

Silencio y conocimiento en Enfermería

Silence and knowledge in Nursing

Liliana Edith de Vita | ORCID: orcid.org/0000-0002-7788-6458

lilianaedithdevita@gmail.com

Universidad Nacional de San Juan

Argentina

Andrea Analía Benavidez | ORCID: orcid.org/0000-0002-8990-9645

andreabenavidez@unsj-cuim.edu.ar

Universidad Nacional de San Juan

Argentina

Recibido: 01/07/2018

Aceptado: 31/07/2018

Resumen

En este ensayo exploramos diversos modos en los que el modelo biomédico determina la hegemonía en las áreas de trabajo vinculadas a la salud. Proponemos explorar algunos matices de la relación entre conocimiento y silencio en la Enfermería contemporánea argentina. Los antecedentes que Enfermería ha acumulado desarrollo teórico y práctico demuestran dificultades que se reflejan en la escasa producción de conocimiento específico. También se revisan algunos tópicos en los que el poder oprime a través de la fragmentación de las relaciones interpersonales donde se producen silenciamientos como modos de comunicación. Recuperamos algunos aportes bibliográficos para mostrar la forma en que la incipiente bibliografía da muestras de las discontinuidades y vacíos que tienen las producciones teóricas. Avanzamos sobre algunas ideas centrales en la práctica profesional como el concepto de paciente para encontrar las líneas donde las prácticas de silencio resultan dominantes en el ejercicio profesional.

Palabras Clave: Silencio, Conocimiento, Enfermería.

Abstract

In this essay, we explore different ways in which the biomedical model determines the hegemony in work areas related to health. We propose to explore some nuances of the relationship between knowledge and silence in contemporary Argentine Nursing. The ways in which Nursing has accumulated theoretical and practical development demonstrate difficulties that are reflected in the limited production of specific knowledge. It also reviews the ways in which power oppresses through the fragmentation of interpersonal relationships where silencing occurs as modes of communication. We retrieve some bibliographical contributions to show how the incipient bibliography shows the discontinuities and gaps that the theoretical productions have. We advance on some central ideas in professional practice as the concept of patient to find the lines where practices of silence are dominant in the professional practice.

Palabras Clave: Silence, Knowledge, Nursing.

Introducción

En este ensayo exploramos las diversas formas en que el modelo biomédico determina la hegemonía en las áreas de trabajo vinculadas a la salud. También revisamos los modos en los que la fragmentación de las relaciones interpersonales produce silenciamientos como estrategias de comunicación. Recuperamos algunos aportes bibliográficos para mostrar en qué la incipiente bibliografía da muestras de las discontinuidades y vacíos que tienen las producciones teóricas. Avanzamos sobre algunas ideas centrales en la práctica profesional como el concepto de paciente para encontrar las líneas donde las prácticas de silencio resultan dominantes en el ejercicio profesional. Seguimos las huellas de algunos en-

foques teóricos que vienen reflexionando desde hace más de una década sobre los contextos en los que la enfermería es objeto de opresión por parte del sistema de salud pero también por el poder hegemónico que condiciona la producción de conocimiento como por ejemplo Xabier Irigibel-Uriz (2010) que plantea lo siguiente:

Meleis refiere que el conocimiento se ha caracterizado por ser silencioso y lo describe como el saber que se da cuando se deja de abstraer y sistematizar todo el conocimiento que cada día miles de enfermeras producen pero que no llegan a sistematizar y mucho menos a publicar.

Enfermería y los equipos de salud.

