLUNTAD DE CUIDAR A LA POBLACIÓN, Y QUE LO HACEN EN MEDIO DE LA ESCASEZ DE RECURSOS.

8 Sombras de la enfermería en **contextos de violencia**



LA CONSTRUCCIÓN DE LA MEMORIA HISTÓRICA DE ENFERMERÍA NO PUEDE OBIAR AQUELLOS TEMAS QUE RESULTAN INQUIETANTES Y SOBRE LOS QUE SE HA EXTENDIDO EL SILENCIO, EL OLVIDO. ESTAS SOMBRAS HAN SIGNIFICADO SITUACIONES VIOLENTAS EN LAS QUE HAN ESTADO INVOLUCRADOS MIEMBROS DE ESTA PROFESIÓN, EN UNA POSICIÓN DE PODER O DE VÍCTIMA, Y REQUIEREN SER INVESTIGADAS Y DISCUTIDAS EN LAS UNIVERSIDADES, PARA PROMOVER LA REFLEXIÓN. A CONTINUACIÓN, HACEMOS UNA PRIMERA APROXIMACIÓN A TRES DE ESOS TEMAS, EN BASE A ALGUNAS FUENTES PUBLICADAS Y ENTREVISTAS. EN PRIMER LUGAR, LO QUE OCURRIÓ CON MUCHAS/OS ENFERMERAS/OS DURANTE EL CONFLICTO ARMADO INTERNO. LUEGO, CUÁL FUE LA PARTICIPACIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA CAMPAÑA DE ESTERILIZACIONES FORZADAS. FINALMENTE, LA PRESENCIA DE ACOSO LABORAL Y SEXUAL EN LAS CONDICIONES DE FORMACIÓN (SERUMS) Y EJERCICIO DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA.

8.1 EL CONFLICTO ARMADO

Con el surgimiento de Sendero Luminoso, organización subversiva y terrorista que dio inicio a la lucha armada y al periodo más cruento de la historia contemporánea peruana, es importante destacar en este contexto la poca presencia del Estado ante la problemática de salud, siendo las empresas privadas las encargadas de crear el mayor número de instituciones formadoras de las que egresarían los profesionales de salud que ejercerían en hospitales de la capital.

La recesión económica de aquella época era sobre todo visible en la desigualdad entre la población económicamente activa femenina y masculina. Tal y como lo señalan en Historia de la enfermería en el Perú: determinantes sociales de su construcción en el siglo XX: “En la enfermería, por ejemplo, en tanto las mujeres aumentaban en número por la mayor creación de escuelas y facultades de enfermería a nivel nacional, se registraban altas tasas de desempleo y subempleo –hechos muy discutidos en los eventos organizados

por el Colegio de Enfermeros—; sin embargo, no se mostraba abiertamente como una necesidad el tratamiento de esta problemática que precisaba ser enfrentada y solucionada a nivel de las instituciones empleadoras como el Ministerio de Salud (MINSA)” (Barrionuevo et.al 2014).

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) tiene en cuenta que las enfermeras cumplen una función importante al momento de su desempeño. tratando las consecuencias originadas en situaciones de urgencia y las necesidades de salud a largo plazo en el caso de poblaciones afectadas (Palacios 2006). En la misma línea el CIE viene defendiendo de manera activa la protección de los derechos de las enfermeras con el objetivo de brindar cuidados seguros a dichas poblaciones sin que se vea amenazado su propio bienestar físico o mental (Consejo Internacional de Enfermeras 2017).

EL CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA (CIE) TIENE EN CUENTA QUE LAS ENFERMERAS CUMPLEN UNA FUNCIÓN IMPORTANTE AL MOMENTO DE SU DESEMPEÑO TRATANDO LAS CONSECUENCIAS ORIGINADAS EN SITUACIONES DE URGENCIA Y LAS NECESIDADES DE SALUD A LARGO PLAZO EN EL CASO DE POBLACIONES AFECTADAS (PALACIOS 2006).

El personal de enfermería mantiene un compromiso directo hacia el bienestar de paciente, así también el ejercicio de su práctica profesional está basado en principios éticos y alineado a los derechos humanos y la protección del paciente. No obstante, el personal que labora en primera línea en zonas de conflicto está expuesto a riesgo constante de violencia por parte de los cuerpos de seguridad, fuerzas armadas, grupos militares y grupos subversivos o a convertirse en víctimas. ya sea porque al prestar atención a los civiles pueden ser testigos de los abusos perpetrados o conminados a intervenir a adversarios o subversivos colocándolos en una posición vulnerable y ser presionados a guardar silencio ante los abusos.

En nuestro país durante el conflicto armado (1980-2000) se produjeron violaciones de derechos humanos, miles de casos de ejecuciones extrajudiciales, “desapariciones” y torturas. A continuación, se detallan dos casos públicamente conocidos gracias a Amnistía Internacional.

8.1.1. El caso de Marta Crisóstomo García

El 8 de septiembre de 1989, en horas de la madrugada, ocho encapuchados armados y vestidos con uniforme militar ingresaron intempestivamente en la casa de Marta Crisóstomo García, enfermera de 22 años, ubicada en el distrito de San Juan Bautista, Ayacucho, por haber presenciado la matanza ejecutada por efectivos militares el día 14 de mayo de 1988 en la localidad en la que trabajaba: Cayara, provincia de Víctor Fajardo, en la que murieron unos 30 campesinos.

LA COMISIÓN DE LA VERDAD Y RECONCILIACIÓN SEÑALA QUE VARIOS TESTIGOS DECLARARON QUE LA MUERTE DE LA ENFERMERA ESTÁ RELACIONADA CON EL HECHO DE HABER COMENTADO, ANTE LA LLEGADA DEL EX PRESIDENTE ALAN GARCÍA PÉREZ A LA LOCALIDAD, DE QUE SE HABÍA QUITADO LA VIDA A INOCENTES, ASÍ COMO TAMBIÉN HABER COLABORADO A IDENTIFICAR EL CUERPO DE SU TÍA JOVITA GARCÍA SUÁREZ. TEODOSIA GARCÍA SUÁREZ, LA MADRE DE LA VÍCTIMA REFIERE QUE SU HIJA SE ENCONTRABA TRABAJANDO EN EL PUESTO DE SALUD DE CAYARA, CUANDO SE PRODUJO LA MUERTE DE VARIOS POBLADORES DE CAYARA.

CASO MARTA CRISÓSTOMO GARCÍA

Marta Crisóstomo, había realizado una detallada y extensa declaración ante el representante de la oficina del fiscal general quien se hallaba a cargo de las investigaciones y su nombre fue ampliamente difundido en la prensa que cubrió la información sobre los hechos, tal y como lo refiere el comunicado emitido por Amnistía Internacional el 11 de septiembre de 1989 bajo el asunto de: Ejecución Extrajudicial.

La Comisión de la Verdad y Reconciliación señala que varios testigos declararon que la muerte de la enfermera está relacionada con el hecho de haber comentado, ante la llegada del ex presidente Alan García Pérez a la localidad, de que se había quitado la vida a inocentes, así como también haber colaborado a identificar el cuerpo de su tía Jovita García Suárez. Teodosia García Suárez, la madre de la víctima, refiere que su hija se encontraba trabajando en el puesto de salud de Cayara, cuando se produjo la muerte de varios pobladores de Cayara.

Dado que el personal del ejército se instaló en el puesto de salud de Cayara a partir de su llegada el 14 de mayo de 1977, Martha Crisóstomo fue impedida de ingresar a laborar en su centro de trabajo en repetidas ocasiones. Por reclamar esta serie de abusos, llegó a ser detenida durante tres días por orden de un oficial del Ejército y amenazada de muerte si no se iba de Cayara, razón por la cual se retira a vivir con sus padres a la capital de Ayacucho, la ciudad de Huamanga. La joven enfermera solicitó protección a la fiscalía ya que varios testigos de lo ocurrido en Cayara, habían sido asesinados o “desaparecidos”, sin embargo, acabó siendo localizada y cuando la conducían hacia paradero desconocido a cierta distancia de su casa, los hombres armados dispararon contra ella, asesinándola.

En 1990, Amnistía Internacional en trabajo conjunto con Human Rights Watch Americas, organización internacional de vigilancia de los derechos humanos, solicitaron ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos que se realice una investigación exhaustiva. Lamentablemente hasta el día de hoy la causa se encuentra archivada y los deudos de Marta Crisóstomo, así como de las otras víctimas de Cayara, siguen esperando justicia.

8.1.2 El caso de Nelly Baldeón

El 12 de mayo de 1992, el poder ejecutivo promulgó el Decreto Ley No. 25499, conocido popularmente como Ley de Arrepentimiento. Dicha ley reguló “la reducción, exención, remisión o atenuación de la pena a personas procesadas o condenadas por el delito de terrorismo que proporcionasen información dirigida a capturar jefes, cabecillas, dirigentes o principales integrantes de organizaciones terroristas, así como actividades terroristas.”

Nelly Baldeón era estudiante de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cuando la Dirección Nacional Contra el Terrorismo (DINCOTE) la detuvo el 21 de septiembre de 1993. Los agentes de la policía antiterrorista recibieron denuncias de un presunto miembro del Partido Comunista del Perú - Sendero Luminoso (PCP-SL) que acusaba a Nelly de haber apoyado a Socorro Popular, organización de ayuda humanitaria al PCP -SL. La estudiante, junto a tres compañeras de su curso, presentaron un proyecto sobre “Subversión y Terrorismo en Perú”, dicho trabajo fue utilizado como evidencia durante la investigación policial y Nelly Baldeón lo reconoció como suyo.

Ante este hecho se le acusó de “delitos de terrorismo” y se le condenó a 20 años de prisión. Sin embargo, Nelly Baldeón fue liberada el 26 de julio de 1995 tras la interposición de un recurso a su favor planteado ante la Corte Suprema de Justicia.

NELLY BALDEÓN ERA ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, CUANDO LA DIRECCIÓN NACIONAL CONTRA EL TERRORISMO (DINCOTE) LA DETUVO EL 21 DE SEPTIEMBRE DE 1993. ANTE ESTE HECHO SE LE ACUSÓ DE “DELITOS DE TERRORISMO” Y SE LE CONDENÓ A 20 AÑOS DE PRISIÓN. SIN EMBARGO, NELLY BALDEÓN FUE LIBERADA EL 26 DE JULIO DE 1995 TRAS LA INTERPOSICIÓN DE UN RECURSO A SU FAVOR PLANTEADO ANTE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. **CASO NELLY BALDEÓN.**

8.1.3. Otros casos

En cuanto a los testimonios orales recogidos por la Comisión de la Verdad y Reconciliación Nacional, podemos encontrar los siguientes:

El 15/06/1989, en el distrito de Chacapampa, la enfermera XYX-1 (nombre reservado) (CASO: 1004582) fue secuestrada por un grupo de casi 20 presuntos miembros del PCP-SL, que llegaron a la posta médica donde trabajaba. Le exigieron que les entregue medicinas, a lo que XYX-1 se negó, por lo que fue llevada hasta el anexo de San Miguel. Los senderistas se apropiaron de las medicinas y luego quemaron el local de la posta. Ese mismo día, el cadáver de XYX-1 fue encontrado en el cementerio. Al día siguiente, fueron encontrados los cuerpos de un profesor y de una persona que se dedicaba a la extracción de madera. Se desconocen sus nombres y los detalles de sus muertes.

En agosto de 1991, en el distrito de Cholon, provincia de Marañón, XYX-2 y XYX-3 (CASO: 1004507) fueron secuestrados por miembros del PCP-SL. XYX-3 era enfermera y fue secuestrada para curar a un mando subversivo que fue herido en la pierna por un disparo. La pareja estuvo en poder de los subversivos durante cuatro días. Luego fueron liberados.

Luego de 13 años de violencia en las que centros de salud y postas habían sido arrasados o abandonados durante el conflicto armado, entre 1993 y 1996

éstos empezaron a ser reconstruidos progresivamente. También, el Estado inició reformas de salud para contratar a personal de salud y que sean ubicados en zonas rurales que habían vivido el desplazamiento de su población. Así, la región de salud de Ayacucho contrató a médicos, enfermeras, biólogos, obstetrices, entre otros; permitiendo por primera vez, tras los hechos dramáticos del conflicto armado interno, contar con profesionales de salud en todos los distritos del departamento. Se reabrieron más de 100 establecimientos de salud que permitieron desarrollar la vigilancia de las enfermedades bajo notificación obligatoria a partir de 1994”.¹⁸

8.1.4 El testimonio de Antonia Hinostroza

Antonia Hinostroza es una de las pocas mujeres enfermeras entrevistadas en el marco de las investigaciones del conflicto armado interno. Hinostroza señaló que fue enviada a Aguaytía (Ucayali), siendo la única enfermera, pues el resto eran técnicos de enfermería. En pleno contexto del Conflicto Armado Interno en 1990”. Llegué a esa zona, sin pensar que era zona roja. (...) El toque de queda era a las 8 pm.” Como enfermera tuvo que ingresar a varios caseríos con personal técnico y ellos sí tenían mayor contacto con las personas que estaban al frente de estos grupos [terroristas].

“Pero nuestra intervención no ha tenido ningún problema, ningún percance. Nosotros como establecimiento de salud y como personal, nosotros hemos estado trabajando. Nos dejaban trabajar. Nos decían: pueden ingresar hasta este lugar, más allá no pueden ir. Está prohibido. Nuestro trabajo era básicamente el tema sanitario, brindar salud. Inclusive con algunos, hemos podido conversar y después, uno se enteraba que las personas pertenecían al grupo. Más allá de nuestro trabajo, nuestros equipos siempre nos hemos mantenido en nuestras funciones. (...) Veíamos muertos, pero con nosotros, no hemos tenido problema” (Entrevista a Antonia Hinostroza, 1 de enero del 2021).

En este caso, Antonia nos da un panorama bastante escueto sobre los actos de violencia y sus consecuencias que significaron vulnerar la vida de millones de personas, sobre todo en una zona alejada como lo era Aguaytía en que los marinos, el ejército, los senderistas y los emerretistas torturaban personas. Además, fue una zona en que los terroristas se aliaron con el narcotráfico y

¹⁸ Moya Medina, José. Desplazamiento y Cambios en Salud. Ayacucho, Perú: 1980-2004. (2010) Lima, Organización Panamericana de la Salud.

realizaban sus famosas “limpiezas”, es decir matar a personas que consideraban que alteraban el orden público y la “moral”.

Por tanto, fue una zona bastante convulsionada por la importante presencia de grupos de las fuerzas del orden y de guerrilleros, quienes, al mismo tiempo, se enfrentaban. Estos conflictos fueron comunes e implicaron quebrantar la salud o la vida de las poblaciones de la zona. Es comprensible que, de manera inconsciente, nuestra memoria seleccione los recuerdos ante situaciones que preferimos olvidar con el fin de protegernos. No obstante, es necesario hacer un esfuerzo por determinar las acciones de ayuda que las enfermeras brindaron a estas poblaciones vulnerables. De igual manera, es importante indicar las dificultades a que el personal de salud hizo frente. Como indica Antonia, los frentes opuestos tenían claro que este personal era vital para mantener vivos a sus integrantes. De ahí que, en ciertos casos, no los perturbaran. Empero, debieron existir momentos de tensión y amenazas.

Sin embargo, es imposible que todo el personal de salud se mantuviera neutral. No se trata de juzgar sino de explicar la adopción de una posición en ese complicado periodo y más cuando Aguaytía se trataba de un espacio en que el Estado casi no funcionaba. Quizá el personal se sentía inseguro, abandonado, sobrepasado ante la convulsionada cotidianeidad. Es probable que los silencios sean influidos por algunos personajes o grupos implicados en los hechos referidos que ejercen poder en la localidad. Los militares y el narcotráfico son fuerzas presentes en la región que, en momentos, privatizan el ejercicio del poder sobre las poblaciones locales y regionales ante la poca presencia y funcionamiento del Estado (educación, salud, comisarías, jueces, etc.). De esta forma, las redes de poder y corrupción impiden el fortalecimiento del poder estatal que tiene en la salud, un sector de gran importancia.

De otro lado, la presencia de técnicos enfermeros en esta coyuntura, al parecer, tuvo un énfasis masculino. Por ejemplo, una antropóloga y arqueóloga ayacuchana indicó que su padre fue técnico enfermero y conocía a varios varones que también lo fueron. Ante la creciente violencia, los gobiernos locales y regionales debieron contratar personas que apoyasen al personal de salud que escaseaba. Su padre le contó cómo ellos iban a recoger los cadáveres, consecuencia del enfrentamiento entre los guerrilleros y las fuerzas del orden. En este sentido, nos preguntamos si se dio una tendencia de masculinización de estos oficios ante una coyuntura violenta.

8.2 LAS ESTERILIZACIONES FORZADAS

Durante los años 1996 al 2000 bajo el gobierno de Alberto Fujimori se implementó el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (PNSRPF). El Ministerio de Salud, señala que la misión del programa será proveer servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud reproductiva de la mejor calidad; que lleguen sin distinción alguna a los habitantes del Perú, contando con su consentimiento libre y voluntario. Contribuirá a mejorar el estado de la salud reproductiva y a conseguir el desarrollo humano sostenible que valora la vida en sí misma, sin distingo alguno (Ministerio de Salud 1996).

Se trata de un episodio nefasto de nuestra historia que dañó la vida de numerosas mujeres pobres, sobre el cual deben realizarse investigaciones para esclarecer el papel que tuvieron, en algunas zonas, algunas enfermeras durante el segundo gobierno de Alberto Fujimori. en la implementación del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (PNSRPF 1996-2000). Como se reseña en la página Web del CEJIL (Centro por Justicia y Derecho Internacional) sobre el "Caso de Maméríta Mestanza Chávez, Esterilizaciones forzadas", el programa usó diversas formas de intimidación y focalizó su aplicación "a mujeres en edad fértil, la mayoría campesinas, indígenas, en situaciones de pobreza, y pertenecientes a zonas rurales". El PNSRPF estuvo a cargo del Estado, que lo permitió y fomentó. Según cifras oficiales, más de 300.000 mujeres fueron esterilizadas bajo el programa de AQV. No se conoce el número exacto de víctimas, pero el expediente judicial dentro del cual se investiga al caso de Maméríta Mestanza, identificó a 2,074 víctimas de las cuales 1.700 denuncias ya habían sido ingresadas al registro.

Según el gobierno de entonces, el programa garantizaría el acceso a las mujeres de bajos recursos a métodos de anticoncepción gratuita para fortalecer su autonomía. al brindarles el control del tamaño de sus familias promoviendo su pleno ejercicio ciudadano.

Sin embargo, noticias sobre prácticas coercitivas en dichas intervenciones empezaron a hacerse públicamente conocidas. La Defensoría del Pueblo elabora un informe en el año 2002 afirmando que más de 200.000 mujeres habían sido esterilizadas en el transcurso de los cuatro años y que muchas de ellas habían

sido engañadas, sobornadas e incluso esterilizadas a la fuerza por personal de la salud en centros de salud principalmente ubicados en zonas rurales y de bajos recursos (Defensoría del Pueblo 2002). En ese sentido, es necesario investigar el papel de médicos, obstetrices y enfermeras comprometidas con una actividad que violó los derechos humanos de muchas peruanas y cómo se dio tal participación. Solo conociendo el episodio será posible que el gremio realice una reflexión colectiva, en espacios tan variados como los congresos académicos, los cursos de capacitación del CEP y los estudios universitarios.

A pesar de que la aplicación de esta política debía contar con protocolos que informasen de manera detallada y exhaustiva a las mujeres para que así ellas puedan elegir el método más conveniente, el Ministerio de Salud hizo público que entre 1995 y 2001, 331.600 mujeres habían sido esterilizadas y 25.590 hombres se habían sometido a vasectomías (Amnistía Internacional 2006). Miles de participantes habían denunciado ser amenazados o sobornados con alimentos y no ser adecuadamente informados del procedimiento o de sus consecuencias.

