

Acerca de las Condiciones para el Cuidado de Enfermería

El presente documento es un resumen de la ponencia realizada en el marco de la audiencia de la comisión séptima del congreso el 27 de mayo de 2019, titulada “Las Condiciones Laborales de la Enfermería”, como soporte técnico de la propuesta de proyecto de ley para una reglamentación de las condiciones que garanticen **un cuidado integral de la salud desde el profesional de enfermería y la plena implementación de la Ley 266 de 1996**, desde un enfoque de género y salud mental. Este es producto de la alianza entre personal de la Organización Colegial de Enfermería, la Fundación Cuidarte, y la Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

En este texto se sostiene que es crucial pensar a fondo el problema de las condiciones laborales de la enfermería, identificando sus fuentes, determinantes, y condiciones de perpetuación. Mientras no haya una comprensión holística y realista de todo esto, no será posible atacar las raíces que sostienen, alimentan y legitiman la precariedad laboral del ejercicio del cuidado. El análisis presentado contiene tres partes. La primera parte define y explora la crisis del cuidado, en la segunda parte se revisan los factores y determinantes causantes de esta crisis y la tercera parte se centra en explorar la importancia del cuidado.

1. La Crisis del Cuidado: un problema que va más allá de las actuales condiciones laborales

El panorama laboral de la enfermería es preocupante, discutir y buscar una solución a este problema sin entender su origen y sus alcances, es buscar la solución para un problema desconocido. Para asegurar que la enfermería sea un trabajo digno, no solo debemos corregir las malas condiciones laborales que ya conocemos, sino que **debemos atacar de raíz el estado de cosas que por años ha legitimado que a la enfermería se le impongan estas condiciones de trabajo y a la ciudadanía ese tipo de atención.**

El problema de las malas condiciones laborales de enfermeras y enfermeros deriva de la crisis del cuidado de la salud, una crisis mundial, originada y sostenida por una actitud incorrecta de la sociedad y principalmente del Estado frente al cuidado que no se reconoce como un trabajo de utilidad social que contribuye al vivir bien, de carácter público en cuya organización el Estado debe tener una responsabilidad primordial y, por lo tanto, frente a los y las trabajadoras del cuidado. **Esto se puede ver en todos los niveles asociados con la regulación del cuidado y del trabajo del cuidado, a la cultura de los y las trabajadoras del cuidado, y las personas sujetas/os del cuidado.**

Se comprende que las prácticas del cuidado no son apoyadas por grandes industrias ni empresas de importantes capitales, como ocurre con fármacos y tecnologías. Por ello no son fruto de prestigiosas investigaciones ni han patentado productos con altos grados de evidencia científica. Los cuidados son invisibilizados y menospreciados. Su desprestigio y el poco estatus de sus practicantes reflejan el valor que la sociedad da a aquellos productos o servicios al margen de los mercados.

1.1. La falta de regulación del Sistema de Salud sobre los cuidados remunerados y no remunerados:

Colombia adoptó el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el marco de un modelo de aseguramiento, mediante la Ley 100 de 1993, la cual hace referencia al objeto, características, actores, estructura y financiamiento del mismo. Dicha ley contempla el aseguramiento de la población para acceder a los servicios de salud a nivel individual y colectivo; con foco en la prevención, atención de la enfermedad y rehabilitación, **dando gran importancia a la atención biomédica de la misma; lo que hace que la reglamentación de los servicios giren en torno a procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos y de rehabilitación; así como también a los insumos objeto de prescripción, dejando de lado la reglamentación de otros aspectos tales como la prestación de servicios en el área de salud mental y en general del cuidado, entre otros, que bien podemos categorizar de manera amplia como “intervenciones terapéuticas no farmacológicas no quirúrgicas”.**

La regulación en el campo de estas intervenciones es fundamental para asegurar su garantía en un entorno social -cultural - político- económico que legitima el trabajo de cuidado no remunerado a cargo de las familias, y dentro de estas, de las mujeres en particular y **que supera al sector salud, es un asunto de todos los sectores**. Dicha regulación en América Latina es heterogénea, en Uruguay se logró en el 2016 **la puesta en marcha del Sistema Nacional de Cuidado** a partir de una amplia concertación y un proceso de 5 años para **que la Ley tuviera además de acciones un presupuesto asignado, demostrando que el asunto no solo es técnico, también distributivo y por ende político. La perspectiva transformadora está en los sujetos de derecho que incluyen tanto a las personas que cuidan como a las personas cuidadas, incluyendo personas con discapacidad, personas mayores, niños y niñas**. Dicho sistema, tiene una fuerte institucionalización y **optó por dar los servicios de cuidado en especie (persona de cuidado remunerada) no subsidios monetarios** (familiar que cuida), superando así los efectos negativos observados en España con una regulación similar.