*Cantando como un ciego perdido en la oscuridad
anda en mi cerebro una gramática dolorosa y brutal,
la matanza continua de conceptos internos,
una última aventura de esperanzas celestes,
un desorden de estrellas imprudentes.
[...]
Liberación, sí, liberación de todo
de la propia memoria que nos posee
de las profundas vísceras que saben la que saben
a causa de estas heridas que nos atan al fondo
y nos quiebran los gritos de las alas.*

Vicente Huidobro

El trabajo en salud está atravesado por múltiples variables que le otorgan gran complejidad, probablemente porque los actores involucrados son muchos y suelen tener visiones muy diferentes de un mismo asunto. El modelo hegemónico de salud generalmente no permite construir espacios de diálogo y las instituciones prestadoras de servicio se someten a lógicas que resultan a veces indescifrables para quien no está inmerso en ellas. En ese escenario, las personas que trabajan en Enfermería necesariamente aceptan las condiciones laborales en los diversos espacios; pero no lo hacen pasivamente; más bien ellas van construyendo un modo de transitar y convivir allí que les es propio, imbuido de signifi-

cados y valoraciones, no siempre explícitos ni reconocidos. Reflexionar sobre una praxis de Enfermería que pueda producir grados mayores de autonomía, creatividad y desalienación (Onocko, 2004) nos plantea hoy un desafío importante.

La Enfermería en la provincia de San Juan ha tenido un desarrollo importante en todos sus niveles de desempeño dentro del subsector público del sistema de salud. Específicamente, en lo referido a la gestión dentro de los servicios de salud, se ha logrado institucionalizar la figura de la **Supervisora** (el 98% de los cargos jerárquicos de la profesión está ocupado por mujeres). Su función consiste principalmente en la administración de todo lo referente a

la prestación de enfermería en los diferentes servicios hospitalarios. Dentro de la estructura organizativa de los servicios de salud, donde está rodeada siempre de múltiples agentes y usuarios, suele convertirse en el engranaje perfecto para la reproducción de la cultura dominante: *formas generales de dominación que crea cuerpos sometidos, cuerpos dóciles* (Foucault, 1986). Grandes silencios cubren los espacios de trabajo: se calla lo que molesta, lo que interfiere con los intereses individuales, lo que se perdió la capacidad de decir, lo que no se quiere escuchar. Estos climas, dentro de la enfermería, están relacionados con el rol tradicional de supervisión que durante décadas fue llamado *la caba* (a veces *cabita*) por asimilación al rango militar. Bajo esta figura de la estructura jerárquica quedaba la responsabilidad del control del trabajo, que asumía un estilo rígido y con impronta marcial que probablemente no difería mucho de los modos con que se administraban todas las instituciones en los años en que se sucedían los gobiernos de facto. Hasta hace muy pocos años, la figura de la **Supervisora** estuvo signada por el miedo: la mejor Supervisora era la más temida. El personal, en aquel momento subalterno, recuerda a veces la terrible sensación que producía escuchar en el pasillo sus pasos acercándose en la ronda de rutina. Ese mismo personal es el que hoy ha accedido a los diferentes puestos de gestión que ofrece la organización.

Dentro de la estructura organizativa actual, el puesto de trabajo de la supervisora es central y solitario. En cada uno de los servicios en que se desempeña debe compartir espacios con jefes de servicio (a quienes responde y obedece) y con todo el personal médico, sin identificarse (al menos abiertamente) con ellos. Actúa ejerciendo el control sobre el personal de enfermería que desempeña funciones asistenciales sin llegar tampoco a identificarse con ellos. Las exigencias del rol, tal como la actual cultura institucional lo impone, hacen que la supervisora deba ubicarse a una considerable distancia de todo el resto del personal, una distancia que le permita imponer el anhelado orden; que haga posible cumplir la norma; la supervisora se encuentra lejos de todos: de los subalternos, de los jefes, de otras supervisoras, lejos de ella misma; tal como nuestras instituciones supieron enseñarnos y no sin dolor, supimos aprender. Dentro de la organización somos, entonces, un engranaje perfecto para la reproducción de la cultura dominante.