AINHOA MOLINA EN SU TESIS DOCTORAL SOBRE LAS ESTERILIZACIONES REALIZADAS EN PERÚ, REFIERE QUE EL MINISTERIO DE SALUD IMPUSO CUOTAS NUMÉRICAS QUE EL PERSONAL DE SALUD, TÉCNICOS, MÉDICOS Y ENFERMERAS DEBÍAN CUMPLIR AL ESTAR COACCIONADOS. ANTE LA AMENAZA DE PERDER SU PUESTO DE TRABAJO O DE APLICARLES SANCIONES ADMINISTRATIVAS EN CASO DE NO LLEGAR A CUBRIR LA META. O TAMBIÉN BRINDÁNDOLES BENEFICIOS LABORALES Y BONOS ECONÓMICOS A FIN DE CAPTAR EL MAYOR NÚMERO DE PERSONAS PARA SER ESTERILIZADAS

Ainhoa Molina en su tesis doctoral sobre las esterilizaciones realizadas en Perú, refiere que el Ministerio de Salud impuso cuotas numéricas que el personal de salud, técnicos, médicos y enfermeras debían cumplir al estar coaccionados. ante la amenaza de perder su puesto de trabajo o de aplicarles sanciones administrativas en caso de no llegar a cubrir la meta. o también brindándoles beneficios laborales y bonos económicos a fin de captar el mayor número de personas para ser esterilizadas (Molina 2018).

Dado que el cuerpo médico y personal de salud fueron factores clave al momento de ejecutar la política de planificación familiar, podemos encontrar

los siguientes testimonios de enfermeras que fueron parte de ese proceso: “Como te pedían metas, yo lo que hacía era que trataba de dar cuanto sea más de consejerías, entonces llegaban un 70-80% de mis metas (...) particularmente yo me sentía tranquila porque sabía que estaba llevando a las personas que había orientada y les había dado una consejería adecuada a las mujeres que tenían muchos hijos y que ya no querían tener más” (Molina, 2018).

“Fue conflictivo para mí verme involucrada en ese convencer a una mujer y más como las consecuencias que tuvimos... yo me siento mal... porque me tocó hacerlo y eso es algo que... no prescribe digamos ¿no? Porque es un cargo de conciencia” (Entrevista realizada por Ainhoa Molina a enfermera de centro de salud Ancash. Lima 10.02.2015. Tesis Doctoral). Por otra parte, en la compilación e investigación “Memoria del caso peruano” realizada por Alejandra Ballón (Ballón 2014), podemos encontrar diversos testimonios que dan cuenta de lo vivido por el personal de salud. en concreto las enfermeras:

Testimonio N.º 08.54.55 / Testimonio N.º 09.01.33 / Testimonio N.º 09.03.33 ABG. Alejandra Ballón Gutiérrez [investigadora social] ARHG: Ángel Ricardo Hinojosa Gutiérrez [entrevistado]. Director del centro de salud de Vilcashuamán. EDGD: Eddie Antonio García Donaires [entrevistado]. Personal asistencial que estuvo en el centro de salud cuando el PNSRPF se aplicó. Fecha: 15.10.2013.

ABG. ¿Usted entonces estuvo en la época del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar?

EAGD. Sí, programa medio punitivo, o sea que obligaba prácticamente al personal. se le obligaba al personal a que traiga personas para que se ligen.

ABG. Así, y ¿usted fue parte de ese personal al que lo obligaron?

EAGD. Sí, pero no cumplí con...

ABG. ¿Con la cuota?

EAGD. Sí, porque yo estaba en desacuerdo.

ABG: Y, me puede contar un poco cómo funcionaba, cómo eran las

cuotas, los médicos, las enfermeras cómo se veían ellos obligados. ¿Cómo eran las enfermeras obligadas?

EAGD: Como no estaba involucrado en esto, venía una orden desde del ministerio de salud en la que se tenía que ligar, nos daba una meta, entonces nos decían que teníamos que ligar veinte o treinta pacientes.

ABG. ¿Al mes?

EAGD. En un lapso de tiempo creo que cada tres meses, en ese tiempo había personal por... había personal ¿por servicio básico es no?

ARHG. Salud básica.

EAGD. Por salud básica.

EAGD. Ellos eran que no tenían estabilidad laboral, a ellos se les obligaba a traerlos a los pacientitos.

ABG. ¿Y qué les decían?, ¿cómo les obligaban?

EAGD. Que sino traían una cantidad de pacientes podrían rescindir su contrato.

E incluso se habla de una autoesterilización realizada por una enfermera ante la presión de cumplir la cuota establecida.

Entrevista N.º 20140408 085747 / N.º 20140408 093201 ABG:

Alejandra Ballón Gutiérrez [investigadora social] RSS: Rocío Silva Santisteban [Coordinadora Nacional de Derechos Humanos] Fecha: 08.04.2014.

RSS. Yo he escuchado la vez pasada, en lo que me contaste, estuve escuchando unos... ¿no sé dónde lo he escuchado? Pero creo en el material que tú tienes, que había una enfermera que se había auto esterilizado.

ABG. Sí. RSS. Para poder cumplir con la cuota, esa historia me pareció terrible.

TESTIMONIO N.º 123554 ABG: Alejandra Ballón Gutiérrez [investigadora social] JV: Johana Vidal [testimoniante y obstetra de la posta médica de Huancabamba] Fecha: 29.10.2012

(...) JV. Desde el 96 para adelante, en toda la época del gobierno de Fujimori se daban capacitaciones.

ABG. ¿A los médicos?

JV. A todo el personal, médicos, enfermeras, obstetrices, técnicos en enfermería, porque en todos los establecimientos de salud no había el equipo básico, a veces habían en el establecimiento donde trabajaban solamente técnicos en enfermería, se realizaban las capacitaciones para poder hacer la consejería a las pacientes. (...) ¿Cuáles eran los criterios para ser candidata para la ligadura de trompas o vasectomía, especialmente para ligadura? Que tenga una paridad mayor de tres hijos; que sea de alto riesgo obstétrico; que tenga edad mínima de treinta años para adelante (...). Entonces se le hacía la orientación a través de un establecimiento de salud, se le hacía una visita domiciliaria, se le ofertaba todos los métodos de planificación familiar (...)

ABG. Pero este fue un programa especial que (...) tuvo como resultado más de 300 mil mujeres esterilizadas. (...) sobre todo eran las enfermeras que iban a los caseríos para informar a las mujeres en esa situación, ¿cómo les informaban a las mujeres? (...) lo que me muestras acá es una pequeña imagen, prácticamente 100 % de escritura (...) la mayoría son analfabetas (...)

JV. cuando se originó esta entrevista y empezó todo este problema de las ligaduras de trompas, se perdió el archivo. (...)

ABG. ¿Usted fue testigo de operaciones acá en el hospital?

JV. Sí, sí. ABG. ¿Tú, como enfermera?

JV. No, yo soy obstetriz (obstetra).

ABG. ¿Pero tú realizaste las operaciones?

JV. No, las operaciones las hace el médico.

ABG. Por eso ¿Tú estabas cómo testigo, cómo enfermera?

JV. Nosotras las obstetrices formábamos el equipo que se organizaba en 4 a 5 módulos de consejería en el establecimiento, (...) ella no ingresaba a sala de operaciones, pasaba por esos módulos de consejería (...).

Hemos presentado algunos testimonios de Huancabamba (Piura), en donde hubo muchas esterilizaciones forzadas, pues muestran cómo enfermeras y obstetras realizaban visitas domiciliarias a mujeres con más de tres hijos y las persuadían con cartillas escritas -siendo la mayor parte, analfabetas- y tras llevarlas al hospital o establecimientos de salud, las encerraban y las operaban médicos llegados de Lima. Muchas quedaron lesionadas y limitadas para trabajar. El trato inhumano se repitió en otras partes, en el cuerpo de mujeres pobres (ver entrevistas de Alejandra Ballón a mujeres esterilizadas de Ayacucho) y hay más información. Por ejemplo, la ex congresista Hilaria Supa lideró el movimiento de denuncia de las esterilizaciones forzadas en Cusco. Es necesario investigar qué tanto participó enfermería, y por qué lo hizo. “Para que no se repita”.

En esa línea, nos parece importante destacar tres ideas centrales:

1. La necesidad de que se reflexione sobre el origen de la violencia de género que se encuentra a la base de las esterilizaciones forzadas. Se violentó el cuerpo de las mujeres, las más pobres y vulnerables que no conocían sus derechos y/o no los podían hacer valer.
2. Considerar que fue un proceso heterogéneo, menos agresivo con las mujeres de las ciudades que con las de las zonas rurales, en donde los atropellos fueron mayores. Por ejemplo, en el año 1993 llegaron al Hospital Rebagliati de Lima numerosas mujeres procedentes de distintas provincias y distritos de la región, recordó la enfermera entrevistada, quien agregó “las mandó el chino para que las operaran”. El procedimiento habitual de ligadura de trompas era con hilo (0, 1, o 2), de manera que era reversible si la mujer más adelante quería embarazarse. Pero recuerda que esa vez la indicación era que el médico cortara las trompas, es decir, que las esterilizara. Las enfermeras que estaban como instrumentistas, preguntaban “¿por qué no las ligan solamente?”, pero les decían que las propias mujeres habían pedido que fuera con corte. Solo las investigaciones imparciales de enfermería darán explicaciones sobre el proceso y el comportamiento de este grupo profesional.

3. Se nota en los testimonios la dificultad para muchas mujeres víctimas de las esterilizaciones, de diferenciar a enfermeras de obstetras. En entrevista a Liliana La Rosa, nos manifestó que el gremio de enfermería no había tenido una reflexión sobre el tema, que estaba pendiente. Consideraba que “las esterilizaciones forzadas estuvieron más relacionadas con estímulos para los médicos y obstetras. Para las enfermeras, no había mayor estímulo de participación, entiendo yo. Sí de captación, pero mayormente estaba concentrado en las obstetras. Sin embargo, en todos los procesos quirúrgicos participa enfermería. Que siempre los temas de salud reproductiva, salvo que sean hospitalarios, los han pasado a obstetricia y a médicos, mientras que enfermería, en salud reproductiva, se ha concentrado en el cuidado de la gestante con complicaciones”. Añade que es posible que las víctimas en sus relatos digan “enfermeras” a las obstetras. Aunque en un estudio que ella hizo el 2008, encontró que las enfermeras aun atendían un 22% de los partos, si bien se reportaron como partos atendidos por el médico en jefe, y abajo aparece la firma de la enfermera. La investigación de las esterilizaciones forzadas por enfermería puede esclarecer cuánto y de qué manera participaron las enfermeras/os y las obstetras.

8.3 LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Este tema ocupa un espacio importante en la vida laboral de las enfermeras/os, pero casi no hemos encontrado referencias a él en nuestras lecturas, entrevistas y cuestionario, por lo que lo abordamos de manera teórica. La violencia de género incluye una serie de comportamientos violentos que afectan a las mujeres o a las personas LGTBQ+ por el hecho de serlo, atentando contra su integridad, dignidad y libertad. La violencia de género se sostiene en una situación de desigualdad, al interior de un sistema de relaciones de dominio de los hombres, que contribuye a que las mujeres no denuncien su situación por miedo, vergüenza o sentimiento de culpa. Puede incluir, o no, daño físico, sexual o psicológico.

LA VIOLENCIA DE GÉNERO INCLUYE UNA SERIE DE COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS QUE AFECTAN A LAS MUJERES O A LAS PERSONAS LGTBQ+ POR EL HECHO DE SERLO, ATENTANDO CONTRA SU INTEGRIDAD, DIGNIDAD Y LIBERTAD.

En el ámbito laboral es muy común el hostigamiento o acoso sexual, que es una forma específica de la violencia de género. Se trata de una intolerable forma de discriminación hacia la mujer, que afecta su seguridad y salud. Pero con cierta frecuencia, el problema no es reconocido como tal en los lugares de trabajo o es minimizado, pues la conducta masculina se ha naturalizado y muchos/as la consideran, equivocadamente, “inevitable”, “parte de su naturaleza”. Muchas mujeres no se quejan por temor a que su conducta sea cuestionada (los prejuicios señalan que probablemente ella lo provocó con sus gestos o manera de vestir), o a ser estigmatizadas. Pero el acoso sexual no es natural, es una conducta socialmente aprendida y es necesario denunciarla. Una situación extrema es cuando se hace uso de una posición ventajosa en el medio laboral sobre la víctima; aquí estamos ante un chantaje sexual.

¿Qué conductas forman parte del hostigamiento o acoso sexual? Se señala en la página de la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral (SUNAFIL), que pueden ser, entre otras, las siguientes:

“Promesa implícita o expresa a la víctima de un trato preferente o beneficioso respecto a su situación actual o futura a cambio de favores sexuales. Amenazas mediante las cuales se exija en forma implícita o explícita una conducta no deseada por la víctima, que atente o agrave su dignidad. Uso de términos de naturaleza o connotación sexual o sexista (escritos o verbales), insinuaciones sexuales, proposiciones sexuales, gestos obscenos o exhibición a través de cualquier medio de imágenes de contenido sexual, que resulten insoportables, hostiles, humillantes u ofensivos para la víctima. Acercamientos corporales, roces, tocamientos u otras conductas físicas de naturaleza sexual que resulten ofensivas y no deseadas por la víctima. Trato ofensivo u hostil por el rechazo de las conductas señaladas en este artículo”.

El empleador es el primer responsable de capacitar a su personal y debe “Promover un clima de respeto a la dignidad entre sus trabajadores, capacitándolos sobre las normas y políticas contra el hostigamiento sexual, adoptando las medidas necesarias para que cesen las amenazas o represalias ejercidas por el hostigador e informando al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo los casos de hostigamiento sexual verificados con las investigaciones realizadas”. (SUNAFIL)

En el país se ha aprobado la Ley 27942, “Ley de Prevención y Sanción del hostigamiento sexual” y un Reglamento de la misma aprobado por decreto

supremo del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, por lo cual se ha puesto a disposición de las empresas una “Plataforma de Registro de casos de hostigamiento sexual laboral” para que reporten.

Es muy importante que las/os enfermeras/os y todo el personal que trabaja en hospitales, clínicas y postas médicas, conozcan qué es el hostigamiento sexual laboral, y que esos centros laborales de salud sean espacios seguros. Deben establecerse canales adecuados para una denuncia, como una comisión integrada por personal de la administración, pero también por enfermeras y técnicas, con protocolos claros y que no revictimicen, de modo que se actúe con prontitud y discreción, protegiendo a la víctima de potenciales represalias o calumnias, y sancionando al acosador. Solo muchas capacitaciones y procedimientos institucionales de sanción van a lograr cambiar la mentalidad machista de los centros de salud, de manera que hay que hacerlo y con firmeza.

ES MUY IMPORTANTE QUE LA/OS ENFERMERA/OS Y TODO EL PERSONAL QUE TRABAJA EN HOSPITALES, CLÍNICAS Y POSTAS MÉDICAS, CONOZCAN QUÉ ES EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL LABORAL, Y QUE ESOS CENTROS LABORALES DE SALUD SEAN ESPACIOS SEGUROS.

Las organizaciones sindicales de enfermería, existentes en los hospitales de ESSALUD y del MINSA, deben tomar conciencia sobre el problema. ¿Qué pueden hacer? Capacitar y usar de su fuerza para proteger a las enfermeras/os de todo el país, incluso a quienes se encuentran con contrato administrativo de servicios (CAS) y con contrato de servicios por terceros (que prestan servicios como trabajadores dependientes, pero que no son reconocidos como tales, ya que no se encuentran dentro de las planillas del Estado, sino que emiten recibos por honorarios). Es muy importante presionar a hospitales y clínicas para que asuman su responsabilidad.

Hemos encontrado una evidencia de que el tema ha sido abordado como “Acoso laboral y sus consecuencias”, a través de una cartilla del boletín sindical *Observatorio sindical* del SINESSS, lo cual es un buen síntoma, porque hay mucho por hacer.



Foto *Observatorio laboral* n° 2, abril 2016, SINESSS.

Es interesante que la cartilla incluye, además del acoso propiamente sexual, otras formas de hostigamiento que resultan ser también formas de violencia de género. Se detalla: ignorarte, burlarse, descalificarte, abuso de autoridad, injusticias, violencia física y violencia sexual. Colocan ejemplos en cada una de las modalidades. En el caso de violencia sexual, se especifica que “es un delito y procede ante las autoridades laborales”. También, se señalan posibles consecuencias que acarrea a la enfermera(o) sometida a este acoso laboral: “Bajo rendimiento laboral. Baja autoestima. Ambiente laboral hostil. Aumenta la probabilidad de accidentes. Problemas con la familia. Pérdida de tiempo. Tensión nerviosa y estrés. Depresión. SINESSS “*Observatorio sindical*, n° 2, abril 2016”.

Asimismo, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables define cinco (05) escenarios que califican como hostigamiento sexual laboral:

- a. Promesa implícita o expresa a la víctima de un trato preferente y/o beneficioso respecto a su situación actual o futura a cambio de favores sexuales. Por ejemplo, oportunidades en el trabajo o en los estudios.
- b. Amenazas mediante las cuales se exija en forma implícita o explícita una conducta no deseada por la víctima que atente o agrave su dignidad. Por ejemplo, amenaza de pérdida de oportunidad laboral o de estudio.

- c.** Uso de términos de naturaleza o connotación sexual escritos o verbales, insinuaciones sexuales, proposiciones sexuales, gestos obscenos o exhibición a través de cualquier medio de imágenes de contenido sexual que resulten insoportables, hostiles, humillantes u ofensivos para la víctima. Por ejemplo, exhibición de imágenes o material impreso pornográfico o gestos sexuales que evidencien que la o el hostigado es un objeto sexual y no una persona.
- d.** Acercamientos corporales, roces, tocamientos u otras conductas físicas de naturaleza sexual que resulten ofensivos y no deseados por la víctima. Por ejemplo, contacto físico no deseado como palmaditas, pellizcos o roces en el cuerpo de la otra persona.
- e.** Trato ofensivo u hostil por el rechazo de las conductas señaladas. Por ejemplo, insultos que estén relacionados con el sexo, comentarios sobre el aspecto de la vestimenta, el cuerpo o la sexualidad de la persona hostigada.

9 Perspectivas **actuales**



LA COYUNTURA ACTUAL ES EL EJE DE ESTE CAPÍTULO. POR UN LADO, EL TEMA INSTITUCIONAL, ES DECIR, EL DEBILITAMIENTO DEL GREMIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA POR ENEMISTADES Y DESACUERDOS QUE HAN LLEVADO A LA IMPOSIBILIDAD DE SEGUIR CON LAS ELECCIONES PROGRAMADAS. POR OTRA PARTE, LAS NUEVAS VISIONES SOBRE EL CUERPO DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICA AVANZADA DE LA ENFERMERÍA, QUE OFRECEN LA POSIBILIDAD DE EMPODERAR A ESTA PROFESIÓN Y DEFINIR DE MANERA PÚBLICA SU TERRITORIO. LA LUCHA DE ENFERMERA/OS DE TODO EL PAÍS DURANTE LA PANDEMIA, LAS ACCIONES VALEROSAS Y EL ANÁLISIS DE LAS DIFICULTADES E IMPACTO DE ESTA LUCHA QUE SE LLEVA A CABO EN CONDICIONES MUY COMPLICADAS, ES NARRADA A PARTIR DE LAS VOCES REFLEXIVAS DE ALGUNA/OS ENFERMERA/OS. FINALMENTE, SE CIERRA EL CAPÍTULO RECORDANDO LAS QUE SON LAS PRINCIPALES DEMANDAS DE LA ENFERMERÍA A LAS AUTORIDADES Y PÚBLICO EN GENERAL.