Compartiendo esta perspectiva de responsabilidad del Estado, de la participación activa que cabe a la sociedad y sus distintas formas de organización, así como al origen y praxis de la enfermería como profesión que en esencia ejerce un trabajo que busca cuidar y proteger vidas de personas, es que la Organización Colegial de Enfermería propone la expedición de una ley que garantice el cuidado integral de la salud y promueva el buen vivir con contribuciones desde la profesión de enfermería. Lo anterior de ningún modo es un limitante para que el país avance en una construcción más amplia y abarcativa del cuidado como una finalidad primordial de desarrollo social y de calidad de vida.

En este sentido, urgen en Colombia la regulación de las condiciones del cuidado retomando la experiencia fructífera de Uruguay, tanto en términos de los sujetos de derechos y de la fuerte institucionalización antes mencionada. Así, desde el gremio de Enfermería, particularmente la Organización Colegial de Enfermería, proponemos iniciar dicha regulación con la expedición de una ley **“Por el cual se regulan las condiciones que garantizan un cuidado integral de la salud desde el profesional de enfermería”**, y generamos la alerta

sobre la necesidad de avanzar en el país en una regulación en el campo de cuidado con todos los sectores, que más que una política sea un sistema que se ocupe de organizar la provisión de cuidados tanto remunerados como no remunerado.

1.2. ¿Las y los Cuidadores?

El Sistema de salud prioriza la atención de las personas centrada en el tratamiento médico, sin embargo en el proceso de esta atención se debe contar con atenciones, tales como: El análisis psicosocial de la persona, su estabilización emocional, su cuidado físico y mental en diferentes escenarios y durante periodos variables de tiempo, que incluye la valoración, formulación, implementación y evaluación de un plan de manejo por enfermería por sistemas, así como la prestación de diferentes intervenciones farmacológicas y de cuidado definidas por disciplinas como medicina, terapia, nutrición, etc. Es así como surge la necesidad de trabajadores de salud, algunos de ellos profesionales, cuyo entrenamiento y trabajo consiste en cuidar; surge a sí mismo la necesidad de cuidar entre personas muy cercanas o familiares de la persona que requiere servicios de salud. Esto ubica en el sistema a cuidadoras/es remuneradas y no remuneradas, sin que haya suficiente regulación para su ejercicio, generando diversidad de criterios en cuanto a horarios, funciones, tiempos de descanso, número de pacientes a atender, etc. lo que se concreta en un caos en servicios de salud sobre-saturados, sin suficientes cuidadores, infraestructura, mobiliario e insumos para brindar cuidado y en un escenario de concurrencia con cuidadores no remunerados que cuidan bajo la responsabilidad de los cuidadores remunerados. Escenarios en los que la relación de cuidado y la participación de la persona cuidada resulta débil, el cuidado resulta siendo rápido, vertical, no consensuado; invisibilizado y poco eficaz en el proceso salud - enfermedad, lo que impacta a cuidadores remunerados y no remunerados desfavorablemente generando agotamiento físico y emocional, cansancio crónico, insatisfacción, frustración y mayor carga de enfermedad para ellas y ellos.

Otro elemento importante es la invisibilización de la provisión de cuidados que conlleva en parte a su bajo valor-trabajo. Esta invisibilización producto de su naturalización como algo dado y que ocurre de manera espontánea ha llevado a su crisis y su aniquilamiento paulatino. Requerimos superar la visión fragmentada de la garantía del derecho a la salud subsumido a partes inconexas (consultas, procedimientos, intervenciones, insumos), para evidenciar su carácter sistémico, donde **el cuidado es el intersticio de la prestación de los servicios de salud, es el todo más allá de las partes; requerimos nombrarlo y facturarle (aunque suene economicista), son las intervenciones terapéuticas no farmacológicas no quirúrgicas, a falta de mejor nombre.**

Requerimos reconocer su carácter social en tanto aprendizaje y que produce prácticas sociales que sostienen la vida, exige valorar el conocimiento científico y los saberes tradicionales, igualmente válidos que soportan dichos cuidados. Así, la crisis de estos cuidados no solo surge de su invisibilización, sino que está a su vez es el resultado de la naturalización de los mismos, restando así a su valor-trabajo.