La administración nace en Enfermería con objetivos muy acordes a las teorías clásicas y así ha construido su historia, manejando un método que pretende administrar *científicamente* personas, situaciones, subjetividades. Pensamos en mediciones de productos y en administraciones eficientes y eficaces. (Arndt y Huckabay, 1980). Dentro del trabajo de Enfermería, todas las

teorías aceptan como funciones administrativas a la planeación, organización, integración (de recursos humanos y materiales), dirección y control. También se dice que la función de las personas dentro de las organizaciones es la productividad. (Balderas, 1995). Así hoy seguimos enseñando y aprendiendo de Marriner (1998) que define **organización sanitaria** como un *consolidado de elementos o conjunto sistematizado*. Dice también que dentro de ella, **jerarquía** es *grupo de personas clasificadas por rango, grado o clase*. Aparece así entre los conceptos vertidos la palabra **persona**, pero está referida solamente a los que ocupan cargos jerárquicos en la organización. Estas personas establecen su planificación para que los subalternos puedan *ejecutarla con eficiencia y efectividad*. En Enfermería hoy se enseña también que la *La gestión es impersonal y pasiva. Un gestor se centrará en mantener a los individuos funcionando en dirección a los objetivos de la organización para que siga siendo productiva* (Potter P. et al. 2002).

Tampoco escapa hoy Enfermería al biologismo dominante que atraviesa todo el sistema de salud logrando invisibilizar los aspectos sociales de la salud y la enfermedad. Así, la práctica individualista se traduce en un proceso de trabajo fragmentado colmado de actividades rutinarias que muchas veces no cobran sentido para el trabajador que las protagoniza. Este biologismo se acompaña de la profesionalización que conlleva la subordinación tanto de saberes como de personas, y dentro de él, Enfermería se percibe como quien no tiene nada para decir. (Menéndez, 2004 y 2005). Este modelo valoriza sólo el saber médico y ubica en una posición subalterna al resto, ordenando a los trabajadores en una línea vertical que parece infranqueable; esta línea jerárquica termina creando distancias entre las personas y produciendo daños en toda su extensión: a los usuarios necesitados de atención, a los trabajadores de Enfermería y a todos los subordinados al saber médico, e inclusive a este profesional, que queda alejado del resto. Esto que venimos mencionando está ciertamente relacionado con los climas que se viven cotidianamente en las instituciones de salud teñidos de sentimientos de frustración, de tristeza, de enojo, de queja, de indignación, de emociones contrapuestas, de justificaciones y de miedos, presentes en las expresiones verbales y no verbales, en muchas palabras y también en cosas no dichas, todo paralelo al hecho de no lograr reflexionar sobre la práctica más allá de la línea de la obediencia. Para Campos (2006), este tipo de instituciones son altamente dañinas para el trabajador de salud:

Trabajar años y años en situaciones donde la propia organización del proceso de trabajo impide o dificulta el ejercicio efectivo de la clínica, significa producir trabajo y trabajadores alienados y falta de compromiso. Sig-

nifica producir personas sin auto-respeto y con una autoestima muy baja. Significa lidiar con personas obligadas a realizar un trabajo mecánico y que solo será cumplido por el pago de un salario. (p. 109)

El sometimiento a la organización y la verticalidad en las relaciones laborales silencia al trabajador de Enfermería ante sus autoridades. Así el proceso de trabajo está colmado de palabras que caracterizan prácticas comunicativas muy limitadas: se habla de personas mencionándolas como camas o planillas; se habla de evaluar como contar y sacar porcentajes, y así gran cantidad de ejemplos que evidencian el empobrecimiento de la aptitud comunicativa tanto individual como colectiva. En el lenguaje verbal, del mismo modo en que sucede con el lenguaje musical, el silencio es en sí mismo expresión importante y adquiere un sentido que puede ser interpretado según el espacio en el que cada silencio se ubica. Hay silencio en la consulta entre el médico y su paciente (cada vez más breve y con menos es-cucha); hay silencio en los usuarios de los servicios; hay silencio entre diferentes centros de salud (con un sistema de referencia y contra-referencia que nunca pudo funcionar), a pesar de las cortas distancias que separan unos de otros. Estas situaciones van limitando en el tiempo no solamente la aptitud comunicativa de los trabajadores sino también su capacidad de reflexión. Acá estamos hoy, constituyendo una descomunal fuerza de trabajo inmersa en organizaciones de salud cuyas prácticas están puramente orientadas a la clínica tradicional, de enfoque asistencial y curativo, realizando grandes esfuerzos para no perder el control, para que todo siga igual. Vamos llegando a lugares de gestión con el triste propósito de estar más arriba que los otros, esos otros que constituyen una amenaza constante solamente porque a lo largo de nuestra historia sólo aprendimos a ejercitar el miedo.