9.1 EL CEP HOY: LIDERAZGO Y CONFLICTOS

Es de lamentar que la realidad de varios colegios profesionales peruanos sea de pugnas internas, al grado de haberse convertido en verdaderas “ollas de grillos”. En algún caso ha habido escisiones y los dos colegios resultantes luchan por captar las inscripciones de sus profesionales. El Colegio de Enfermeros del Perú es uno de los gremios profesionales con mayor número de miembros. En ese sentido, al ser una estructura grande, compleja y de alcance nacional, está sujeta a conflictos inherentes a cualquier organización de esa envergadura, teniendo particular presión sobre la persona que ocupa el cargo de decana/o, siendo este puesto un espacio de alto poder e influencia.

Desde hace un par de años que el CEP atraviesa por enfrentamientos, lo que es lamentable pues las rivalidades debilitan a las enfermeras y limitan las posibilidades de lograr avances para las/os colegiadas/os. Una enfermera asistencial comenta lo erróneo de esta situación y cómo las enfermeras pierden debido a ella:

“Es una pena que en enfermería estemos en una situación *sui generis*. Siendo el Año de la Enfermera, es una pena que haya una situación de pleito entre las propias colegas. Yo veo objetivamente la situación. Soy dirigente sindical (base Hospital Rebagliati) y me han criticado, pero para mí la legalidad es muy importante. La decana elegida por voto universal llega a ocupar un cargo muy importante como ministra del MIDIS. Me siento feliz que una enfermera haya sido ministra y eso va a quedar en la historia. Si bien es cierto que el estatuto del CEP no permite que la decana se aleje por mucho tiempo, toda norma tiene una excepción. De repente se debió colocar una adenda para que la decana fuese ministra y volviera luego a ocupar su cargo. Era lo más lógico, pero no lo permitieron. Como parte del sindicato no queríamos involucrarnos, porque es un tema del colegio, que es algo más científico. Pero yo a título personal he opinado que quien debe prevalecer en el cargo es la persona elegida por voto universal. Por ejemplo, yo soy subsecretaria general del sindicato; si a mi colega secretaria la nombran para que vaya a una gerencia, yo me quedo, pero termina el cargo de confianza y ella regresa a su puesto porque fue elegida por voto universal. No puede haber dos comités electorales, dos decanas [la elegida por voto universal y la encargada]. Se han anulado estas elecciones y está judicializado. Este es el año de la enfermería y deberíamos estar resaltando ante la sociedad el quehacer de la enfermera, cómo estamos afrontando esta pandemia, y la hemos afrontado bien paradas sobre nuestros conocimientos científicos y ahí seguimos, esperando la segunda ola”. (Entrevista a Guisela Chávez, 12 diciembre del 2020).

DESDE HACE UN PAR DE AÑOS QUE EL CEP ATRAVIESA POR ENFRENTAMIENTOS, LO QUE ES LAMENTABLE PUES LAS RIVALIDADES DEBILITAN A LAS ENFERMERAS Y LIMITAN LAS POSIBILIDADES DE LOGRAR AVANCES PARA LA/OS COLEGIADA/OS

Las elecciones para el consejo nacional y los 27 consejos regionales han sido postergadas. De acuerdo con los estatutos del Colegio de Enfermeros del Perú, las elecciones se realizan cada 3 años y no hay reelección inmediata (artículo 48). Entre los requisitos para ser miembro directivo de cualquier órgano de gobierno del CEP, se encuentran ser de nacionalidad peruana y ser miembro hábil del consejo, además de un número de años de ejercicio profesional (más de 15 años para el cargo de decana nacional, vicedecana nacional y decana regional, y más de 10 años para los demás cargos directivos nacionales o regionales). Además,

residir en la ciudad donde funcione el órgano en el que se ejercerá el cargo. Y no haber tenido sanciones disciplinarias, ni ser inhabilitado por resolución judicial ni estar en el Registro de Deudores Alimentarios, ni haber incurrido en abandono ni renuncia a cargo directivo del CEP (artículo 51). El voto es universal secreto, directo y obligatorio o por sistema electrónico (artículo 49).

La elección de la nueva decana es un proceso inmerso en una red compleja de intereses y propuestas que, como en toda campaña política, tiene matices diversos a ser tomados en consideración. Asimismo, el equilibrio que se trata de buscar dentro de la dirección del colegio se ve atravesado por las distintas especialidades, actividad sindical y experiencia en gestión estatal de las participantes. Un ejemplo de esto es la mirada primigenia con la que partió Liliana La Rosa, actual decana del CEP, quien incorporó dentro de su gestión como vicedecana a la enfermera Mónica Ríos. Consideró que Ríos aportaba la visión asistencial a su gestión, y a La Rosa le interesaba “formar nuevos cuadros con gente capaz, para que luego continúen y me superen”. “Mónica Ríos traía mirada asistencial y en su grupo había varias asistenciales; una colega traía la perspectiva de la docencia. Eso le permitió estar en las redes y confrontar a veces un poco fuerte” (Entrevista a Liliana La Rosa, 29 de diciembre del 2020).

Es en este contexto que Liliana La Rosa fue nombrada ministra de desarrollo e inclusión social, convirtiéndose así en la enfermera con el cargo más alto en toda la historia de la especialidad en el país. Sin embargo, debido al inédito nombramiento, el reglamento del CEP no contemplaba este tipo de escenarios. Es así, que frente a las falencias normativas que deberían facultar a La Rosa a tomar una licencia temporal prolongada en sus funciones como decana, se suscitan una serie de conflictos y resquebrajamientos internos que se inician con un intento de la vicedecana de vacarla de su cargo como decana. Es en este contexto que el rol de enfermeras emblemáticas como la tesorera Elida Bravo y la vocal Edda Cayotopa fue sustancial. Ambas jugaron un papel fundamental en hacer valer el voto de las/los enfermeras/os y legitimaron a La Rosa en su puesto de decana.

El conflicto se inició cuando Mónica Ríos logró sacar una resolución [“írrita”, señala La Rosa] por la cual se cancelaba la licencia de La Rosa, luego de lo cual fue vacada, quedando Ríos como decana. La Rosa demandó al CEP con el fin de que se declarara nula dicha resolución y acto administrativo. Ríos quiso registrar la resolución en la SUNARP, pero este organismo no la aceptó, indicándole que había violado los derechos constitucionales de la señora La Rosa. Le dijo

a Ríos “Usted. es vicedecana, no puede convocar”. Existen cuatro escritos de SUNARP en los que se le hacen tachas sustantivas a sus intentos de vacancia. La Rosa afirma categóricamente que Ríos quería registrarse como decana para usar el dinero del CEP. Relata que el 8 de marzo del 2018, sin el debido proceso ni respetar el estatuto, Ríos “vacó” a la tesorera Elida Bravo y se fue al Banco Continental a presentar al “nuevo tesorero”. Pero el funcionario del banco no lo aceptó, insistiendo en que el tesorero tenía que ser elegido, y que solo cuando le trajeran un registro de la SUNARP que dijera que ese señor era el nuevo tesorero y ya no la señora Bravo, podrían manejar las cuentas. Mientras tanto, la señora Ríos debía actuar con Elida Bravo como tesorera. Mónica Ríos y algunos decanos protestaron en la puerta del banco y dos días más tarde, el Banco Continental le bloqueó la cuenta al CEP.

Para ese momento, 6 de las 9 autoridades del CEP ya habían decidido renunciar por la maniobra que sacó de la tesorería a Elida Bravo. Estos hechos coincidieron con el momento en que La Rosa dejó el cargo de ministra de Estado, el 11 de marzo del 2020, reasumió sus funciones como decana electa y enfrentó el caos generado, producto de la toma irregular de funciones durante su licencia. Su retorno recibiría una respuesta confrontacional por parte de Ríos y su grupo, quienes tomaron el CEP para una reunión nacional, a la que negaron el acceso a La Rosa y desaforaron a dos miembros de la junta directiva. Yanet Canchapoma (Vocal III), enfermera muy fuerte y la primera enfermera de la marina que obtuvo un doctorado, fue expulsada. Edda Cayopopa (Vocal IV), muy correcta y capaz, fue suspendida (Entrevista a Liliana La Rosa, 29 de diciembre del 2020).

Durante la ausencia de La Rosa, se han producido denuncias a la gestión de Mónica Ríos, las cuales incluyen la emisión irregular de colegiaturas, cobros indebidos, entre otros. A la fecha, el MINSA y EsSalud no reconocen las colegiaturas que han sido emitidas por la gestión de Ríos, ya que ésta no se encontraba inscrita en SUNARP como decana, lo cual ha perjudicado de manera importante a enfermeros/as recién graduados.

La usurpación de locales del CEP, el tener dos decanas en el CEP, La Rosa y Ríos, y un juicio entre ambos grupos que no avanzaba debido a la crisis sanitaria, imposibilitó que se diesen condiciones normales para las elecciones del 6 de diciembre, tanto así que se dio un paralelismo de elecciones (la Junta elegida y la junta de Ríos). Las elecciones han sido suspendidas y postergadas para mayo del presente año, nombrándose a estos efectos un comité electoral.

Otra arista importante a considerar en la fragmentación y conflicto que se expresa en el CEP, es la de los diferentes tintes e intereses políticos de las enfermeras que ocupan puestos sindicales y de representación a nivel nacional. Es el caso, por ejemplo, de la enfermera Zoila Cotrina quien trató de ser candidata al Congreso con diversos partidos, en especial con el fujimorismo, considerando que lo importante era que hubiera enfermeras congresistas, no de qué partido.

Un caso preocupante es el de Neldy Mendoza, enfermera candidata a la primera vicepresidencia de Renovación Popular, cuyo candidato presidencial es Rafael López Aliaga. Mendoza ha expresado una idea cuestionable, pues cree que las mujeres que toman anticonceptivos “son literalmente violadas” por sus esposos, que no se preocupan porque salga embarazada y solo se satisfacen con ella. Agrega que la violencia familiar se da contra mujeres que usan anticonceptivos, los que están destruyendo a las mujeres. De esta manera, la enfermera Mendoza pone en cuestión un elemento tan básico como la libertad sexual de las mujeres, que se apoya en el uso de anticonceptivos para evitar embarazos no deseados, y rechaza que la mujer pueda tener placer sexual. Indirectamente, Mendoza responsabiliza a las propias mujeres de la violencia de la que son objeto, pues “quizás no has aprendido a relacionarte bien con él, has hecho que salga lo peor de esa persona”. Es decir, justifica la violencia de género. En la misma línea, reclama virginidad en las mujeres, y que lo más importante es enseñarles a las mujeres a ser madres, “a lavar los platos”, antes que a ser profesional, pues de lo contrario serán “abuelas terroristas”. (*Gestión*, 3 de marzo del 2021). A raíz de estas peligrosas expresiones, el candidato presidencial López Aliaga solicitó la renuncia de Mendoza, a lo que ésta se rehusó, señalando que no le da opción al diálogo y que ella acatará lo que disponga el Jurado Nacional de Elecciones. (Wayka.pe, 18 de marzo del 2021)

9.2 POR UNA ENFERMERÍA MODERNA Y RECONOCIDA

Pensar en la enfermería moderna nos exige pensar en las propuestas que forjaron las bases científicas de esta disciplina. Así, es ineludible regresar a Florence Nightingale quien, en buena medida, permitió que la disciplina de enfermería se conduzca dentro de modelos conceptuales que hoy marcan esa naturaleza que integra los conocimientos médicos y los de cuidado. Así, desde

su fundación, la enfermería conserva aspectos centrales que han sido espacios ganados históricamente y que dotan a la disciplina de ese poder de cuidado a través del conocimiento cercano, íntimo y profundo del cuerpo.

Sin embargo, este conjunto de conocimiento y la metodología de la enfermería que, salva miles de vidas diariamente, no son suficientemente comprendidos ni estimados, en contraste con la valoración que se da a la medicina, por ejemplo. Quizá una de las principales razones por la que la enfermería no toma el rol protagónico del cuidado de la salud, se deba a la poca importancia con la que se percibe el sistema de cuidado en general, donde el cuidado de los cuerpos más vulnerables (adultos mayores, niñas, niños, personas con discapacidad, entre otros) son vistos como trabajos que no deben ser remunerados al no ser entendidos como atención “profesional”. Así, el cuidado que -en gran medida- caracteriza a las enfermeras, requiere ser visto bajo nuevas luces, su conocimiento y práctica exige ser reivindicado dentro de la importancia del cuidado y la necesidad de brindar calidad de vida al paciente antes (mediante la prevención), durante (mediante el contacto directo con el paciente enfermo) y después (mediante el seguimiento y recomendaciones).

QUIZÁ UNA DE LAS PRINCIPALES RAZONES POR LA QUE LA ENFERMERÍA NO TOMA ROL PROTAGÓNICO DEL CUIDADO DE LA SALUD, SE DEBA A LA POCA IMPORTANCIA CON LA QUE SE PERCIBE EL SISTEMA DE CUIDADO EN GENERAL, DONDE EL CUIDADO DE LOS CUERPOS MÁS VULNERABLES (ADULTOS MAYORES, NIÑAS, NIÑOS, PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ENTRE OTROS) SON VISTOS COMO TRABAJOS QUE NO DEBEN SER REMUNERADOS AL NO SER ENTENDIDOS COMO ATENCIÓN “PROFESIONAL”.

Así, la enfermería moderna puede ser entendida como un balance armónico entre lo teórico y lo práctico, cuya principal característica se da en el contacto frontal con el cuerpo enfermo de manera sostenida, una relación que permite que se realicen diagnósticos bastante certeros debido al alto conocimiento obtenido mediante la observación y la interacción con los/las pacientes. Sobre este aspecto, Liliana La Rosa señala:

“El entrenamiento de la enfermera es que superes el asco el primer año. Limpias heces, pus, sacas gusanos. Durante la formación hay un diálogo

entre la teoría y la práctica, todo el tiempo se reflexiona en la carrera sobre ambos aspectos. El olfato es un instrumento de diagnóstico. No es lo mismo una diarrea por *shigellosis*, que una diarrea común por un tema alimenticio. No tienes asco, tienes que usar ese olor para definir qué tiene el niño. Y cuando no tienes laboratorio cerca, tu laboratorio es tu nariz. Y si tienes gripe, una enfermera lo va a percibir. Estoy acostumbrada a buscar neumococos en el olor para saber qué comió, por qué tiene ese eructo, ver que los ojos están amarillos, etc. Es nuestra formación. Porque el diagnóstico de la enfermera es relativo al cuidado, mientras que el del médico es de la patología. Él está entrenado para saber qué enfermedad tiene la persona, el diagnóstico general; nosotras, qué tipo de cuidados necesita. El dirá: "el paciente tiene varias escaras y ésta ya está purulenta". Nosotras agregaremos: "además, ésta tiene un halo inflamatorio que se está yendo para este otro lado, y estas dos escaras se conectan". Lo sabemos porque lo estamos cuidando. Tenemos la mirada del cuidado; él, la mirada del diagnóstico general. Y le decimos: "Doctor, hay que complementarlo con algo... y si le ponemos almohadas, o de cubito, en posición prona..." (Entrevista a Liliana La Rosa, 29 de diciembre del 2020).

Este poder de observación y aplicación de conocimiento de la enfermería es sustancialmente importante para el médico, quien se nutre de los diagnósticos tempranos de las/los enfermeras/os. Los/as médicos sustentan, en buena medida, su labor en las observaciones y acompañamiento cercano de la enfermera a las/os pacientes. Pensemos en un escenario donde el sistema de salud solo dependiera de los médicos, definitivamente tendríamos un escenario bastante desalentador, donde la tasa de mortalidad sería alta y con una relación médico-paciente bastante resquebrajada. En ese sentido Zárate (2015, p. 45) señala que la enfermería incide en los indicadores de morbilidad y mortalidad, tiempo de estancia hospitalaria, egresos, infecciones intrahospitalarias, satisfacción de usuarios entre algunos otros indicadores existentes. En ese sentido, la enfermera Guisela Chávez manifiesta en su entrevista que la enfermera es "la columna vertebral del sistema de salud, y nadie lo quiere reconocer. No se quiere entender que la enfermera está tan capacitada como el médico, aunque en diferentes escenarios. Que la enfermera no piensa menos que el médico o que el abogado, y son capaces de muchas cosas, muchas veces con más capacidad que otro profesional" (Entrevista a Guisela Chávez, 12 diciembre del 2020).

LA ENFERMERÍA INCIDE EN LOS INDICADORES DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD, TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA, EGRESOS, INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS, SATISFACCIÓN DE USUARIOS ENTRE ALGUNOS OTROS INDICADORES EXISTENTES.

No solo los/as médicos, sino también, los pacientes se ven altamente beneficiados de la teoría y metodología de la enfermería. Mientras que un paciente que asiste únicamente a atención médica tiene una visión parcial, aquel que tiene contacto con un/a enfermero/a tiene la posibilidad de advertir aspectos de su propio cuerpo que pueden estar dando alertas de cuidados que requieren ser atendidos. Bajo esa mirada, el futuro sanitario que ha puesto altas expectativas en el incremento de esperanza de vida, tiene a la enfermería como protagonista asumiendo un papel clave, no solo con enfermos crónicos y personas adultas mayores, sino también con las personas con patologías menores que son reconocidos en la atención temprana de la enfermería. De igual manera, la importancia y desarrollo del autocuidado, derivado de una orientación oportuna y completa del equipo de enfermeras, incide en la capacidad de la población de asumir un rol más consciente sobre su estilo de vida.

En esa línea, la enfermera Guisela Chavez, desde una voz con casi dos décadas de experiencia en labores de pediatría, en uno de los mejores hospitales del sistema de salud, el Rebagliati, narra cómo se experimenta desde dentro la labor y compromiso de las enfermeras a pacientes de diferentes grupos etarios". El "yo" de la enfermera está inscrito en la preocupación por cuidar, por no maltratar al paciente". Cuenta cómo trata mucho de no tener que hincarle la piel varias veces a un niño al ponerle una vía. En su caso, ella reza pidiendo que su acción no lo/la maltrate. Pero esa actitud compasiva y empática no se limita a la infancia; ella la ha encontrado en colegas de la sección de adultos, entristecidas por un anciano con escaras, o abandonado. Ella considera que esa actitud se logra durante la formación profesional, en donde las mismas profesoras notan si una estudiante carece de esa vocación de servicio. (Entrevista a Guisela Chávez, 12 diciembre del 2020).

La enfermera Liliana La Rosa menciona que el "diagnóstico de enfermería" consiste en un detallado proceso que parte del diagnóstico, pero que debe incluir el plan de cuidado y prescripción. La Rosa menciona

“La prescripción de una enfermera es: `señora, levante 3 veces al día las piernas por encima del corazón; use este tipo de pantys, use llantén´. Si hay un tema estomacal: `dele a este niño granadilla, no plátano, puede caerle pesado´. No voy a prescribir novalgina, ampicilina, antalgina, nunca. Salvo en el programa de TBC, donde sí tenemos derecho a prescribir, porque no hay muchos médicos. Como enfermera hago una prescripción de cuidado. `Si no quiere comer, no le pegues, hazle este jueguito´, `no le jales el brazo´, `sácale así el chanchito´. Si eres hipertenso: `no te sometas a situaciones estresantes; haz yoga, sal a correr, a caminar´. Pero no son “consejos de vieja” sino que se basan en la teoría”.