Finalmente, resultado de lo anterior es la **baja innovación y desarrollo** en este campo. Hoy observamos enfermeras y enfermeros que prestan servicios de cuidado con condiciones de carga física y emocional enorme, no hay dispositivos y tecnologías de apoyo al cuidado, **es el cuerpo de mujeres y hombres quienes asumen** “cargar pacientes, fijar alertas sobre

cuidados especiales, inventar dispositivos artesanales para la prestación de cuidados (quién no ha visto los tarros de botella adaptados para la aplicación de inhaladores a niños/as), entre otros.”. **Esto atravesado por una profunda desigualdad de clases sociales, pues la situación cambia si visitamos algunas clínicas privadas de alto reconocimiento.**

Todo lo anterior redunda en algunas cifras que ilustran las condiciones laborales de las y los enfermeros:

De acuerdo al Observatorio Laboral de la Educación muestra que

- Las y los graduados 2001, medido en 2016, tenían un promedio de ingreso salarial de aproximadamente 2,740.000 (2,739,879.5)
- Las y los graduados en 2015, medidos en 2016, aproximadamente 2,300,000 (2,295,095)



Fuente Observatorio Laboral de la Educación. Colombia.

De acuerdo al Observatorio del Talento Humano en Salud en relación a los indicadores para el seguimiento del talento humano en salud por perfil de formación se identifica un promedio salarial para el año 2017 del profesional de medicina que casi duplica el de enfermería



Fuente Observatorio del Talento Humano en Salud. Colombia.

1.3. Las personas sujetas del cuidado

Colombia enfrenta actualmente un perfil demográfico y epidemiológico que revela tres naciones en una: por un lado las poblaciones jóvenes y en edad reproductiva con mortalidad materno - perinatal, por otro lado el aumento de la población envejecida y con ello de la mortalidad por enfermedades crónicas, y en general toda la población con mortalidad por causas externas asociadas al conflicto armado, la delincuencia y accidentes.

Mapa 1. Principal causa de mortalidad según tipo y departamento, Colombia 2014



Fuente: MSPS (2016). Política de Atención Integral en Salud. Pag. 12. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

En este contexto, algunos datos relevantes relacionados con los estilos de vida y el cuidado, son:

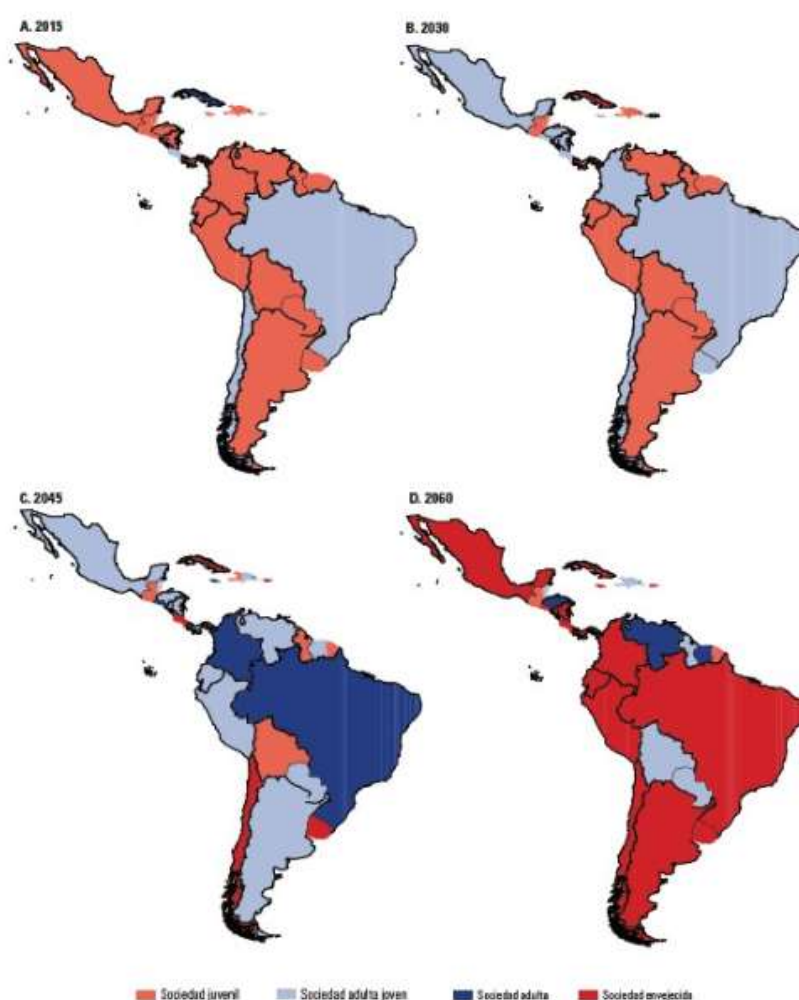
- En 2016, la jefatura femenina en los hogares de cabeceras son el 37,6 % y en los hogares de centros poblados y rural disperso son el 24,3% (DANE, ECV); y los hogares unipersonales son el 15%. Lo que señala que la carga de cuidado recaerá sobre dichas mujeres sino se dan arreglos institucionales.
- En relación con la nupcialidad un 46,4% de los hombres entre 13 y 49 años, manifiestan nunca haber estado unidos, mientras que esta misma condición para ese mismo grupo de edad en las mujeres es de 35,6 %. (ENDS 2015). Esta población podrá llegar a edades avanzadas sin red de apoyo familiar, por lo cual requerirá mayores servicios de cuidado remunerados que a la fecha no están disponibles.
- De las personas que cuidan a personas mayores, el 83,9% son mujeres con 49 años de edad en promedio. (SABE 2015).
- El 87,9% de las personas que prestan ayuda a las personas con discapacidad en el hogar, es otro integrante de la familia, siendo el 84,3% de estas, mujeres. (RLCPD, 2018)

Estos datos podrían ampliarse casi infinitamente con información proveniente de encuestas y registros administrativos tales como:

- a. Registro de localización y caracterización de personas con discapacidad.
- b. Encuesta SABE sobre personas cuidadoras
- c. Encuesta de uso del tiempo del DANE.
- d. Encuesta de salud mental
- e. Registros individuales de prestación de servicios de salud -RIPS
- f. Cuenta de Alto Costo.

Lo cierto es que según estimaciones de la CEPAL la población Colombiana envejece sin que proyecten arreglos institucionales que ya han sido tomados por otros países como Uruguay según se mencionó anteriormente, entre ellos, la regulación de las condiciones que garanticen **un cuidado integral de la salud desde el profesional de enfermería:**

Mapa No. 2. América Latina y el Caribe: transformación de la estructura de la población 2015 – 2060.



Fuente: Información de Naciones Unidas, "World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables" presentado por CEPAL (2018). Los efectos y desafíos de la transformación demográfica en América latina y el Caribe. Disponible en: https://www.cepal.org/es/enfoques/efectos-desafios-la-transformacion-demografica-america-latina-caribe?utm_source=civircm&utm_medium=email&utm_campaign=20190107_boletin_envejecimiento_16

2. ¿Por qué hay una crisis del cuidado?

2.1. Estereotipos y desigualdad de género:

Las profesiones del cuidado son altamente feminizadas, en particular la enfermería, que en Colombia está compuesta en un 89% por mujeres. Esto hace que estas profesiones estén marcadas por las desigualdades de género: segmentación de género (ejemplo), malas condiciones laborales y salariales como las que ya se expuso, brechas salariales entre enfermeras y enfermeros (cifras) y en relación con otras profesiones de la salud (cifras), castigos salariales (informe OIT) y altos índices de violencia y acoso (cifras OIT) (OIT, 160). Y cuando se asume por hombres, su estigmatización y cuestionamiento por su sexualidad e identidad de género.