Ahora bien, si los silencios que mencionamos son comunes en los lugares de trabajo, las reflexiones a las que nos referimos necesariamente deben ser colectivas. Una de las situaciones verdaderamente difíciles de desarmar es la falta de participación, producto de una especie de apatía generalizada. La carga laboral muchas veces doble (con el consecuente cansancio psicofísico) se traduce en escaso interés por las construcciones conjuntas de diverso orden. Sin embargo, entendemos que el desgano frete a diferentes tipos de convocatorias a la participación tiene también que ver con el resquebrajamiento de la aptitud comunicativa. Al respecto de la necesaria participación para generar procesos de cambio, Mario Testa (2006) diferencia dos formas:

como un proceso nacido desde el conocimiento de las necesidades sentidas y sufridas por la población, junto con el convencimiento de que la acción grupal puede superar los pro-

blemas que la acción individual no puede resolver, o como una propuesta o proyecto organizativo de alguna autoridad tendiente a resolver las necesidades señaladas. (p. 168)

Si bien el autor se refiere a la participación de la comunidad en acciones de salud, entendemos que la construcción de un colectivo participativo hacia adentro de las instituciones atraviesa reglas similares. Cuando acontece con la primera forma se trata de un hecho concreto que nace a partir del reconocimiento del otro y de sus subjetividades. Sin embargo en el segundo caso continúa siendo sólo un componente más de la abstracción, por cierto bastante lejano de las características ideales de la participación responsable y voluntaria que podría movilizar nuestro colectivo hacia destinos más plenos y significativos.

Entre los obstáculos más evidentes que encontramos para la praxis participativa está la característica del sistema de salud referida a la centralización de los servicios debida al poder asimétrico que ostenta, ante la cual; la democratización de las decisiones no tiene ningún tipo de espacio. Observamos fuerte inercia en la tendencia a repetir irreflexivamente estructuras y modos de trabajo que no fueron eficaces ni siquiera en épocas pasadas. La organización y los procedimientos a utilizar debieran conformar una delicada trama cuya funcionalidad esté dada por el conocimiento, lo más acabado y adecuado posible según nuestro propio contexto (nuestra historia, cultura general y condiciones particulares). Quienes ocupan los espacios de decisión tendrían que poseer conocimientos y capacidades específicas relacionadas con estas cuestiones que operan en forma invisible en nuestro cotidiano laboral; ello teniendo en cuenta que debemos encontrar una salida contrahegemónica que habilite la palabra y posibilite la reflexión. Democratizar la organización sanitaria puede parecer una tarea titánica, sin embargo, transitar sus pasillos diariamente a lo largo de una vida, tampoco es un tema menor, y la pasividad frente a este escenario podría tener consecuencias aún peores que las conocidas. Testa refiere que la participación es necesaria y es también posible, por lo que se constituye como un estímulo potente para desarrollar el crecimiento horizontal dentro de las instituciones de salud (Testa, 1995).

¿Cómo hacer, entonces, para desnaturalizar las incoherencias de las instituciones de las que formamos parte? ¿Cómo se reconocen, se interpretan, se cuestionan si en cada intento aparecen, rápidas y silenciosas, las defensas largamente construidas? Es posible encontrar algunas fracturas institucionales en las que operan, silenciados por el cansancio, los conflictos crónicos, donde puede habilitarse el diálogo y desde esos lugares se puedan construir alternativas válidas al modo

de acumulación de poder dominante. Quizá sea posible transitar desde la pasividad a la autodefinición, desde el silencio y la inconciencia a la intersubjetividad y el diálogo, desde la rigidez de la calma a la inquietud de la incertidumbre. No hay certezas de llegar bien y pronto a ningún lado, pero entendemos necesario correr el riesgo. Desalinearse consistiría quizá en la posibilidad de poder encontrar un modo de identificarse con el propio trabajo, de manera que éste resulte una tarea importante para quien lo realiza; es decir, encontrar una manera de escapar al automatismo reinante. Identificarse también con el otro, aquel al que tememos o desconocemos. Podríamos