Lo mencionado por La Rosa, coincide con varios testimonios recogidos en la presente investigación a través del cuestionario autoaplicado, donde varias/os encuestados/as dan cuenta de “la visión holística de la enfermería para aportar ideas novedosas que no solo se centren en la enfermedad, sino que miren el cuidado de la persona, conociendo de manera más profunda sus necesidades”. Asimismo, se menciona el rol central de la enfermería en el servicio de salud como “directora de orquesta”, pero que, sin embargo, no es reconocida debido a que el rol del médico suele ponderarse y son “los que toman las decisiones”, frente a un trabajo que, en la práctica, es siempre interdisciplinario. En ese sentido, varias/os de los encuestados coinciden en la necesidad de tener al cuerpo de enfermeros/as en espacios de decisión y ocupando cargos de mayor responsabilidad.

Esta búsqueda de la enfermería por conquistar espacios que se les ha negado históricamente, ha encontrado dentro del movimiento denominado “Enfermería de Práctica Avanzada” (EPA) un ámbito de negociación importante. Esta corriente surge casi medio siglo atrás cuando se formalizan los estudios de postgrado en enfermería, principalmente promovidos por una estrategia internacional para fortalecer la atención primaria a la salud (APS). Es así que la Organización Panamericana de la Salud organizó, en conjunto con otras organizaciones, dos reuniones de alcance internacional que tuvieron como propósito *conocer la percepción de enfermeras de los sectores de salud y educación, relativo a las competencias centrales que debe tener una enfermera de práctica avanzada, contextualizadas a la perspectiva de América Latina* (Morán, 2017:219).

En ese sentido, el Consejo Internacional de Enfermería define su función de la siguiente manera: “La EPA es aquella enfermera que ha adquirido un conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y

competencias clínicas para una práctica expandida, siendo las características de esta práctica definidas según el contexto y/o el país en el cual ejerce su profesión. Se recomienda un grado máster como nivel inicial". Sin embargo, a la fecha aún existe un debate abierto sobre cómo se califica las funciones EPA; lo que sí resulta ser un rasgo importante es el nivel de formación, donde los estudios de postgrado se posicionan como una herramienta sustancial para establecer una suerte de "voz autorizada" de la enfermería.

LA EPA ES AQUELLA ENFERMERA QUE HA ADQUIRIDO UN CONOCIMIENTO EXPERTO, HABILIDADES PARA LA TOMA DE DECISIONES COMPLEJAS Y COMPETENCIAS CLÍNICAS PARA UNA PRÁCTICA EXPANDIDA, SIENDO LAS CARACTERÍSTICAS DE ESTA PRÁCTICA DEFINIDAS SEGÚN EL CONTEXTO Y/O EL PAÍS EN CUAL EJERCEN SU PROFESIÓN.

Morán menciona que la práctica avanzada de la enfermería se constituye en 7 dominios: práctica clínica ampliada autónoma o liderada por la enfermera, desarrollo de la práctica de otros, mejora de los sistemas de cuidado, desarrollo y oferta de programas y actividades educativas, así como diseño y liderazgo de investigación y empleo de los resultados de investigación en la práctica (Ibidem). Estos aspectos brindan el marco sobre el cual la enfermería puede ocupar un rol más visible y mejor reconocido, partiendo de entender que la salud y el bienestar son factores claves para el desarrollo de políticas sanitarias y estas a su vez, son pilares para el desarrollo de la sociedad.

Asimismo, no se debe dejar de lado la lucha que viene peleando el CEP para la introducción de una visión moderna y empoderada de la profesión de enfermería, a través de la modificación de la Ley del Trabajo de la Enfermera/o presentada el 26 de agosto del 2020 por el Consejo Directivo Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú, por su decana nacional, Liliana La Rosa, ante el Congreso de la República en la persona de su presidenta Mirtha Vásquez Chiquilín. Se trata del proyecto de ley N° 6474/2020-CP que modifica la Ley 27699, Ley del Trabajo de la Enfermera/o, en el marco de la facultad reconocida por el artículo 107° de la Constitución Política del Perú a los Colegios Profesionales. La problemática de esta propuesta ha sido expuesta, de manera detallada en el subcapítulo 3.4.

9.3 ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA

Aún seguimos insertos en la pandemia mundial del COVID-19, de ahí que la distancia que tenemos con respecto a las experiencias y las políticas públicas para enfrentar el virus en la sociedad peruana. Por ende, se decidió abordar el tema por el protagonismo de las/os enfermeras/os en esta difícil coyuntura, tanto desde el relato como desde las demandas al Estado y a la sociedad. Para conocer más sobre este difícil proceso, hemos recurrido a convocatorias del MINSA, entrevistas, artículos periodísticos y respuestas del cuestionario autoaplicado. La revisión del cuestionario nos permite acceder a la experiencia de numerosas/os enfermeras/os que han trabajado con pacientes Covid, la mayoría en el sector público y otra/os desde el privado, con diversos tipos de contrato (nombradas, CAS “normal”, CAS Covid). Si bien la mayor parte son profesionales colegiados, hay una enfermera egresada y otra serumista. El conjunto de respuestas los hemos recogido de las preguntas 16, 17, 20, 21, 24, 26, 27, 28, 29 y 31 del cuestionario, e indicaremos esa correspondencia entre paréntesis.

9.3.1 Voces que narran lo vivido desde la Enfermería

La enfermería viene desempeñando un papel fundamental en la lucha contra la COVID-19. La escasez crónica de enfermeras en el sistema de salud se hizo más saltante en la coyuntura de la pandemia, en la que el rápido contagio y hospitalización de numerosos pacientes con cuadros agudos, demandaba más recursos humanos... y muchos médico/as y enfermera/os adultos mayores fueron mandados a sus casas. Debido a ello, el MINSA contrató personal de salud con sueldos particularmente altos para atender a pacientes con COVID-19, con contratos temporales sujetos a renovación (“CAS Covid”). Por ejemplo, la segunda convocatoria publicada en la página del MINSA el 1° de julio de 2020, fue para contratar a 825 profesionales de la salud y administrativos, entre ellos, enfermería. El contrato tenía como objetivo la prevención, atención y control de la pandemia en hospitales con pacientes COVID-19 en Lima Metropolitana (San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, El Agustino y Comas) y nueve regiones del país (Piura, Lambayeque, La Libertad, Loreto, Ucayali, Áncash, Arequipa, Cusco, Ica y Lima Región -Huacho y Cañete). Para la enfermería profesional el sueldo era de 6,000 soles y para enfermería técnica, 3,300 soles. Mientras, los médicos eran contratados por 9,000 soles, y los especialistas, por 12,900 soles. (MINSA lanzó una segunda

convocatoria de 825 plazas CAS para atención en Lima y nueve regiones.). Los beneficios que el Minsa ha indicado son: seguro de trabajo de riesgo, seguro de Vida, seguro de EPS (potestativo), bono COVID 19, inducción y desarrollo de capacidades para la atención integral de casos COVID-19, y otros beneficios de ley. Este empleo puede considerarse bien pagado, pero es temporal, por lo que genera inquietud. De hecho, tras el fin de la primera ola, mucha/os enfermera/os de CAS Covid ya no vieron renovados sus contratos.

De acuerdo a las respuestas en el cuestionario autoaplicado, una enfermera egresada señala que hace seguimiento de pacientes con COVID-19 (18), mientras que otra que se encuentra haciendo su SERUMS en el centro de sanidad policial en Ventanilla, relata que, al no haber, tuvo que iniciar “mi propio consultorio de terapia de rehabilitación pulmonar para pacientes post covid, en donde hago mis atenciones, además creé mi hoja de enfermería física para las historias...” (16)

Enfermera/os que trabajan en el sector público, relatan lo que fue estar en “primera línea” en la “guerra” contra la pandemia de Covid. Una manifiesta que “Una sola enfermera atendía más de 20 pacientes al inicio de la pandemia y nos pedían oxígeno cuando estaba al máximo” (18). La falta de reconocimiento ha tomado diversas formas. Una enfermera que se desempeñaba en el hospital Simón Bolívar, de Cajamarca, explica el gran esfuerzo que realizaban, el que no era reconocido y lindaba en la discriminación: “a pesar de ser nosotras el respaldo de salud las 24 horas junto al paciente COVID, el médico a cargo de la jefatura del hospital siempre ninguneaba nuestro trabajo y tuvimos represalias en nuestra contra, cuando reclamámos, ya que se nos sobrecargaba de trabajo. Manejábamos pacientes entubados y con diálisis en emergencia, con micro goteo a través de volutrol, y él solo ingresaba y nos exigía atender más y apurarnos (18). Otra, que laboró en el área Covid del hospital Eleazar Guzmán Barrón, de Nuevo Chimbote, Ancash, relata que “Al inicio estuvo bien, pero ya en setiembre que bajaron los casos Covid, nos botaron como cualquier cosa... eso me indignó, para no volver a trabajar ahí” (18).

Algunas/os opinan sobre los aspectos emocionales: “Trabajé en el área COVID-19, una experiencia triste, pero al mismo tiempo satisfactoria por la recuperación del usuario, no de todos sino de algunos” (18). “Las experiencias en el área Covid Asistencial fueron realmente para poner a prueba la capacidad de inteligencia emocional” (18)

Hay respuestas que valoran lo realizado por la/os colegas de enfermería hacia los pacientes y el propio personal de salud, pese a los riesgos. Una dice: “La capacidad de solucionar problemas en tiempo real para favorecer la mejor atención de los pacientes Covid y la mayor seguridad al personal de salud” (18). Otra destaca “La reacción de respuesta (sic) que tenemos para atender a pacientes con COVID-19, el alto grado de exposición y, a pesar de ello, buscar la manera de calmar su dolor” (18). A esta valoración se une inmediatamente la queja por el descuido gubernamental: “La COVID-19 nos evidenció laboralmente, así como nuestra participación mayoritaria en el cuidado y la crueldad de un estado que no nos reconoce” (18).

Desde el sector privado, una enfermera señala el dolor experimentado y lo “muy ajetreado” que ha sido el trabajo (20); mientras que otra destaca el “poder ayudar a tantas personas, algunas victoriosas, otras no”, pero que “muchas veces se han llevado la gratitud y bonos quienes no han ayudado ni a alcanzar una jeringa” (20). También se señala el trabajo recargado y bajo sueldo: “estoy en una empresa donde tengo 400 colaboradores y soy la única licenciada a cargo; recién han contratado a una doctora con 18 horas al mes. La carga del sistema la tengo como enfermera y el pago es de 3.500 soles aun en pandemia”.

En la pregunta 27 sobre qué es lo más duro o exigente de jornada trabajo, muchas respuestas señalaron a la pandemia: “la atención”, “controlarla”, “el trabajo en área Covid”, “cuidado al paciente Covid”, “las demandas de los pacientes Covid”, “en el área Covid, ingresar forrada, no poder miccionar, comer con miedo”, “encontrarse con padres antivacunas”.

La pandemia ha colocado a la enfermería en un lugar más visible. Y nos preguntamos si la/os enfermera/os de carne y hueso sienten que su trabajo es valorado por sus superiores, lo que interrogamos en la pregunta 28 del cuestionario. Las respuestas no son unívocas, pues un grupo señala que no y otro que sí, y los motivos expuestos son de diversa índole. Encontramos una referencia a motivos de estilo y personalidad del superior. Así, un enfermero/a responde: “No. Porque en los 15 años que vengo laborando en ese servicio, mi jefa nunca nos ha felicitado, ni siquiera en esta pandemia, donde muchos hemos trabajado enfrentándonos a todo. Es lamentable pero cierto, siempre nos habla de lo que no hacemos, siempre ve nuestros errores. Yo la miro con compasión, porque sé que sus ojos no son capaces de ver lo maravilloso de cada persona. Para esto tuve que capacitarme y entrenarme en salud emocional”.

Otra respuesta negativa apunta a una falta de reconocimiento de las capacidades profesionales aplicadas a la administración: “No, ni con la pandemia. Yo fui la primera en programar a los niños en trabajo remoto, y como es algo más administrativo, el trabajo remoto no es valorado”. También se hace referencia al incumplimiento de acuerdos laborales: “No. Nos bajaron el sueldo de los Covid a 4 mil soles”.

Entre las respuestas afirmativas, una pone el peso del reconocimiento en su propio mérito, lo que indica un entorno meritocrático: “[Mi trabajo] sí es valorado por mi superior, porque siento que doy todo mi conocimiento y mi esfuerzo para seguir adelante, sobre todo en esta pandemia”. Varias manifiestan un cambio, algo ha mejorado para esa/os enfermera/os que trabajan directamente en el área Covid: “Ahora si, por la remuneración [pues] actualmente trabajo en el área Covid”. “Sí, en tiempos de Covid he sentido esa revaloración, aunque no del todo”. “En el área Covid, si. Porque no tengo miedo, y gracias a Dios que me ha protegido”.

Si bien las respuestas varían debido al entorno, se evidencia que el trabajar directamente con pacientes Covid ha significado mejores sueldos para la/os contratados, y en muchos casos, reconocimiento a la/os enfermera/os anteriormente contratada/os o nombrada/os. Sin embargo, la nueva situación ha traído también vulnerabilidad laboral, además del evidente riesgo de su salud.

Las entrevistas en profundidad realizadas a cinco enfermera/os destacada/os, complementa la información sobre este panorama pandémico y su impacto sobre la enfermería.

La enfermera Silvia Angulo, de la región Loreto, narra cómo en esa zona “brotó como agua la pandemia; no habían llegado los implementos, ni los equipos de protección, los colegas atendían con lo que había, varios se infectaron y hubo más de siete muertos por turno, pero seguimos adelante. Los problemas no nos deprimen ni derrumban, no bajamos la guardia, seguimos brindando los cuidados con los recursos que tenemos (...) y no dejan de llegar pacientes todos los días en busca de ayuda” (Entrevista a Silvia Angulo, 15 de diciembre del 2020). Se refirió a la pandemia como a “una película de terror”, especialmente cuando sus propias colegas comenzaron a contagiarse con la COVID-19. Silvia se encargó de ayudarlas yendo de hospital en hospital a ver si les podía conseguir oxígeno, y a pesar de que ella también se contagió, no paró de tratar de ayudar a conseguir el oxígeno faltante. Para ella resultó muy frustrante lo

que pasó con el personal de salud, pues a Loreto no llegaron a tiempo los equipos de protección personal, sino cuando más de la mitad del personal de salud ya estaba infectado. Usar los colegios como centros hospitalarios no alcanzaba, faltaban medicamentos; hubo vuelos humanitarios, “la decana envió medicamentos de Lima, que yo iba a recoger y a buscar a qué enfermera le faltaban...” (Entrevista a Silvia Angulo, 15 de diciembre del 2020).

Cuando la pandemia empezó a azotar el interior de Loreto, recibieron ayuda enviada por la Fuerza Aérea y PROSEGUR. A su vez, aprovechando las entregas de los bonos Covid, de Loreto enviaban mascarillas, remedios, oxígeno y todo lo que faltase, realizando “cadenas de ayuda”. Silvia debía levantarse temprano para embarcar los recursos con la Fuerza Aérea, pero se sentía feliz de poder ayudar como fuera, a pesar de todo lo que ello implicase. Cree que la pandemia ha dejado una gran enseñanza, que contribuyó a valorar al ser humano y la vida. Aunque se encontró con personas “mezquinas” que les cerraron las puertas cuando necesitaban ayuda, tanto para socorrer a los pacientes como al personal de enfermería, otras puertas se le fueron abriendo y lograba enviar los recursos. Eso la hace sentir satisfecha con su labor, que -recalcó- la ha hecho “a nombre del Colegio de Enfermeros, y de las enfermeras de Loreto, por trabajar por la enfermería y seguir aportando, incluso detrás de bambalinas; el que quiere sigue en la lucha, sigue ayudando como sea” (Entrevista a Silvia Angulo, 15 de diciembre del 2020).

Por otro lado, resaltó la importancia de la salud mental y emocional que requieren las/los enfermeras/os para poder atender a sus pacientes, ya que deben estar emocionalmente bien para poder brindar un buen servicio, y que lamentablemente con la pandemia muchos se vieron afectados en este ámbito. Con el solo hecho de recordar todo lo que tuvo que vivir, dice que le “salen lágrimas”, como por ejemplo el ver personas que llegaban muertas al hospital, o que morían recibiendo los primeros auxilios. Explicó en la entrevista que incluso por los primeros días de diciembre, almorzando con sus colegas, hablaron de la preocupación que les suscitaba la “segunda ola” de la enfermedad, pues pensaban que no podrían soportar vivir una situación similar, ni mental ni físicamente.

Asimismo, enfatizó la importancia del soporte y el aliento que se dan entre las/os enfermeras/os para poder lidiar con toda la situación. Agradece que, en su caso, toda su familia haya estado sana, pero recuerda lo difícil que fue y la angustia que le ha dado no poder ayudar a colegas que han tenido pérdidas

y han realizado sacrificios por la pandemia. Narra: “Aquellas colegas que perdieron algún familiar, fue terrible; he tenido lágrimas de una colega que perdió a su hermano y su mamá y decía que ya no quería vivir; otra colega decidió quedarse soltera para cuidar a su madre. Yo no sabía cómo alentarlas, me sentía desmoralizada” (Entrevista a Silvia Angulo, 15 de diciembre del 2020). Emocionalmente han quedado devastadas por muchas pérdidas humanas y familiares, y piensa que para la segunda ola necesitarán terapia psicológica.

Silvia lamenta que, a pesar de lo dura que fue la pandemia en Loreto, las personas no se cuiden como deberían, pues no respetan el distanciamiento, no usan mascarillas y le da miedo y pena tener que volver a pasar por lo mismo otra vez. Además, le molesta la falta de incentivos para su área y, sobre todo, la falta de reconocimiento a su profesión: “No solo incentivos económicos, otras cosas más, no se tapa la boca solo dando incentivos. Hay formas de reconocer el trabajo de diferentes profesiones sobre todo en la pandemia, seguimos en la primera línea, hasta ahora no ha habido un sincero agradecimiento al personal de enfermería, solo los médicos han sido reconocidos. El resto, como si hubiéramos estado de vacaciones o no hubiésemos hecho nada” (Entrevista a Silvia Angulo, 15 de diciembre del 2020).

Durante la pandemia, la vocación de servicio de la enfermera se puso a prueba, pues pasaron muchas dificultades durante la primera ola y ahora sienten frustración ante la falta de reconocimiento institucional, incluso de la opinión pública. Narró una enfermera:

“El otro día nos reunimos con el gerente para hablar del bono Covid. Según algunas autoridades, sí nos lo han pagado; pero no nos lo han pagado. Hemos trabajado 18 horas durante la cuarentena. Salíamos de las casas a las 4 pm, antes que empezara el toque de queda, que era a las 5 pm, para dar tiempo a la colega a salir y llegar a su casa; entrábamos a las 5 pm a trabajar y salíamos al día siguiente. Muchas personas de la calle no saben cómo las de enfermería hemos sufrido con ese horario tan dilatado. No solo aquí, en todos los hospitales, porque salió la resolución emitida por el entonces presidente Vizcarra, que los trabajadores de la salud podían trabajar hasta 24 horas continuas. Muchas no hemos aguantado. Yo lo hice y al día siguiente no podía más. Entonces, trabajamos 18 horas continuas. La población no lo sabe. Yo, como dirigente, le dije al gerente: ‘Doctor, si no hay un reconocimiento monetario, aunque sea uno verbal, o un cartón que diga: ‘Señorita enfermera, la felicito y le

reconozco por haber trabajado durante la pandemia, desde el día 1 hasta la actualidad'. Hay colegas que no han tomado vacaciones pues durante la pandemia se suspendieron, seguimos trabajando y nunca se acogieron a la norma. El médico me dijo que tenía razón y que en algún momento habría un reconocimiento a todas las enfermeras que hemos lidiado con la pandemia. Ha sido muy fuerte, al principio no teníamos EPP. A los niños les daba menos Covid al inicio, pero luego ya hemos tenido 14 y 15 niños contagiados por día. Menos mal en el Hospital Rebagliati ninguna enfermera ha fallecido por Covid, pero sí murió una que estaba en aislamiento social" (Entrevista a Guisela Chávez, 12 diciembre del 2020).