Pero el problema no se reduce a que las ocupaciones del cuidado sean realizadas en su gran mayoría por mujeres. Como se señala en el informe más reciente de la OIT: 'Muchas de las ocupaciones del cuidado son vistas como una extensión de los roles de cuidado que las mujeres ejercen al interior de sus propios hogares' (OIT, 160) En efecto, desde sus inicios, la enfermería se definió a partir de posturas esencialistas, que han fomentado esta visión problemática. Tomemos por ejemplo, las declaraciones de la gran pionera de la enfermería, Florence Nightingale:

'Para ser una buena enfermera uno debe ser una buena mujer, y en esto todos debemos estar de acuerdo. Aquello que hace a una buena mujer, es lo mejor de su naturaleza: ser silenciosa, gentil, paciente, y contenida' (<https://www.open.edu/openlearn/health-sports-psychology/health/health-studies/florence-nightingale-on-what-makes-good-nurse>)

Como resultado de esta comprensión del cuidado como inherente a las habilidades y predisposiciones 'naturales' de las mujeres, se asume que las ocupaciones y profesiones del cuidado are 'low-skilled, thus justifying low rates of pay.', 'low status and a lack of social recognition' (OIT,160), pues no requieren mayor entrenamiento y por ende tienen bajo valor-trabajo. Esto se ve claramente reflejado:

A nivel social: en la eliminación de la enfermería de los servicios y rutas (ejemplo: salas de parto, rutas de mantenimiento de la salud), la diferencia salarial con medicina, las brechas salariales entre enfermeras y enfermeros, la mayor proporción de enfermeras/os en posiciones de poder, la no contratación de enfermeras/os en algunos centros de salud. Pay penalty.

En los equipos de salud, educación y construcción de políticas: donde hay subordinación, subestimación, silenciamiento. Enfermeras/os no pueden trabajar a su full potential.

En el entorno académico, la formación desconoce el origen del cuidado, el cual se origina al interior de la familia, por voluntad del afecto y "dentro" de una relación. Por ende ignora las dimensiones emocional y/o mental del trabajo de cuidado y entonces desde el pregrado, forma en las técnicas de normalización de los cuerpos y omite la formación en Salud Mental, lo que debilita la formación de personas para cuidar personas. (Número de carreras con componentes de salud mental, y opciones de capacitación en salud mental para enfermería). En síntesis la academia forma cuidadores para perpetuar y no para innovar el cuidado actual.

A nivel individual: autoimagen, entrega y devoción, asumir muy altas cargas de trabajo que afectan la salud mental, doble o triple jornada por el trabajo de cuidado no remunerado.

El cuidado es ejercido en su gran mayoría por mujeres que en adición a lo mencionado anteriormente, se desenvuelven en un **entorno patriarcal en los que se reproduce la sumisión y subordinación de tal manera que se normaliza su sobrecarga física y emocional. El cuidado invisible, vertical e ineficaz, así como también se subestima la importancia de contar con condiciones apropiadas para el establecimiento de una relación de cuidado y para la prestación de un cuidado cálido y efectivo que genere satisfacción a la persona que cuida como a quien es cuidada.**

La conjunción de todos estos factores desemboca en el escenario actual de crisis del cuidado, en donde lo que existe es un pseudo-cuidado 'Espantos de Salud'.

2.2. Sistema Económico Imperante

La división social del trabajo, que señala el trabajo remunerado como aquel que se realiza fuera de los hogares, y la definición de estos últimos como unidades de consumo, no unidades productoras, conlleva a asignación de valor-trabajo sólo a aquellos que se dan en el ámbito público, invisibilizando al que ocurre fuera de este, o incluso dentro de este pero que vincula con las actividades de lo hogareño.

Así, **la economía actual invisibiliza los trabajos de cuidado, mediante dispositivos que reproducen sus lógicas y parecen legitimar sus posturas, por ejemplo, la facturación, ¿nos hemos preguntado por qué la facturación en salud solo cuenta consultas, procedimientos e intervenciones?, por qué no mide intervenciones de cuidado habitualmente realizadas por profesionales de enfermería?**

Codigos unicos de procedimientos en salud - CUPS			
Procedimientos Clasificados	Codigos sobre Honorarios profesionales	Codigos para todas las profesiones	Codigos especificos para Enfermería
9.761	219	60	8

Fuente Elaboracion propia a partir de la Resolucion 5851 de 2018.