Cuando inició la pandemia, la atención primaria de la salud quedó desatendida, carente de recursos humanos, hasta mayo del 2020. El enfermero José Víctor Vélez explicó lo que había pasado. Un número importante de enfermeras/os se retiró de la actividad debido a que eran parte del grupo de riesgo (tenían diabetes, hipertensión o eran adultos mayores), y sin un buen diagnóstico todo era difícil. Aquello era resultado del [mal] manejo de la salud que se había tenido en los años previos, aunque hubo una rápida "acción reactiva del gobierno" ante la pandemia, para implementar las camas UCI y capacitar a los recursos humanos. Las condiciones del inicio de la emergencia sanitaria fueron difíciles: el personal de enfermería trabajaba las 24 horas al día, ya que con el toque de queda, había dificultad para encontrar transporte, y se les pagaba 24 horas para asegurarse de contar con enfermeras/os. Se trabajaba "completamente forrado con material, hasta pañales, había dificultades a nivel de hospital, a nivel de las comunidades, falta de recursos humanos, falta de equipos de protección personal EPP. Alguno/as enfermero/as con contratos de servicios por terceros ganaban 2.000 o 2.500 soles y no les daban EPP, debían arreglárselas por su cuenta, no como había dicho el gobierno" (Entrevista a José Víctor Vélez, 14 de diciembre del 2020). Pese a que subieron los sueldos a 4.000 soles y se contrató a más personal, muchos de ellos no podían "ir de casa a casa, subir el cerro desde la mañana hasta la noche". Por ello, en vez de continuar trabajando en la comunidad, varias/os enfermeras/os optaron por trabajar en hospitales, pues si trabajaban 24 horas, tenían cuatro días libres y así también podían tener un segundo trabajo en clínicas. Es decir, había beneficios al trabajar en hospitales en vez de hacerlo en el barrio o la comunidad. Vélez lamentó que, en el primer nivel de salud, no se contara con incentivos. Todo esto generó que se comenzara a llamar a egresados de la carrera para trabajar en la atención primaria: "a algunos ni les pedían SERUMS para trabajar, incluso se pensó en contratar estudiantes" (Entrevista a José Víctor Vélez, 14 de diciembre del 2020).

CUANDO INICIÓ LA PANDEMIA, LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD QUEDÓ DESATENDIDA.

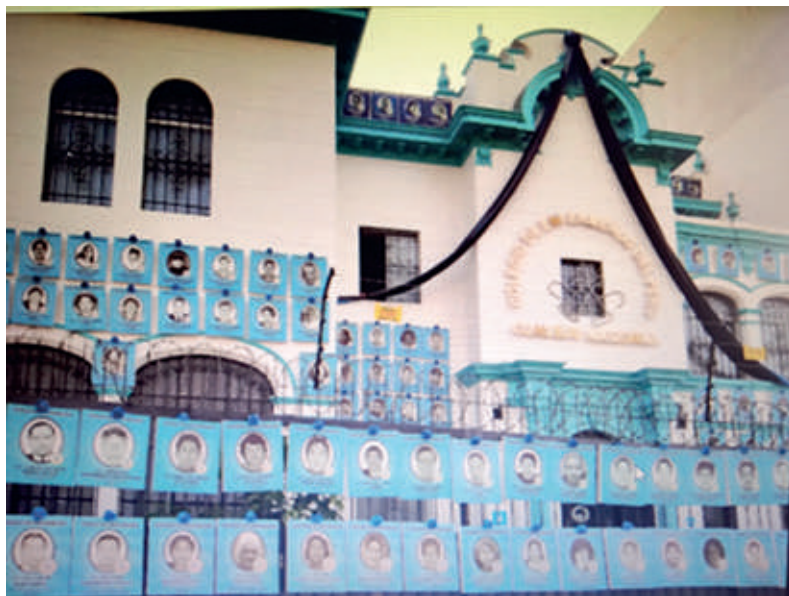
Otro de los problemas que las/os enfermeras/os han tenido que enfrentar durante la pandemia, es que la mascarilla óptima, la N95, no la tenían todos los del área de salud, por lo que se autorizó el uso de la KN95 en caso no hubiese EPP. Era una autorización “con recomendaciones” la que dio la FDA (Food and Drug Administration, EEUU), para la KN95, y no para uso habitual, ya que es fácilmente falsificable, lo que creó desconfianza. Otra dificultad fue la mala distribución del personal dentro del mismo hospital, incluso en la atención pre hospitalaria. Vélez fue testigo de cómo quienes estaban en las ambulancias eran “enfermeros que no estaban ubicados como atención primaria ni hospitalaria. Por ello no recibían Bono Covid y contaban con EPP de pésima calidad, pese a que trasladaban a los pacientes a los hospitales, siendo los más expuestos al virus. La propia estructura no define bien su rol, quedan en el aire; el Estado no sabe cómo manejarlo. Ellos han tenido que pararse delante del Ministerio de Salud para reclamar sus beneficios” (Entrevista a José Víctor Vélez, 14 de diciembre del 2020).

EXISTE LA URGENCIA DE ESTABLECER UN PROGRAMA A CORTO Y MEDIANO PLAZO PARA AYUDAR CON LA SALUD MENTAL DE “LA PRIMERA LÍNEA” DE LA PANDEMIA.

También la vida íntima del personal de enfermería ha sufrido por la pandemia. Muchas/os enfermeras/os decidieron vivir en los hospitales que laboraban, por miedo a llevar el virus a sus casas. Se habilitaron ambientes tipo residencias en los diferentes hospitales, para que pudiesen dormir allí. Asimismo, la discriminación de la propia población afianzó esta decisión, pues a través de las redes sociales y los noticieros se observaba cómo vecinos de diversos edificios prohibían el ingreso a profesionales de salud. Mientras por un lado los aplaudían y heroizaban, por el otro los discriminaban. Señala que, en el contexto de pandemia, es difícil tener contacto directo con la familia para el personal de enfermería, pues están más expuestos al contagio y a contagiar, por lo que Vélez no ha podido ver a su esposa e hijo recién nacido, ni a sus padres, ya que son adultos mayores.

A la sobrecarga de trabajo que tienen las/os enfermeras/os con la pandemia, se ha sumado el desgaste de su salud mental y emocional. Ver morir a 4 o 5 pacientes por turno, “es bien fuerte, para cualquier persona es fuerte, y cuando se da acumulado y a diario, reiteradamente, te llegas a cuestionar a ti mismo sobre por qué estudié una carrera que ve gente morir, los ves bien y luego entubado al otro día” (Entrevista a José Víctor Vélez, 14 de diciembre del 2020). Algunas/os enfermeras/os han ayudado a que pacientes graves de Covid pudieran despedirse de sus seres queridos, a través de sus celulares y videollamadas, encontrando en ello un alivio. Esta ayuda para “bien morir” alivia en lo físico, mental y espiritual, algo muy importante por lo que hay que trabajar. Lamentablemente, reconoció que la sobrecarga del personal, no permite dar a veces esta oportunidad para que la persona descanse en paz. Vélez destaca la urgencia de establecer un programa a corto y mediano plazo para ayudar con la salud mental de “la primera línea” de la pandemia.

La extrema cercanía física que implica el trabajo de cuidado de las/os enfermeras/os a los pacientes, les ha pasado una alta factura durante la pandemia, debido al alto número de contagiadas/os y fallecidas/os. El 19 de enero del presente año, ya se habían contagiado 7.780 enfermeras/os, habían fallecido 90, y 15 se encontraban a la sazón en unidades de cuidados intensivos.



Frontis del CEP con las fotos de las/os enfermeras/os fallecidas/os, con el epígrafe “héroes” y “heroínas”.

Foto de Felicitá Morales, febrero del 2021.

Tal situación debe hacer reflexionar a las autoridades acerca del cuidado físico de las/os enfermeras/os, así como sobre su salud mental. Si millones de personas en todo el planeta han experimentado el miedo al contagio, en su caso y el de los médicos, el riesgo y temor al contagio es muy alto. Las precauciones deben ser extremas por su alta exposición al contagio, y en ese contexto nos encontramos con una noticia en el periódico, de abril del 2020, que indica que en un centro de salud en la provincia de Ambo, Huánuco, las enfermeras que monitoreaban a policías contagiados en la comisaría, se colocaban en piernas, brazos y cabeza, bolsas plásticas compradas en el mercado, pese a contar con el equipo de protección personal (EPP), como ordena la resolución del MINSA (*El Comercio*, 25 de abril del 2020). Como se aprecia en la foto, ellas cuentan con mascarillas N95, gorros quirúrgicos, guantes de látex, lentes protectores y mandil descartable.



Foto de *El Comercio*, 25 de abril del 2020

El comportamiento aparentemente irracional de las/os enfermeras/os lleva a buscar más información, y ésta indica que posiblemente se trataba de una realidad que se repite en todo el país: se les ha dado el EPP (mandiles y mascarillas descartables, etc.), pero en cantidad insuficiente, de manera que en no pocos lugares están lejos de ser verdaderamente descartables. Se ven obligadas/os a reusar los mandilones, lo que significa colocarse un elemento no estéril. Ya anteriormente se ha señalado el problema de los mandilones lavables con los que las enfermeras/os de uno de los mejores hospitales públicos de Lima, debían salir de regreso a su casa para lavarlos allí, dispersando la contaminación en su entorno social y familiar.

La prevención ha sido dejada de lado frente al énfasis puesto en la recuperación. Virginia (seud.), enfermera entrevistada, narró cómo al inicio de la pandemia los centros de salud, base de la salud preventiva, cerraron, pues el esfuerzo se concentraba en hospitales de mayor nivel y complejidad. Si bien poco a poco fueron reabriendo, lo hicieron sin contar con la totalidad del personal; se rotaban equipos compuestos por un médico y una enfermera. Y esos niveles de atención debieron haber permanecido abiertos para dinamizar la atención de la población. Virginia afirma que “en salud pública se va a retroceder como unos diez años atrás (...). Ya se ha podido evidenciar una de las consecuencias: el brote de la difteria. Es justamente por el tema de la vacunación. De aquí a unos meses, se darán otros brotes”. También se ha intensificado la tuberculosis, al no poder abastecer a los pacientes con sus dosis necesarias; lo mismo respecto al abastecimiento de vacunas, especialmente para niños migrantes flotantes. El tema de la tuberculosis es grave porque el Perú es el primer país latinoamericano con mayor cantidad de casos de la cepa *Mycobacterium bovis* ultraresistente (Entrevista a Virginia, seud., 1 de enero del 2021).

LA PREVENCIÓN HA SIDO DEJADA DE LADO FRENTE AL ÉNFASIS PUESTO EN LA RECUPERACIÓN.

Antonia Hinojosa, subdirectora regional de salud de Ucayali, quien asumió el cargo en abril del 2020 durante la pandemia, narra que los primeros meses trabajó 16 horas al día incluyendo sábados y domingos ante las demandas de la coyuntura sanitaria. Recién en septiembre bajó la intensidad laboral, especialmente los fines de semana. Una de las poblaciones de mayor preocupación es aquella de índole rural, que habita las zonas de frontera con Brasil, todo el oeste de la región, pero el corto presupuesto con el que se cuenta para contratar personal de salud dificulta atender a esas lejanas poblaciones. Además, los contagios en el personal de salud significaron dificultades y frustraciones en la gestión de la salud en Ucayali durante la pandemia:

“Muchas veces se piensa que [los administrativos] no estamos en la primera línea, lo cual es falso. (...) Primera línea, ¿qué significa? Que tú estás al frente. (...) Nuestro caso. Gracias a Dios, yo no me he enfermado. Pero, en primera línea hemos estado tres o cuatro personas. El resto de la parte administrativa se enfermó, cayeron, no vinieron 15 días, y nosotros hemos estado solos. El director, mi persona y una secretaria. De

las tres [secretarías], se enfermaron dos. Abajo, que es atención integral, los coordinadores venían solo uno o dos y se sabía el por qué: éste está enfermo, está enferma su mamá. Nadie venía. Y tampoco podíamos controlar ni asistir en un momento tan difícil. (...) Cuando a mí me dicen que primera línea son solamente los que están en hospitales... porque esa es la mirada que se tiene en el Ministerio de Salud, que la primera línea es la que está en el hospital (...) A ver, si alguien de la parte administrativa no lidera, no conduce los procesos administrativos, ¿quién lo haría?" (Entrevista a Antonia Hinostroza, 1 de enero del 2021).

El tratamiento a seguirse con los pacientes Covid ha adolecido de falta de claridad, y no solo en Ucayali. Señala Hinostroza: "Se empezó a dar Hidroxicloroquina, con Ivermectina y Azitromicina. Luego, a la semana o dos semanas, dijeron ya no Hidroxicloroquina. Marchas y contramarchas. Hay dudas en la población y en el propio personal médico. Con respecto a la vacuna contra el Covid, hay desinformación general, aunque sí existe buena información a nivel oficial y en las redes sociales. Pero si pensamos en las noticias falsas que hablan de sus efectos negativos, por esa razón los pobladores sienten desconfianza" (Entrevista a Antonia Hinostroza, 1 de enero del 2021).

9.3.2 Demandas urgentes de Enfermería frente a la pandemia

En una entrevista, la enfermera Guisela Chávez opinó que recién con la pandemia, la sociedad estaba aprendiendo a reconocer la profesión. Hasta entonces, "hemos estado detrás de una cortina y no se visualizaba la carrera de enfermería". Recuerda que el secretario General de la ONU declaró al 2020 como el Año de la Enfermera. (Entrevista a Guisela Chávez, 12 diciembre del 2020).

Pero hay mucho que la población no conoce, y el reconocimiento no se ha expresado como debería. Por ello ha sido la propia institución gremial de enfermería la que ha inaugurado, el 13 de diciembre del 2020, en Nuevo Chimbote (provincia de Santa, Ancash) la estatua de una enfermera, como un homenaje al heroico y dedicado trabajo que estas/os profesionales vienen desarrollando en medio de la pandemia. Especialmente a las/os-hasta entonces-casi 6.000 contagiadas/os y 87 que hasta ese momento habían fallecido en todo el país (a mediados de enero ya había 7.780 contagiadas/os y 90 habían fallecido). Se trata de una enorme estatua (más de 7.5 metros) ubicada cerca del hospital regional Eleazar Guzmán Barrón, en donde las enfermeras han luchado por estabilizar a los pacientes infectados con COVID-19.

Acompañado de la decana nacional y los decanos regionales de Puno, Arequipa, Cusco, Moquegua, de la enfermera Matilde Fernández, tercera vicepresidente del Congreso, y de gremios internacionales, el decano regional de Ancash-Costa Juan Miguel Ponce se refirió al sentido del monumento. Destacó cómo, durante la pandemia muchas/os enfermeras/os se contagiaron y, tras reponerse y guardar su cuarentena, retornaron para seguir dando batalla a la enfermedad. La estatua será “motivo de orgullo para las futuras generaciones de enfermeros”. (CEP. “Develan monumento en homenaje a enfermeros caídos por COVID-19”).



Foto: Estatua de una enfermera. Homenaje a las/os enfermeras/os caídos por el COVID-19. Tomada de la Página Web del CEP.

Es necesario “desnaturalizar” la existencia de esta estatua, pues, como señaló la decana La Rosa, “en 199 años nunca ha existido un monumento, nunca una avenida ni un hospital ni un centro de salud que lleve el nombre de nuestras grandes enfermeras”. Por ello, la estatua marca un hito en la profesión e inicia una “historia de visibilización de la enfermería peruana”, incorporándose a la historia de la salud pública. Sentenció: “Nunca más la invisibilización y el silencio. Eso se acabó”. (“Develan monumento en homenaje a enfermeros caídos por COVID-19”).

La estatua, creada en este contexto pandémico, busca dirigir la mirada de la población y del Estado hacia la enfermería, sector clave en la salud pública pero

históricamente invisibilizado. Hacia mujeres y hombres capaces y esforzados, que han sido -y continúan siendo- tan golpeados por la pandemia y por la miopía de las autoridades... con la aspiración de que se les trate con el cuidado y el reconocimiento que se merecen.

"EN 199 AÑOS NUNCA HA EXISTIDO UN MONUMENTO, NUNCA UNA AVENIDA NI UN HOSPITAL NI UN CENTRO DE SALUD QUE LLEVE EL NOMBRE DE NUESTRAS GRANDES ENFERMERAS". POR ELLO, LA ESTATUA MARCA UN HITO EN LA PROFESIÓN E INICIA UNA "HISTORIA DE VISIBILIZACIÓN DE LA ENFERMERA PERUANA".

Antes de iniciarse la pandemia, había en el Perú un gran déficit de enfermeras/os. Los estándares de la OCDE (Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico) señalan que debería haber 88 enfermeras/os por cada 10,000 habitantes. Para cumplirlo, indica La Rosa, el Perú debería contratar a 250.000 enfermeras, pero se está muy lejos de esa cifra. Sólo en ESSALUD había un déficit de alrededor de 9.000 enfermeras/os en marzo pasado; y si bien el MINSA y ESSALUD contrataron a varios miles, fue insuficiente pues simultáneamente mandaron a sus casas a las enfermeras que eran adultos mayores o con comorbilidad. Además, se trataba de contratos, no de nombramientos de enfermeras/os, situación que se ha mantenido todo el año. La Rosa indicó que, habiendo presupuesto para realizar nombramientos en el 2019, ese monto no se había usado y regresó al Ministerio de Economía y Finanzas. Cuestionó que algunos congresistas de la bancada del gobierno actual se hubiesen opuesto a la ley que se aprobó por insistencia, por la cual se eliminaba el contrato CAS -en el que se encuentran trabajando en la pandemia miles de enfermeras/os-, en lugar de nombrarlas/os y darles derechos laborales. Con enfermeras/os fallecidas/os, varias/os miles contagiadas/os, muchas con contratos temporales de baja remuneración y que no incluyen seguro médico, el CEP ha tenido que apoyar a algunas a sobrevivir, a ser evacuadas, etc. La Rosa opina que va a llegar un momento en el que se cansen de esta situación y eso va a repercutir en la población (Entrevista a Liliana La Rosa, 29 de diciembre del 2020).

Como si eso no fuera suficiente, no bien finalizó la primera ola empezaron los despidos. Por ejemplo, en diciembre, ESSALUD despidió personal de enfermería en la Villa Panamericana, según refirió la decana La Rosa. Opina: "yo creo que ha habido una profunda negligencia, indignante, despidiendo a enfermeras

capacitadas, que tenían experiencia de manejo de COVID-19; hemos dicho que las reasignen, que no las boten... han despedido a más de 5.000 enfermeras y a otras les han bajado los honorarios, y no se han hecho los nombramientos que tocaban en el 2019. ¿Las razones de que hayan sido despedidas? Dijeron que, porque bajó el Covid, no había demanda por contagios” (*Gestión*, 19 de enero del 2021).

El 1° de mayo del 2020, Día del Trabajo, un grupo de enfermeras/os y personal técnico realizó un plantón afuera del Hospital Loayza (Lima) para exigir derechos laborales, tales como contratos permanentes, así como EPP para la atención de pacientes con COVID-19. En sus pancartas se leían mensajes como “No más muertes por EPP incompletos o inadecuados”, “Basta de abusos con los enfermeros”. “También somos profesionales”, “Sin contrato, sin derecho, sin seguro. Terceros nunca más” y otros. La decana La Rosa, presente en el plantón, declaró que lo que pedían era que todos los contratos por terceros pasasen a la modalidad CAS o contrato administrativo de servicio. Si bien la aspiración era que las/os enfermeras/os CAS pasasen a ser nombradas/os.



Foto de *El Comercio*, 1° de mayo del 2020. Protestas y reclamos a raíz de la precaria y riesgosa situación de las enfermeras a los 45 días de iniciada la pandemia.

Las respuestas a la pregunta 21 del cuestionario autoaplicado, aportan muchas ideas acerca de lo que se percibe como negativo en el trabajo durante la pandemia y que debe cambiar. Se preguntó allí si la remuneración

de enfermería compensaba el esfuerzo, y recibió respuesta negativa. Hubo numerosos señalamientos a la distancia existente entre el mérito del trabajo de enfermería, que fue mayor durante la pandemia (conocimientos, esfuerzos, sacrificios), y dicha remuneración, así como la sensación de inestabilidad por el tipo de contrato laboral. Y señalan:

- “Estamos mal remunerados; en esta pandemia se demostró que la enfermería es la profesión que más trabaja en el cuidado al usuario/paciente”.
- “No (...) Es mucho el sacrificio que realizamos en nuestra labor, más en esta pandemia”.
- “Como CAS normal, no hay forma que un chofer de la ambulancia o el vigilante ganen el mismo sueldo que nosotras, que estudiamos 5 años, además el SERUMS, y algunas tienen especialidad. Debería ser como el CAS Covid, pues pasamos 24 horas pegadas al paciente y gracias a nosotras es su recuperación”.
- “No, porque somos terceros y no contamos con ningún seguro pese a estar expuestos a contagiarnos con el COVID-19.”
- “No, tu sacrificio no se compensa. Mira en este momento de Covid”.
- “No, dedicamos horas de trabajo físico, pero también emocional... muchas veces eso nos agota más y el sueldo es mínimo. Solo por Covid subió, y ahora que se vaya el Covid, volveremos a ser maltratadas y pisoteadas”.
- “... en la actualidad soy nombrada; igual sigue habiendo brecha de recurso humano. Aparte que cumplo mis 150 horas en COVID, asisto en mis días libres a cumplir las actividades de la etapa de vida adulto mayor y salud familiar, ya que soy responsable de un sector en Tupac Amaru y responsable a nivel microrred de la etapa de vida adulto mayor”.

En la pregunta por cambios urgentes en la profesión (24), se señalan varios a nivel laboral, que se han hecho más acuciantes debido a la pandemia: “La informalidad. Tenernos en contrato por mes genera un estrés único, no tenemos estabilidad laboral, no podemos hacer nada firme. También el no tener un seguro afecta mucho. Perdimos a muchas de las nuestras en esta pandemia y muchas de ellas no tenían seguro, ni EPP adecuado. (sic) Imaginen estar enferma, tener un sueldo mínimo, carga familiar y encima Covid”. También se demanda el pago del bono Covid, que forma parte de los beneficios que se da a los recientemente contratados por el Minsa (CAS Covid). Se pide “CAS, nunca más” y que se produzca la “reubicación del personal CAS Covid”.

El pedido del gremio de enfermería al gobierno para que tome decisiones urgentes, se ha vuelto insistente al arreciar la 2ª ola del COVID-19 en el país. A inicios del presente año 2021, la junta directiva del CEP, representada por su decana Liliana La Rosa, la secretaria Leticia Gil, la tesorera Elida Bravo y las vocales Aquilina Vergaray, Yanet Canchapoma y Edda Cayotopa, solicitó al ejecutivo una serie de medidas. Una de ellas fue que se implemente “la gestión territorial de la salud”, esto es, la **prevención** a través de la instalación de “brigadas de salud en las que se incluya a enfermeras, históricamente con funciones estratégicas en el manejo preventivo promocional”, así como la “detección temprana de contagios y aislamiento local de personas asintomáticas, garantizando alimentación completa, exámenes y residencia” y “la detección y protección oportuna de población vulnerable” . (CEP, 13 enero del 2021)

Esta vez ya no se trataba de marchas y entrevistas, sino de un comunicado dirigido al ejecutivo, en el cual el CEP le planteó tomar cartas en la resolución de la **problemática laboral** de enfermería, cuyos profesionales se arriesgan en estos difíciles momentos: “Cumplir de inmediato con el cumplimiento hacia profesionales y servidores de salud y de excluidos pendientes del 2019 y 2020”. Ello incluye la “eliminación de contratos por terceros, creación de 10.000 plazas CAS para personal asistencial dirigido a las regiones calificadas como de **muy alto y alto riesgo**, con énfasis en el primer nivel de atención. Atención inmediata al cambio de grupo ocupacional, reasignación, suplencias y ascenso”. También “Acortar la brecha de recursos humanos de los 5,000 puestos de salud que no tienen enfermera ni médico, precisando además cómo y en cuánto va a fortalecer la infraestructura de estos servicios, para lo que recomendamos se establezcan núcleos ejecutivos con apoyo del Ministerio de Vivienda con los GORES [Gobiernos Regionales]” (CEP, 13 enero del 2021).

La exclusión de la que ha sido objeto la enfermería en el manejo sanitario de la pandemia que realiza el MINSA, no debe continuar. De allí que el CEP haya demandado “Incluir a enfermería en el grupo de trabajo: apoyo a la implementación del proceso de vacunación contra la COVID-19”. El sustento es que, históricamente, la vacunación ha sido una función final de la enfermería, desde la planificación, la implementación, el monitoreo y la evaluación. La confianza que la ciudadanía le tiene a las/os enfermeras/os en esa función, es lo que permitió en su momento erradicar la polio y el sarampión (CEP, 13 de enero del 2021).

CONCLUSIONES

1. La enfermería carece de una historia; los escasos pero significativos esfuerzos por reconstruirla son loables, pero definitivamente insuficientes. Solo disponemos de datos aislados y que no dan cuenta de la riqueza de la experiencia y de los aportes de las enfermeras a la historia nacional. Sin duda esta carencia debilita su presencia en el espacio público y hace que su trabajo sea menos valorado.
2. Existe una relación entre la presencia de las mujeres en el espacio público, el reconocimiento de sus derechos políticos, y la participación de las enfermeras en el espacio académico. Algunos de los logros relativos a la profesión de enfermería se relacionan con la mayor presencia de mujeres en los espacios públicos. Por ejemplo, en 1956 el Estado reconoció a las enfermeras diplomadas en las escuelas profesionales, y se les otorgó el título a nombre de la nación. Además, se reglamentó su ejercicio. Es interesante notar que este logro es simultáneo a la aprobación del sufragio femenino.
3. La feminización de la profesión ha tenido efectos en las condiciones sociales, políticas y laborales de las enfermeras. Aunque, ellas mismas han luchado por mejorar sus vidas y han planteado sus propias exigencias profesionales, sus tareas aún son percibidas como menos complejas que las cumplidas por los médicos, quienes aún tienen una mayoría masculina. Por eso, no se cuestionan las grandes diferencias salariales. Y es que, en los estereotipos, las enfermeras estarían más lejos de un trabajo calificado y sofisticado, pese a que este trabajo se ha constituido en una carrera profesional. No obstante, en las últimas décadas, la profesión ha logrado un mayor reconocimiento social, pero falta camino por recorrer.
4. Los médicos se llevan el crédito por toda la labor desempeñada por las enfermeras, y esto genera un comprensible sentimiento de frustración en ellas. Los médicos, cuando lo hacen, solo agradecen formalmente. El sistema parece estructurado de tal manera que desprestigia la labor de las enfermeras. Por otro lado, llama la atención la ausencia de registro

del trabajo y las actividades de las enfermeras. Este subregistro está condicionado o determinado por la relación de poder desigual entre médicas/os y enfermeras/os. Muchas veces los médicos firman el trabajo hecho por las enfermeras.

5. La sociedad y la cultura patriarcal influyen en subestimar y desconfiar en las capacidades de los enfermeros. Los mismos pacientes suelen sentirse incómodos al ser tratados por hombres, pues se ha naturalizado que las labores de cuidados deben ser realizadas por mujeres. Se suelen comprender las labores femeninas como asistencialismo, y a las enfermeras como auxiliares de los médicos. Por otro lado, las personas cercanas a los enfermeros, como amigos, se han burlado o subestimado su profesión, pues no comprenden a un hombre realizando una labor “de mujer”. De esta forma, se concibe al hombre enfermero como asumiendo una posición “inferior”, ya que las labores de cuidado asociadas y naturalizadas a lo femenino, y a lo privado, se comprenden como menos relevantes que las naturalizadas como masculinas, que suelen ser carreras relacionadas con el poder, el liderazgo y lo público. Así, las nuevas masculinidades que se gestan en la enfermería han tenido que lidiar con una sociedad machista que los inferioriza, hace objeto de burlas y subestima. Y, lamentablemente, se siguen replicando estereotipos de género en el campo laboral.
6. El conflicto armado interno (1980-2000), la coyuntura de las esterilizaciones forzadas (1996-99) y las situaciones cotidianas de acoso sexual y laboral, son entornos violentos en los que se han desenvuelto alguna/os enfermera/os. Si bien hace falta recoger sistemáticamente la información desde la enfermería, son situaciones en las que el cuerpo de las mujeres ha sido maltratado, violentado. Se trata de una problemática vinculada a las relaciones de género, que no está siendo examinada y discutida en las universidades como se debiera. Consideramos que los silencios de las/os entrevistadas/os sobre estos temas son una expresión de asuntos difíciles de abordar y prefieren dejarlos atrás.
7. El marco legal que norma el ejercicio profesional de la/os enfermera/os adolece de algunas normas limitantes, como el decreto supremo que dispone que para postular a cargos de dirección de hospitales, se debe ser médico cirujano, cerrando así el acceso a dicho puesto a todos los demás profesionales de la salud. Pero es la propia Ley del Trabajo de la Enfermera/o

Nº 27669 (2002) la que no recoge una visión moderna sobre la enfermería, la que se viene impulsando en los países europeos, los Estados Unidos, y también en países latinoamericanos como Brasil, Chile, Colombia y Cuba. La enfermería de práctica avanzada cuenta con el respaldo del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Esto ha llevado al CEP a proponer, en agosto del 2020, la modificación de la Ley del Trabajo de la Enfermera/o desde una visión moderna y empoderada de la profesión. Dicha propuesta defiende la autonomía de la/os enfermera/os, sustentada en su capacidad de generar conocimientos que pueden ser aplicados en la práctica, así como en su elaboración de juicios críticos en base a la ciencia del cuidado. Defiende, por tanto, la autoridad y responsabilidad de la enfermería sobre sus decisiones. La propuesta destaca que la enfermería realiza sus propios diagnósticos, no orientados a la enfermedad, ámbito de los médicos, sino a las respuestas humanas frente a la enfermedad y a la forma de prevenirla. De allí que la ley deba modificarse para reconocer estos aspectos y respaldar la toma de decisiones y la competencia de la enfermera/o para prescribir, esto es, dar medidas para proteger, prevenir y cuidar en forma integral al paciente.

8. A lo largo del diagnóstico hay constantes señales a propósito tanto de la ausencia de meritocracia como de una dudosa seriedad en la formación de las/os enfermeras/os en sus diversas escuelas y facultades. Hay una deficiencia de atención y control de la calidad educativa por parte de las organizaciones respectivas (Estado, CEP, etc.). Esta es una tendencia que se ha fortalecido a partir de la década del 90.
9. Una de las mejores y más alentadoras señales de la práctica temprana del SERUMS, por parte de las/os enfermeras/os, es el aprecio de su independencia, de su autonomía. Es una condición favorable para la creatividad y la innovación. Además, es un requisito para apreciar su propio trabajo y trascender el malestar propio de una relación de dependencia, con respecto a los que se consideran superiores, como es el caso de algunos médicos u obstetras. Los médicos tienen mayor prestigio social por lo que las posibilidades de ser escuchados por las autoridades son incomparables, tanto del hospital como del Estado, lo cual no es malo en sí mismo; pero sí lo es cuando lo hacen sobrepasando a las enfermeras. Sin embargo, las enfermeras tienen la sensación y también la certeza de que sus aprendizajes y conocimientos no solo no son valorados, sino que

les son expropiados. De allí la importancia de generar mecanismos que registren por escrito sus intervenciones en los variados terrenos en que incursionan.

10. Uno de los principales problemas que han enfatizado las/os entrevistadas/os consiste en el aspecto laboral. Además de la insistencia en torno a los bajos salarios en relación con el esfuerzo y las múltiples tareas que realizan de manera cotidiana en el cuidado de la población peruana y en la administración de la salud, las/os enfermeras/os han señalado la magnitud de las dificultades del ambiente laboral. Entre ellas se indican: falta de una adecuada infraestructura, especialmente de la salud pública; carencia de implementos tecnológicos, de vestimenta, de elementos farmacológicos y logísticos que son necesarios para la atención de los/as pacientes; falta de una visión de medicina preventiva. Asimismo, la existencia de una estructura rígida de la organización laboral del personal de salud; las dificultades de cumplir con sus labores profesionales debido a las expectativas que se crean por su papel de madres y esposas; entre otros. Estas consideraciones promueven que las/os enfermeras/os sean influidas/os por ambientes estresantes, generando conflictos con personas de su entorno, desde autoridades hasta pacientes. Así surge la insatisfacción y la quiebra de las relaciones de confianza, autosuperación y respeto a nivel personal y comunitario.
11. Habría que destacar que la participación de las/os enfermeras/os en la gestión de la salud pública se dificulta por la normativa vigente, además de los bajos salarios que recibe el personal administrativo y los frecuentes y engorrosos compromisos burocráticos que implican el ejercicio de estos cargos.
12. Los datos derivados del cuestionario autoaplicado nos presentan un escenario donde la insatisfacción salarial está presente en casi el 100% de participantes, siendo una constante, sin importar el género, nivel de formación, o ubicación geográfica. La misma exploración muestra que la mayoría de enfermeras/os tiene que recurrir a trabajo adicional (fuera de su ocupación principal) para poder mejorar su nivel de ingresos. Este último dato es importante ya que dicho aspecto está presente, incluso, en profesionales con estudios de maestría y doctorado. En ese sentido, se puede concluir que, a la fecha, la enfermería atraviesa una crisis de precarización laboral que no permite que

sus profesionales tengan estabilidad y autonomía económica a través de un trabajo adecuadamente remunerado.

13. El acercamiento que tienen las/os enfermeras/os en la práctica y la bibliografía acerca de lo intercultural reafirma la importancia de los conocimientos y saberes que se descubren y se producen en la interacción con comunidades dueñas de percepciones y prácticas culturales propias. También queda claro que las posibilidades de intervención terapéutica son indesligables del respeto e intercambio con aquellas. En dicho campo, las enfermeras son agentes y observadoras irremplazables. Es fundamental que esas experiencias puedan ser registradas, intercambiadas y publicadas. Esto, además de tener un efecto en la salud y bienestar de las comunidades en las que las profesionales actúan, puede incrementar la valoración de su trabajo. También, el enfoque descrito sirve para reconocer, respetar, valorar y rescatar los saberes ancestrales de la medicina alternativa, tanto en las comunidades andinas como amazónicas. Reconocer y admirar a la otredad, atributo necesario para generar un diálogo entre la diversidad cultural peruana, y aprender de ella.
14. La enfermería es una disciplina que comprende y trata al ser humano de manera holística. De ahí, la necesidad que el trabajo interdisciplinario en diferentes áreas y contexto sea fundamental en el oficio. La mirada integral le facilita establecer diálogos con otras profesiones, no solo del área de salud, sino también con educación, cultura, artes e incluso, las ingenierías.
15. La enfermería ha sido un oficio, primero, y luego una profesión predominantemente femenina, que muestra cómo las peruanas desde sus prácticas laborales y profesionales han alcanzado reconocimiento social, político y económico en el ámbito nacional, regional y local. Estos reconocimientos no les fueron dados, sino que mediante sus continuas luchas individuales y colectivas lograron que la enfermería dejara de ser vista como un oficio y se reconociera como una profesión. Esto ha permitido que numerosas peruanas, en calidad de enfermeras, alcancen un mejor nivel de vida y que contribuyan al bienestar de la población. Desde inicios del siglo XX, ellas se organizaron en escuelas y promovieron su posterior profesionalización. Falta mucho por recorrer, no obstante es necesario identificar que las/os enfermeras/os han contribuido en la mejora de la calidad de vida de los/as peruanos/as, a pesar de sus dificultades laborales,

logísticas y estructurales. En numerosas ocasiones, ellas/os son la primera cara que los/as peruanos/as ven al ingresar a los locales de salud.

16. La enfermería se enfrenta a una permanente invisibilización y desvalorización social, y por ello, se hace indispensable recoger los itinerarios vitales y profesionales de muchas/os de sus miembros. Hemos podido detectar a algunas enfermeras de labor destacada, de valiosa presencia pública, así como encontrar en el cuestionario menciones a aquellas cuyos esfuerzos son seguidos con admiración y respeto. Esos personajes de impacto público son la punta de un iceberg constituido por enfermeras/os valiosas/os. Para conseguir el reconocimiento de la sociedad, esta revisión es un buen punto de partida.
17. Un serio problema identificado es la dificultad de las profesionales de enfermería para acceder a instancias de poder, y esto en diferentes ámbitos, tanto en los hospitales, como en las postas y en la administración pública propiamente. Esto incluso tiene lugar en las organizaciones internacionales. Hay, pues, un grave problema de representatividad que les resta agencia y poder para modificar las características del sistema de salud, y que suscitan condiciones laborales injustas que recortan su reconocimiento público. Consideramos que la rivalidad dentro del gremio dificulta la eficacia de las acciones orientadas a solucionar este problema.
18. La situación de la enfermería en la actualidad es compleja. Por un lado, la pandemia ha golpeado con fuerza a todos/as los/as profesionales de la salud, y se cuentan por miles las enfermeras contagiadas, y por decenas las/os fallecidas/os. Han estado y siguen estando en primera línea. Pese a lo cual, muchas/os han enfrentado la pandemia con contratos de modalidad temporal. Por un lado, persiste la dificultad de conseguir pasar de CAS a nombramientos, y los contratos por terceros significaron una grave condición de vulnerabilidad y riesgo de sus vidas. Es un problema pendiente que el CEP ha planteado reiteradamente y que aún no ha sido atendido por el Estado como corresponde. Pero el reconocimiento ha venido de parte de la sociedad, que ha tomado nota de los esfuerzos y capacidades de las/os enfermeras/os.
19. Otro escenario es el del propio gremio profesional, el CEP, que, como algunos otros colegios profesionales, no ha sido ajeno a las pugnas y

acusaciones. Es necesario reafirmar la institucionalidad democrática dentro del gremio, así como la meritocracia, y recordar que la/os dirigentes democráticamente elegida/os tienen sobre sí las miradas atentas y las expectativas de sus colegas.

20. El liderazgo de los últimos años ha posibilitado que el CEP forme parte de redes internacionales, a través de las cuales se debería avanzar hasta hacer realidad que el país cuente con una enfermería de práctica avanzada. Al mismo tiempo, esa modernización debe darse de la mano del fortalecimiento de la enfermería de atención primaria y comunitaria.

REFLEXIONES FINALES

LA HABILIDAD DE LAS MUJERES PARA CURAR, CONECTARSE CON EL CUERPO, SUS DOLENCIAS, ETC. HA SIDO VISTA POR LOS HOMBRES EN TANTO QUE ARTÍFICES DEL SISTEMA PATRIARCAL, COMO AMENAZANTE.