Así pues, revisemos cómo las lógicas de la economía actual se fundan y reproduce en dispositivos que producen la realidad, pero además la legitiman. Desde enfermería invitamos a revisar el origen, criterios y funcionamiento de estos y muchos otros dispositivos.

Así las cosas, el Sistema de salud se ha centrado en lo individual, porque el "cuidado espantoso" necesita enfermos en altas demandas que alimenten los mercados farmacéuticos y de la alta complejidad.

Puesto que el pensamiento que agencia el bienestar generado por una persona cuidadora profesional, es de transformación y desarrollo social con altos valores éticos y convivenciales lo cual permite construcciones territoriales de salud nacidos en las vidas de los colectivos, las y los enfermeros como parte de ellas, requieren otras condiciones que garanticen la provisión del cuidado integral que pueden y deben aportar.

3. La importancia del Cuidado

Visibilizar el cuidado y objetivizar la evaluación de la calidad del mismo es importante puesto que representa el reconocimiento a una labor milenaria que ha aportado a la vida desde siempre y se ha desarrollado pasando de ser un oficio a una disciplina que aporta a la conservación de la vida, al bienestar humano, al mantenimiento de la salud, a la prevención y recuperación de la enfermedad y a la rehabilitación.

Al no generar condiciones apropiadas para brindar un cuidado eficaz, se pone en riesgo la salud, el bienestar y la vida, se favorece el desarrollo de enfermedades, se retarda la recuperación de las personas que requieren cuidados y se aumentan las secuelas producto de las mismas.

El cuidado es la medida terapéutica que garantiza la integralidad en la prestación de servicios de salud, en este sentido, la subvaloración del cuidado se traduce en mayor carga de enfermedad, aumento en las estancias hospitalarias, incapacidades y en años de vida saludables perdidos, entre otros.

Las preguntas que surgen y están por medirse con indicadores del sector salud y otros de la economía en general son: ¿Cuánto le cuesta al Estado y a la sociedad la falta de valoración del cuidado? ¿Cuánto le cuesta al Estado y a la sociedad que las enfermeras y enfermeros no puedan trabajar a su máximo potencial? **¿Cómo se afecta la seguridad del paciente por la jerarquización y asimetría de poder dentro de los equipos de salud, que conlleva a fallas en la comunicación entre enfermeras/os - médicos/as - profesionales de otras disciplinas?**

Así, mejorar las condiciones políticas, económicas, sociales, culturales y académicas para el ejercicio del cuidado integral de enfermería, no es solo de interés gremial sino de la sociedad en su conjunto, como lo demuestra la campaña *Nursing Now* lanzada por la OMS y que apunta precisamente a que se modifiquen dichas condiciones para el pleno ejercicio del cuidado de enfermería.

Y para finalizar, nos gustaría que reflexionemos brevemente sobre ¿Qué pasa si seguimos como vamos?, pues las diversas encuestas mencionadas en el numeral 1.3. sobre sujetas/os de cuidado es claro el efecto del déficit de cuidado actualmente. Y si a esto le sumamos situaciones como:

Migración de personal de enfermería: Es importante mencionar que las pésimas condiciones para brindar el cuidado de enfermería, antes expuestas, ha conllevado a la

migración de profesionales a otros países, en particular de altos ingresos, como España y en general Europa.

Problemas de Salud Mental en los y las Trabajadores del cuidado. Estas y otras problemáticas en la salud de enfermeras y enfermeros conlleva a su retiro de los espacios de cuidado directo a otros indirectos o de gestión, así como a la prestación de un cuidado de baja calidad.

Efectos en un País Tratando de Construir Paz. Es claro que ahora es cuando más requiere Colombia respuestas integrales de cuidado en salud mental y física, especialmente en zonas rurales y rurales dispersas históricamente desatendidas.

Migración venezolana e interna por conflicto armado. La población que arriba de Venezuela requiere de atenciones en salud que en su país no pudieron ser garantizadas, en este sentido, se requiere de arreglos institucionales del Sistema de Salud donde el personal de enfermería es clave.

4. La propuesta de proyecto de ley

Con el fin de modificar las condiciones políticas, económicas, sociales, culturales y de la academia, se propone un proyecto de ley que permita el pleno ejercicio del cuidado integral de enfermería que reglamentó la Ley 266 de 1996. Adjunto propuesta de reglamentación.