Además, las jerarquías de género han tendido a minimizar, si no a menospreciar los saberes femeninos. Y de aceptarlos los han subordinado y controlado. En tiempos más modernos, los cuidados en manos de las mujeres, fuera de los recintos domésticos, han sido pobremente valorados en la medida en que se asocian a una supuesta “naturaleza” femenina, como si ello, por algún tipo de suposición que se considera natural, no puede ser valorado ni remunerado de manera justa. Estas razones están también en la base de un escaso reconocimiento, sobre todo cuando esta labor, como la enfermería, se realiza en el espacio público. Esto se agudiza o se vuelve más grave cuando las labores del cuidado han sido asociadas tanto con una proyección de la naturaleza como con la servidumbre. El/la que cuida, tanto por razones de género, como de clase y raza, ha ocupado durante la colonia y durante casi 200 años de república, el escalón inferior.

Adjudicarles a las mujeres por su naturaleza femenina, la determinación de lo maternal como única fuente de significado, termina enarbolando supuestas virtudes naturales como el sacrificio y la abnegación, que hace que las autoridades políticas se apoyen en eso para no reconocer, entre otras cosas, salarios justos y acordes a la importancia de las enfermeras en el funcionamiento del Estado y en la salud de los peruanos y peruanas.

A esto se agrega una arraigada división sexual del trabajo en el mundo doméstico que se proyecta en el espacio público. Este espacio público a su vez se presenta como contaminado y contaminante, sucio y desorganizado, mientras que el mundo doméstico se mezcla con las tareas del cuidado, que generalmente ha recaído en las mujeres. Tales presunciones se fortalecen en países como el nuestro en que las jerarquías sociales son considerables y que todavía se infiere que las mujeres deben ocuparse, de manera más exclusiva, a criar a los hijos, a ejecutar las labores domésticas, a cuidar a los padres en su vejez y otros.

El Estado republicano se ha caracterizado, entre otras cosas, por su incapacidad o poca voluntad para ingresar al mundo familiar y contener la violencia de hombres contra mujeres y de adultos contra infantes. Cuando, entre 1938 y 1943, la Escuela de Enfermería del Hospital Arzobispo Loayza ofreció a todas sus egresadas la especialidad de “enfermera visitadora” a través de un programa anual al término de sus estudios de enfermería, apareció una señal de que esa tendencia podía revertirse. La enfermera que se hace presente en la casa es una señal de modernización no solo del Estado, sino de la sociedad.

Todo parece indicar que el estatus de la carrera de enfermería se relaciona con una ampliación de los horizontes formativos. En 1954 se crea el Instituto Nacional de Enfermería, como organismo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia que consiguió el aporte financiero de la Caja Nacional del Seguro Social. Así, desarrollan programas de perfeccionamiento para enfermeras en áreas como administración, educación y salud pública. Es importante subrayar que las/os enfermeras/os van engrosando las filas de la administración pública y contribuyen con su presencia a la sofisticación y diferenciación del aparato estatal.

El hecho de que el Estado peruano y las políticas públicas sanitarias de los sucesivos gobiernos hayan invertido más en la infraestructura hospitalaria y descuidado el primer nivel de atención es una funesta tendencia que se expresa en la experiencia de la/s profesionales de enfermería en nuestro país. Tal tendencia, además de lo perjudicial que es para el sistema sanitario y para la salud pública en general, priva a la enfermería profesional de un campo laboral y de investigación. A su vez, recorta las posibilidades de empleo y crea desigualdad entre las/os profesionales en general.

En el año 2010, a nivel nacional, una enfermera atendía a 499 personas. Esta situación ha ido mejorando progresiva y sostenidamente, y así en el 2019, a nivel nacional, una enfermera atendería a 342 personas. No obstante, estamos aún lejos del promedio de los países del OCDE, que para el año 2018 era de 114 personas por enfermera (8,8 enfermeras por cada mil habitantes).

Las representaciones sobre el oficio de las enfermeras están cargadas de estereotipos y las vinculan con labores asistenciales y técnicas. Más que una profesión, la enfermería es vista como una ocupación vocacional limitada al trato humano que una profesión científica-técnica. Sin embargo, la enfermería y su

objeto han evolucionado según el tiempo, aunque se considera que su objeto gira alrededor del cuidado humano a nivel individual, familiar y comunitario desarrollando la promoción, la prevención, el tratamiento y la recuperación de la salud. Pero esto tiene un reflejo débil en la formación profesional y en la autopercepción de la enfermería. La cada vez más crítica noción del trabajo de enfermería tiene pocos puntos de apoyo en la cultura pública y en las políticas de estado.

El imperante modelo biomédico suele menospreciar y subestimar los conocimientos terapéuticos provenientes de experiencias que no se ajustan a este, aunque “se practica en casi todos los países del mundo, y la demanda va en aumento. La medicina tradicional de calidad, seguridad y eficacia comprobadas contribuye a asegurar el acceso de todas las personas a la atención de salud”. En este aspecto, considerarla también sirve para lograr que la atención médica pueda llegar a todo el territorio.

Con respecto al área administrativa, una entrevistada comenta que, a pesar de que existe una ley que permite a las enfermeras postular a cargos jefaturales; sin embargo, esto no se cumple. “Generalmente, los cargos jefaturales deberían ser convocados, pero, en este caso no es así. Son puestos a dedo y generalmente son ocupados por médicos. Del 100% de los cargos jefaturales, el 90 o 85% son ocupados por médicos y el otro pequeño porcentaje por diferentes profesiones. Una enfermera relató que duele el olvido del Estado a las enfermeras que son relegadas. Explicó en la entrevista que se les sigue considerando como “profesionales de segunda”, a pesar de ser ellas quienes llegan a los puestos de salud más distantes para atender donde no hay médicos. Puede ser un profesional o también un técnico de enfermería quien representa la atención de la salud en las regiones más abandonadas por el Estado.

Si bien la exclusión de las enfermeras de puestos y espacios clave de toma de decisiones y empoderamiento tiene que ver con las estructuras jerárquicas de la sociedad y del sistema de salud propiamente, las fisuras y tensiones intragremiales favorecen, por ejemplo, la intrusión de médicos en espacios en principio propios de la enfermería.

Una reflexión más detenida sobre este punto, que se recomienda, podría llenar de un nuevo contenido las relaciones entre las distintas instancias del sistema de salud. Es preciso tener en cuenta que el Perú dista de ser una sociedad

igualitaria y todavía hay fuertes inclinaciones hacia el trato que inferioriza y la organización social jerárquica. Estos rasgos, naturalmente, están presentes en el sistema nacional de salud. Lo que parecen advertir las opiniones de algunos colegas es que la práctica de la enfermería está expuesta a este tipo de comportamientos, que hacen daño a los procesos de atención en general, y a la gestión del sistema. Así, se crea malestar personal y al mismo tiempo se obstaculiza buenas prácticas sanitarias. También, por supuesto, corta la iniciativa, la innovación y la creatividad.

Hemos visto cómo surge una masculinidad diferente que valora la importancia de las labores de cuidado, y las comprende como independientes de un género en particular. Los enfermeros son cada vez más conscientes de que se está produciendo un cambio en las nuevas generaciones, respecto a la libertad de las personas a poder elegir y a resquebrajar los estereotipos de género.

RECOMENDACIONES

EL PRESENTE DIAGNÓSTICO HA EXPLORADO, DESDE UN ENFOQUE HISTÓRICO Y DE GÉNERO, DIVERSAS FUENTES que nos permiten tener un panorama general de la situación de la enfermería en el Perú. En ese sentido, en base a la revisión cualitativa y cuantitativa de datos, el equipo de investigación realiza las siguientes recomendaciones:

A nivel de relación con el Estado y organismos internacionales:

- Fortalecer la identidad de las enfermeras subrayando su importancia como bisagra entre el Estado y la sociedad, reconociendo que a través de ellas/os el Estado se legitima y se autoriza.
- Promover una red de enfermeras del primer nivel de atención que fortalezca esa instancia muy cercana a la comunidad y a la prevención, que valore su desempeño en ésta, y que se desprenda de ella una política que incentive a la persona a mantenerse en el área de atención primaria.
- Demandar al MINSA que a la información cuantitativa y cualitativa que recoja sobre la enfermería, incorpore la que se ha construido en el CEP.
- Difundir extensamente en la opinión pública su defensa de la autonomía e interdependencia de enfermería, y a favor de la enfermería de práctica avanzada en hospitales de ESSALUD, MINSA, Fuerzas de Sanidad Policiales y de las FFAA. Es importante que se dé a conocer ampliamente que ese posicionamiento social empoderado y moderno requiere recoger lo planteado en el Proyecto de Ley N° 6474/2020-CP que modifica la Ley 27699, Ley del Trabajo de la Enfermera/o.
- Ampliar los intercambios y la voz de la enfermería peruana en el ámbito internacional, y persistir en la exigencia a los organismos de salud como la OMS, la OPS y el CIE, que incorporen enfermeras en sus organizaciones e indicadores construidos desde la enfermería, a nivel global. El CEP debe continuar su política de alianzas con las organizaciones gremiales de enfermería de América Latina, para impulsar juntos una enfermería moderna, una enfermería de práctica avanzada.

A nivel académico -educativo:

- Promover en las universidades, a nivel de estudios de pre y posgrado, la investigación de la vasta y rica, pero desconocida, experiencia de las enfermeras en la construcción del Perú republicano, especialmente en las facultades de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Construir redes que vinculen a las/os profesionales en enfermería que participan en los espacios académicos, donde se puedan discutir las transformaciones necesarias relativas a la formación en enfermería y que ayuden a mantenerse al día en las discusiones contemporáneas en el tema.
- Revisar y fortalecer el campo educativo y curricular vinculado a los componentes interculturales propios del ejercicio de la profesión, los cuales deben incorporar instancias que promuevan y recojan la experiencia intercultural de la/s enfermeras/os en su trabajo con las familias e individuos.
- Promover espacios de formación continua, donde se capacite a las/os profesionales para asumir retos no solo dentro del sistema de salud, sino también, puestos de decisión a nivel gubernamental.
- Las actuaciones valiosas de numerosas enfermeras de todo el país en el espacio público, deben ser recogidas y sistematizadas, para inspirar a las demás profesionales y posicionar mejor la profesión. Los llamados a hacerlo son las universidades, las investigadoras y el propio CEP.
- Impulsar el estudio y reflexión sobre la actuación que tuvo un número indeterminado de enfermeras en la campaña de esterilizaciones forzadas, durante el segundo gobierno de Alberto Fujimori. Se requiere involucrar a las universidades y a enfermeras/os investigadora(es), y generar espacios de reflexión y debate sobre el tema, con la participación de estudiantes y profesionales, “para que no se repita”.
- En las mallas curriculares de las facultades de enfermería, incluir cursos de género, sociedad y derechos sexuales, así como de ciudadanía y violencia de género, incluyendo en este último el acoso laboral y sexual. Esto hace pensar en la necesidad de abordar la sexualidad más allá de los aspectos biológicos, tanto en las universidades que forman a los profesionales de la salud como en las propias instituciones de salud (hospitales, clínicas).
-

A nivel gremial:

- Promover la creación de un archivo histórico que centralice y cautele las fuentes orales y escritas para una memoria de las/os enfermeras/os en el Perú.
- Crear un espacio gremial y público donde se discuta las repercusiones negativas del descuido estatal por el cuidado en los centros de atención primaria, y desde el cual se elaboren propuestas para revertir esta tendencia. Aquí es importante encontrar aliados entre médicos y obstetras, así como en las escuelas y facultades de enfermería y ciencias médicas en general.
- Los serios y desgastantes conflictos intragremiales deben ser abordados a través de una estrategia múltiple. Si bien la conflictividad social puede ser considerada una característica crónica en el Perú, y que se ha ido agudizando, dicho rasgo en los colegios profesionales presenta síntomas peligrosos y debilitantes. Siempre es bueno abrir el gremio a un público diverso, diferenciado. Mientras más cerrado esté el Colegio de Enfermeros, peor será el ruido interno y más desgastantes sus rivalidades. El acercamiento y la mirada de terceros puede ser una de las estrategias. Nos referimos a distintas actividades culturales y académicas, a través de las cuales se intercambie la experiencia con una comunidad más amplia y crítica.
- En consonancia con las luchas por revalorizar a las enfermeras/os, un factor clave es cambiar el nombre del Colegio, de “Enfermeros” a “Enfermeras”, en consonancia con el grueso de países latinoamericanos.
- Ampliar los canales de información para hacer de conocimiento público que, en la actual crisis sanitaria, las/os enfermeras/os están en la primera línea frente al COVID-19, pero en muchos casos sin seguro médico ni equipo de protección suficiente, y con contratos temporales.
- Construir acuerdos nacionales básicos al interior de la enfermería (CEP, sindicatos), en base a principios democráticos, sobre el tipo de enfermería que se quiere desarrollar, sobre los canales de representación internos, sobre las demandas y su oportunidad (huelgas), sobre las elecciones.
- El nivel de exigencia física y mental genera un impacto importante en la salud de las/os enfermeros, por lo que la asistencia y acompañamiento psicológico para el personal de salud es fundamental.

ENTREVISTAS

Antonia Hinostroza, 1 de enero del 2021. Nacida en Lima y residente en Pucallpa por treinta años. Su edad es de 57 años. Está casada y no tiene hijos. Estudió en la Escuela Nacional de Enfermería del Hospital del Niño en convenio con la Universidad Nacional Federico Villarreal (1982-1990). Tiene una maestría en administración de la educación y con estudios de doctorado. La maestría la estudió en la Universidad Nacional de Ucayali en convenio con la Universidad Inca Garcilaso de Vega, mientras que sus estudios doctorales fueron posibles por el convenio entre el Colegio de Enfermeros y la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco. Asimismo, ha concluido sus estudios de especialidad en salud familiar y comunitaria, y también en recursos humanos. Actualmente se desempeña como subdirectora regional de salud de Ucayali. Es la segunda ocasión que ocupa este cargo. Cuenta con 30 años de servicio.

Cristina Rodríguez, 15 de diciembre del 2020. De 38 años, casada con dos hijas y un hijo. Nacida en Trujillo, residente en Lima. Cursó su carrera de enfermería en la Universidad Nacional de Trujillo (2001-2007) hasta el título de licenciada en enfermería, y tiene la especialidad de UCI neonatal. Trabaja en el Instituto Nacional del Niño en San Borja. Complementa este ingreso con trabajos ocasionales en clínicas. Su experiencia en calidad de enfermera asistencial la inició en 2003 y la prosigue hasta la actualidad.

Guisela Chávez, 12 de diciembre del 2020. Nació en Madre de Dios. Llegó a Lima a los 13 años, e hizo la licenciatura en enfermería en la Universidad Particular San Martín de Porras, y la maestría en gerencia de salud en la Universidad del Callao. Ha trabajado casi 20 años en el Hospital del Empleado (hoy Rebagliati) como enfermera pediátrica. Es dirigente del SINESSS.

Irma Francisca Zegarra Vargas, 14 de diciembre del 2020. Nació en el distrito de Sicuani, provincia de Canchis, departamento del Cusco el 04 de octubre de 1946. Cursó sus estudios de enfermería en el Hospital del Niño de Lima y obtuvo el grado de licenciatura por la Universidad Nacional del Altiplano - Puno. Colaboró en la fundación de la especialidad de enfermería en la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, donde ejerció como jefe de práctica de

las nuevas generaciones de médicos y enfermeras. Se desempeñó por varias décadas como enfermera del Hospital Regional del Cusco, donde estuvo a cargo del área de pediatría.

José Víctor Vélez, 14 de diciembre del 2020. Nacido en Supe, Huacho y residente en Lima, con 30 años de edad. Es casado y tiene un hijo de meses. Licenciado en enfermería por la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión de Huacho. Especializado en el área de emergencias y desastres, por la misma universidad. Con cinco años de servicio, ha trabajado en el Ministerio de Salud en el área de gestión, y actualmente se desempeña en el área de gestión en el Colegio de Enfermeros del Perú.

Jossie Huatuco, 9 de enero del 2021. De 43 años, casada y tiene una niña. Nacida en Lima, residente en Ripon (California). Estudió enfermería en la Universidad San Martín de Porres (Lima, 1995-2000), tiene licenciatura e hizo una especialidad de nefrología en la Universidad Cayetano Heredia. Labora como enfermera registrada en el Memorial Hospital (Modesto), en la unidad renal y colabora con el área de diálisis. En Lima trabajó en el área de diálisis e investigación, en casas de reposo en Miraflores, en el Centro de Salud *El Alamo*.

Liliana la Rosa, 23 de diciembre del 2020. Nació en Huacho en 1964. Estudió en la Escuela de Enfermeras del Hospital del Niño asociada a la Universidad Federico Villarreal. Obtuvo en la PUCP un diploma en estudios sociológicos, hizo en la Universidad Peruana Cayetano Heredia una maestría en salud comunitaria con mención en materno infantil y población, y en la Universidad Católica de Chile una maestría de gestión y políticas públicas. El 2018 fue elegida decana del Colegio de Enfermeros y luego fue nombrada ministra del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).

María Ana Mendoza, 14 de diciembre del 2020. Nacida en Chimbote, Ancash y residente en Lima. Licenciada en enfermería por la Universidad Cayetano Heredia. Ha estudiado diversos diplomados. Viuda con tres hijos. Gran parte de su carrera en enfermería la ha dedicado a la salud pública e infantil. Experta en inmunizaciones, ha contribuido con grandes avances en dicho ámbito en el Perú. Ha realizado consultorías y asesorías para el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas. Ha sido directora de planeamiento en el Ministerio de Cultura. También se ha dedicado al área de investigación; revisiones sistemáticas y análisis situacionales en salud pública e infantil.

Ha dictado cursos y capacitaciones, tanto a nivel internacional como a nivel nacional e interregional.

Roberth Martínez, 11 de diciembre del 2020. Nacido en Bellavista, Callao y residente en Lima, con edad de 21 años. Estudiante de cuarto año de la carrera de enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Soltero y sin hijos.

Silvia Ángulo, 15 de diciembre del 2020. Nacida y residente en Loreto, Iquitos. Con 48 años de edad. Está casada y tiene tres hijos. Licenciada en enfermería por la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Con especialidad en emergencias y desastres por la Universidad Peruana Unión. Se ha desempeñado como secretaria regional del Sindicato de Enfermeros de Loreto. Actualmente, trabaja como docente en el Instituto Reina de las Américas, ayudando a la formación de técnicos en enfermería. También trabaja en el Colegio de Enfermeros del Perú. Asimismo, trabaja en el Hospital Cesar Gatillar García en Iquitos, haciendo trabajo asistencial.

Victoria (seud.), 13 de diciembre del 2020. Nació en Puno, y actualmente está casada y tiene dos hijas y una nieta. Estudió en Lima en la Escuela de Enfermeras del IPSS, los 3 años en que consistía la carrera de enfermería a inicios de la década de los 60. Participó en la huelga de enfermeras que en esos años consiguió que la enfermería fuese una carrera universitaria. Trabajó durante más de 20 años en la sala de operaciones del Hospital del Empleado.

Virginia (seud.), 1 de enero del 2021. Está casada y tiene una hija. Tiene 12 años de experiencia, 37 años de edad, nacida en Apurímac, residente en el Callao, estudió enfermería en la Universidad Tecnológica de los Andes (2002-2007), licenciada, especialidad en salud pública, estudios de maestría en gobierno y políticas públicas. Hasta hace unos meses laboró en la Dirección Regional de Salud del Callao donde estuvo tres años consecutivos. Antes, trabajó en la Dirección Regional de Apurímac, y en la red de salud de Antabamba.

BIBLIOGRAFÍA

Alarcon, A. M. y Astudillo, P. (2007). La investigación en enfermería en revistas latinoamericanas. *Ciencia y enfermería*, 13(2), 25-31.

Alva, S. y González, T. (2017). Percepción de la calidad de la enfermería desde la perspectiva del paciente: variables asociadas. Tesis de licenciatura en Enfermería. Iquitos: Universidad Científica del Perú.

Aliaga K. et. al. (2017). Gestión del cuidado enfermero y el rol docente en la práctica asistencial familiar comunitaria Lima-Norte Perú. *Rev enferm Herediana*, 10(1), 34-41.

Arana, Y. y Valencia, F. (2016). Condiciones de trabajo y calidad de vida laboral en enfermeras. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa-2015. Tesis de licenciatura en Enfermería. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín.

Arendt, Hanna (1974) La condición humana, Barcelona, Seix Barral.

Ballón, A. (2014). *Memorias del caso peruano de esterilización forzada*. Lima: Biblioteca Nacional del Perú, Fondo Editorial. https://lum.cultura.pe/cdi/sites/default/files/video/tpdf/Memorias_del_Caso_Peruano_de_Esterilizac.pdf

Barreira, I. D. A. (1999). Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 7(3), 87-93.

Barrionuevo-Bonini, B., Fernández-de-Freitas, G. y Cerna-Barba, M. (2014). Historia de la enfermería en el Perú: determinantes sociales de su construcción en el siglo XX. *Aquichan* 14(2), 261-271.

Berrosipi, F. y Martínez, K. (2018). Condiciones de trabajo y fatiga en enfermeras del Hospital Regional Ramiro Priale Priale ESSALUD-Huancayo-2017. Tesis de licenciatura en enfermería. Huancayo: Universidad Peruana de los Andes.

Beserra, G. D. L. et al (2019). Comunicação não verbal enfermeiro-parturiente no trabalho de parto em países lusófonos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27.

Bourdieu, Pierre (2014). Sobre el Estado. Cursos en el College de France (1989-1992). Barcelona: Anagrama.

Burger, R. (2011). What kind of hallucinogenic snuff was used at Chavín de Huántar? An iconographic identification. *Ñawpa Pacha*, 31(2), 123-140.

Caballero, P. et al (2011). Análisis bibliométrico de la producción científica sobre VIH/ SIDA en el Perú en el Perú 1985-2010. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 28 (3), 470-476. Recuperado de <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/525/2646>.

Campos, G., Sifuentes, V., Coras, D. (2018) Satisfacción laboral en profesionales de enfermería de un instituto especializado de Perú. *Rev enferm Herediana*. 11(1),11-17.

Cárdenas, C., Pesantes, M. y Rodríguez, A. (2017). Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía peruana. *Anthropologica*, 35(39), 151-169.

Carmona, J. (2016). Percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado del profesional de Enfermería en el servicio de cirugía general. Hospital Regional de Cajamarca-2015. Tesis de maestría en Ciencias. Cajamarca: Universidad de Cajamarca.

Cargnin, Z. A. et al (2019). Dolor lumbar inespecífico y su relación con el proceso de trabajo de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27.

Carré, E. G., & Pineda, F. R. (2018). Pati: El árbol sagrado de los waris. *Investigación*, 7(8), 81-93.

Centro por Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL), "Caso de Mamérita Mestanza Chávez, Esterilizaciones forzadas" <https://cejil.org/es/caso-mamerita-mestanza-chavez>

Chávez Álvarez, Rocío Elizabeth, Margareth Angelo y Luiza Akiko Komura Hoga (2012) "Descubriendo caminos: la relación enfermera-familia en comunidades rurales en la Amazonía peruana." *Cultura de los cuidados* 30: 35-44.

Consejo Internacional de Enfermeras. (2017) El papel de las enfermeras en el logro de los objetivos de desarrollo sostenible.

Dávila, A. y Gonzáles, T. (2017). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería desde la perspectiva del paciente: variables asociadas. Tesis de maestría en Enfermería. Iquitos: UCP.

De Bortoli, S., Saldarriaga, L. (2020). Ampliación del rol de enfermeros en la atención de los adultos mayores en la región de las Américas. *RECIEN*, 9(3).

Deza, L. (2005). *Testimonios del linaje médico peruano en los libros del cabildo de Lima. Siglo XVI*. Lima: Universidad de San Martín de Porres.

Elias, Norbert. (1987) El proceso de la civilización. Transformaciones sociogenéticas y psicogenéticas, México, Fondo de Cultura Económica.

Erdmann, A. L. et al (2009). La evaluación de periódicos científicos Qualis y la producción brasileña de artículos del área de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3).

Espinoza, C. (2017). Salud, hospitales y órdenes religiosas: el impacto de las reformas borbónicas en el manejo y administración de la salud. Tesis de maestría en Historia. Lima: PUCP.

ESSALUD (2020). *Convocatoria nacional de médicos y enfermeras por suplencia*.

Hernández Vergel, L. (2020). Mujeres en ciencia: una desigualdad entre géneros. *RECIEN*, 9(4). Recuperado en enero de 2020. <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN>

Herrera, J. (2018). Características de las notas del profesional de enfermería. Hospital San Juan de Lurigancho, 2018. Tesis de licenciatura de enfermería. Lima: Universidad César Vallejo.

Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación Nacional (2003). Las ejecuciones extrajudiciales y encubrimiento en Cayara 1988.

Jiménez, M. et al (2015). Mercado de formación y disponibilidad de profesionales de ciencias de la salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 32(1), 41-50.

Laín Entralgo, P. (1978). *Historia de la medicina*.

Malvárez, M., y Castrillón, M. (2006). Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. *Revista de Enfermería*, 14(2), 101-116. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2006/eim062g.pdf>

Mauricio, C. y Janjachi, B. (2017). Imagen social del profesional de Enfermería según la percepción de los pacientes del Hospital Huaycán, Lima 2016. Tesis de licenciatura en enfermería. Lima: Universidad Peruana Unión.

Mendoza-Chuctaya, G. et al (2018). Características y prevalencia de partos domiciliarios en un distrito rural de la sierra del Perú, 2015-2016. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(4), 377-385.

Merino, A. (2017). Representación social de la imagen de la enfermera peruana. *Revista de Enfermería Herediana*, 10(2), 89-96.

Ministerio de Salud (2019). *Compendio estadístico. Información de recursos humanos. Perú (2013-2018)*. Lima: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (2019). *Análisis de Situación de Salud del Perú 2018*. Lima: Ministerio de Salud.

Miranda, G. (s/f). *Libro blanco de la profesión de enfermería. Ad- portas del bicentenario. Informe final*. Lima: El Colegio de Enfermeros del Perú.

Morán, R. (2017). La imagen social de la profesión de enfermería a través de la prensa escrita-Chimbote-Perú. Tesis de maestría en enfermería. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Morán-Peña, L. (2017). La enfermería de práctica avanzada ¿qué es? y ¿qué podría ser en América Latina? *Enfermería universitaria*, 14(4), 219-223.

Motta, F., y Frisancho, A. (1992). La experiencia SERUMS y la formación profesional. *Rev. peru. epidemiol.*, 24(8).

Mulvany, E. N. (1994). Posibles fuentes de alucinógenos en Wari y Tiwanaku: cactus, flores y frutos. *Revista Chungará*, Volumen 26, No 2, julio-diciembre, 1994. pp 185-209. Universidad Tarapacá, Chile.

Mundaca, N. y Oblitas, A. (2018). La imagen de la enfermera en la óptica de actores sociales. Distrito de Lambayeque, 2017. Tesis de licenciatura en enfermería. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Organización Panamericana de la Salud (2019). *Orientación estratégica para enfermería en la región de las Américas*. Washington D.C.: OPS. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50956>

Padilla, S. (2019). Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional del Centro-Huancayo 2016. Tesis de licenciatura en Enfermería. Huancayo: Universidad Nacional del Centro.

Paerregaard, K. (2007). La migración femenina: estrategias de sostenimiento y movilidad social entre peruanos en España y Argentina. *Anthropologica*, 25(25), 61-82. <http://www.scielo.org.pe/pdf/anthro/v25n25/a03v25n25.pdf>

Palacios García, Ana Liliana. (2006). En estos tiempos de Guerra: enfermeras ante los conflictos internacionales. *Index de Enfermería*, 15(54), 53-55. Recuperado en 21 de marzo del 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200011&lng=es&tlng=es

Pavez Lizárraga, A. (2013). La enfermería, realidad de ciudadanía y de género en Chile. *Ciencia y enfermería*, 19(3), 95-102.

Pecho, I. (2004). Enfermería comunitaria en Perú: situación actual y perspectivas. Disponible en: <http://raec.tripod.com/per.html>

Pérez, V., Ferreira, P. y Pillon, S. (2010). Tabaquismo en las enfermeras de un hospital nacional de Lima, Perú. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 18, 550-556.

Ponce, R. et al (2018). Vivencias de mujeres que utilizaron medicina tradicional para afrontar efectos de la quimioterapia y radioterapia. *Rev enferm Hereditaria*, 11(1), 35-42.

Porras, A. y Durand, J. (2018). Asociación entre clima organizacional y motivación de enfermeras en un hospital de la Policía Nacional del Perú, *Rev enferm Hereditaria*, 11(1), 18-26.

Remigio, M. (2019). Atención que brinda la enfermera en la estrategia sanitaria nacional de inmunizaciones según la percepción de las madres de niños menores de 5 años en un centro materno infantil. Tesis de licenciatura en enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Rodríguez, M. y Bazán, C. (2015). Estrés laboral de la enfermera y calidad de cuidado percibido por el adulto del servicio de emergencia Hospital Regional Docente Trujillo-2015. Tesis de licenciatura en enfermería. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego.

Rodríguez Costa, LH y Coelho, DA (2011). Enfermería y sexualidad: revisión integradora de artículos publicados en la Revista Latino Americana de Enfermería y en la Revista Brasileña de Enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), Tela-1.

Rojas, C. (2004). El rol de la enfermera en el cuidado del paciente y en el desarrollo regional y del país. *Situa* 13(2), 42-44.

Sánchez, L. (2007). Oposición/emancipación de la enfermería. Marcos evolutivos, manifestaciones y perspectivas. Tesis de doctorado en enfermería. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo.

Solis, R. S. (2005). Caral-Supe y su entorno natural y social en los orígenes de la civilización. *Investigaciones Sociales*, 9(14), 89-120.

Velesville, K. (2015). Estrés laboral del licenciado de enfermería y la calidad de cuidado del paciente en emergencia adultos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren-Essalud del Callao 2014. Tesis de licenciatura en Enfermería. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Villavicencio, M. (2016). El oráculo de los pallares mochica. *Pueblo Continente*, 23(1), 34-40.

Weber, Max (1977). Economía y sociedad, México y Bogotá, Fondo de Cultura Económica.

Zapata, P. (2019). Percepción de la calidad de atención de enfermería en pacientes hospitalizados del servicio de un hospital de cuarto nivel, Lima-2019. Tesis de licenciatura en enfermería. Lima: Universidad Norbert Wiener.

Zárate, Margot. (1992). Historia de la enfermería peruana. *Revista Horizonte de Enfermería*, 3(2), 51-58

Zarate Grajales, Rosa A.. (2004). La Gestión del cuidado de enfermería. *Index de enfermería*, 13(44-45), 42-46. Recuperado en 02 de abril del 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&tlng=es

Fuentes digitales

Reglamento del Residentado en Enfermería

<https://www.ceplalibertad.org.pe/web/attachments/article/171/Aprueban%20el%20Residentado%20en%20Enfermeria.pdf> descarga 12 de diciembre 2020

Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud, Perú 2013 - 2018 / Ministerio de Salud. Dirección General de Personal de la Salud. Observatorio de Recursos Humanos en Salud -- Lima: Ministerio de Salud; 2019. 545 págs. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/10896.pdf> descarga 21 de noviembre 2020

EL INEI en su sección de Estadísticas de recursos humanos de salud

<https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/health-human-resources/>

International Council of Nurses. Advanced practice nursing: a global perspective 2002. <http://www.icn.ch/Adelaide.htm>

Perú, perfil sociodemográfico 2017. INEI https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/cap01.pdf

El Comercio - Fiscalía inicia investigación penal contra enfermeras en huelga <https://rpp.pe/lima/actualidad/fiscalia-inicia-investigacion-penal-contras-enfermeras-en-huelga-noticia-707310>

El Comercio - Enfermeras levantaron su huelga nacional luego de más de 20 día <https://elcomercio.pe/sociedad/lima/enfermeras-levantaron-su-huelga-nacional-luego-mas-20-dias-noticia-1615330/>

ESSALUD: Convocatoria nacional a médicos y enfermeras (Pandemia, 2020)

<http://www.essalud.gob.pe/convocatoria-nacional-de-medicos-y-enfermeras-os-por-suplencia>

Gestión (2019/09/18). Ministro de vivienda revela cuántos peruanos acceden al consumo de "agua de calidad". <https://gestion.pe/economia/ministro-de-vivienda-revela-cuantos-peruanos-acceden-al-consumo-de-agua-de-calidad-noticia/?ref=gesr>

MINSA. ¿Quiénes serán vacunados? <https://www.minsa.gob.pe/vacuna-COVID-19/>.

OECD Health Statistics 2020 <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>

Plataforma digital única del Estado Peruano. Ministerio de transporte y promoción del empleo. SUNAFIL, <https://www.gob.pe/institucion/sunafil/campa%C3%B1as/1473-hostigamiento-sexual-laboral>

ANEXOS

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO AUTOAPLICADO EN LÍNEA

a. Cuestionario

DIAGNÓSTICO ENFERMERÍA EN EL PERÚ

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CUESTIONARIO AUTOAPLICADO

Estimado/a participante,

Le pedimos su apoyo en la realización de la investigación Diagnóstico sobre la situación de la enfermería en el Perú, encargada por el Colegio de Enfermeros, conducida por las historiadoras Margarita Zegarra, María Emma Mannarelli, Claudia Núñez, Paloma Rodríguez e Ybeth Arias, y la economista Erika Figueroa. La investigación tiene como propósito elaborar un diagnóstico integral desde una perspectiva histórica y de género en dicha materia, y plantear recomendaciones encaminadas a fortalecer la profesión y empoderar a sus miembros.

Si usted en su condición de enfermera/o accede a participar en este cuestionario, responderlo le tomará aproximadamente entre 30 y 40 minutos. La información obtenida será únicamente utilizada para la elaboración de la mencionada investigación. Se asegura la confidencialidad acerca de la información otorgada, no apareciendo los datos personales mencionados, en la investigación.

1) Su participación en la investigación es completamente voluntaria. Esta de acuerdo con compartir información para este estudio

☐ Sí

☐ No

2) Nombre (opcional)

Your answer

3) Sexo

- ☐ Femenino
- ☐ Masculino
- ☐ Otro

4) Lugar de nacimiento

Your answer _____

5) Lugar de residencia (distrito y provincia)

Your answer _____

6) Año de inicio de estudios

Your answer _____

7) Año de finalización de estudios

Your answer _____

8) Grado o título alcanzado

- ☐ Licenciatura Institución:
- ☐ Maestría Institución:
- ☐ Doctorado Institución:

9) ¿Cuál es su especialidad dentro de la enfermería?

Your answer _____

10) ¿Cuántos años de ejercicio profesional tiene?

- ☐ Hasta 5 años
- ☐ Entre 5 y 15 años
- ☐ Entre 15 a 30 años
- ☐ Más de 30 años

11) ¿Cuál es su ocupación laboral principal actualmente?

Your answer _____

12) ¿Realiza actividades laborales adicionales a su ocupación principal?

- ☐ Sí
- ☐ No

13) En caso su respuesta haya sido afirmativa, ¿Cuáles?

Your answer _____

14) ¿Qué le animó a elegir esta carrera?

Your answer _____

15) ¿Dónde ha realizado su SERUMS?

Your answer

16) ¿El SERUMS le pareció relevante para su formación profesional? Relate algún recuerdo, experiencia o aprendizaje de ese periodo

Your answer

17) ¿Ha trabajado en el sector público? Si la respuesta es "sí", ¿dónde?

Your answer

18) Algún recuerdo o experiencia que quiera compartir sobre ese periodo

Your answer

19) ¿Ha trabajado en el sector privado? Si la respuesta es "sí", ¿dónde?

Your answer

20) Algún recuerdo o experiencia que quiera compartir sobre ese periodo.

Your answer

21) ¿Siente que la remuneración promedio de la profesión de enfermería compensa el esfuerzo? ¿Por qué?

Your answer

22) ¿Qué significa para usted el trabajo de enfermera/o?

Your answer

23) ¿Cómo describiría su relación con colegas del personal médico y administrativo?

Your answer

24) ¿Cuáles son los tres cambios que considera son los más urgentes dentro de la profesión?

Your answer

25) ¿Pertenece a algún grupo/asociación/sindicato de enfermeras/os? ¿Cuál?

Your answer

26) ¿Cuál es la tarea más gratificante en su jornada laboral?

Your answer

27) ¿Cuál es la tarea más dura/demandante en su jornada laboral?

Your answer

28) Siente que su trabajo es valorado por sus superiores? ¿Por qué?

Your answer

29) ¿Considera que hay diferencias entre enfermeros y enfermeras? Explique su respuesta

Your answer

30) ¿Considera relevante que representantes de las enfermeras participen al más alto nivel, al lado de los médicos, en la toma de decisiones dentro de la administración del hospital o clínica en la que labora? Sirvase explicar su respuesta.

Your answer

31) ¿Reconoce alguna figura inspiradora en el sistema de salud? ¿Quién y por qué?

Your answer

b. Nubes de palabras de preguntas cualitativas

¿El SERUMS le pareció relevante para su formación profesional? Relate algún recuerdo, experiencia o aprendizaje de ese período.



¿Qué le animó a elegir esta carrera?



¿Reconoce alguna figura inspiradora en el sistema de salud?

¿Quién y por qué?



¿Cómo describiría su relación con colegas del personal médico y administrativo?



¿Cuáles son los tres cambios que considera son los más urgentes dentro de la profesión?



¿Cuál es la tarea más gratificante en su jornada laboral?





¿Siente que su trabajo es valorado por sus superiores? ¿Por qué?



¿Considera que hay diferencias entre enfermeros y enfermeras?

Explique su respuesta



SE TERMINÓ DE IMPRIMIR EN LOS TALLERES GRÁFICOS DE
TAREA ASOCIACIÓN GRÁFICA EDUCATIVA
PASAJE MARÍA AUXILIADORA 156 - BREÑA
CORREO E.: tareagrafica@tareagrafica.com
PÁGINA WEB: www.tareagrafica.com
TELÉF. 332-3229 / 424-8104 / 424-3411
OCTUBRE 2021 LIMA - PERÚ

Existe escasa investigación académica en el Perú sobre el quehacer de la enfermería, sus problemáticas, luchas y recorrido histórico. Así, este diagnóstico sirve para plantear un acercamiento con enfoque histórico a las problemáticas que enfrenta la profesión desde los tiempos del Perú Antiguo hasta la emergencia sanitaria actual. Se aborda, asimismo, la realidad intercultural, necesaria tanto en el país, como en la profesión de enfermería, lo que estudia y comprende la enfermedad y la salud desde una perspectiva holística.

Pero, sobre todo, el enfoque transversal del diagnóstico es el de género, lo que permite evidenciar por qué se ha solido invisibilizar a la profesión, ello unido al desprestigio de una sociedad patriarcal que subestima las labores de cuidado, al naturalizarlas como propias del género femenino.

Este enfoque permite, además, analizar tratos discriminatorios o de sumisión con otros profesionales de salud, y cómo ello repercute en la autoestima profesional. Así como permite comprender las nuevas masculinidades que se han comenzado a gestar en los enfermeros más jóvenes, y las luchas por la visibilización y reconocimiento de la enfermería.

ISBN: 978-612-46117-8-0



9 786124 611780