aprender la gestión creativa, entendiendo que la creatividad es un proceso de esfuerzo continuo, casi una elección permanente de apostar a la posibilidad de reemplazar viejos comportamientos por otros nuevos. La capacidad creadora implica flexibilidad de pensamiento, que también consiste en aprender a tolerar lo inusual, lo que no estaba previsto y quizá hasta lo contrario de lo que pretendimos anticipar. Desandar el miedo, deconstruir la historia, *crear e instituir espacios en los que se pueda experimentar la toma de decisiones colectivas* (Onocko, 2002). Reflexionar, desnaturalizar, escribir para construir un camino propio, son hoy desafíos urgentes y necesarios.

Matices del silencio en enfermería

Las preguntas que mantenemos abiertas para pensar en la relación existente entre silencio y Enfermería remiten también a considerar aquello que constituye el conocimiento enfermería. También nos preguntamos: ¿Cuáles son las condiciones de posibilidad para que el conocimiento específico en Enfermería produzca su diferencia con respecto a otros saberes vinculados a la salud? La pregunta por el estado de la investigación en este campo y su desarrollo disciplinar también es alcanzado por el manto de silencio. Resulta notable que el desarrollo de las teorías en enfermería y la relación de estas con la práctica se encuentran muy distantes. Los modos en que la influencia de teorías de comienzos del siglo XX, provenientes de otros contextos geopolíticos, siguen estando presentes en la educación superior de la carrera. Estas condiciones que comentamos necesitan ser repensadas porque es evidente que la relación entre formación académica y silenciamientos ha determinado al colectivo hasta nuestros días. Una de las causas posibles para que se den estas condiciones en enfermería pueden estar relacionadas a que:

El silencio parece ser una herramienta de camuflaje para gestionar las situaciones complejas en las que no resulta fácil pronunciarse. Esta situación es causada por diversas razones, aunque el miedo a complicaciones posteriores podría decirse que es el que más alimenta esta actitud. (Leyva-Moral)

Entre las perspectivas que tenemos en cuenta para pensar la situación actual de la enfermería argentina, en tanto campo disciplinar, se encuentra su propia historia. La misma historia

que ha sido silenciada y despreciada por las voces que recuperan la memoria colectiva o de época. Los aportes que provienen de campos específicos, como pueden serlo la sociología, la antropología, la arquitectura, la política, el enfoque de género, son escasamente tenidos en cuenta en la formación académica de quienes estudian enfermería a pesar de haber recibido un tratamiento especial desde que Carrillo escribiera *La teoría del hospital* (2012). Enfermería valora casi exclusivamente una diversidad de saberes prácticos que complejiza aún más la pregunta por el conocimiento en y desplaza la investigación tanto teórica como práctica en sus diversas formas.

La perspectiva historiográfica en enfermería es recuperada entre otros por Úrsula Serdarevich (2017) en *Enfermería. Una perspectiva historiográfica*, se suma a las observaciones que realiza José Siles González (1999) en *Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la enfermería*, entre los pocos trabajos donde se ponen en valor los aportes de producciones históricas y señalan la importancia que esas producciones, aunque escasas, cobran en la conformación disciplinar de enfermería.

En el contexto nacional, hay algunos libros de referencia que enfocan la enfermería como *La fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión*, prologado por Dora Barrancos y escrito por Carolina Barry, Karina Ramacciotti y Adriana Valobra. Estas autoras aportan un recorrido por las temáticas que atraviesan temas vinculados con la mujer, políticas sociales, relación con las políticas de salud en torno a la maternidad, enfoques vocacionales, entre otros. Este material nos sitúa en el foco de la conformación disciplinar de enfermería vinculada a las políticas de salud del gobierno

peronista. En esa misma línea están los trabajos de Beatriz Morrone: *Soltando amarras* (2014), *Al servicio de las ideas. La enfermería en los Procesos Populares de Liberación en Iberoamérica* (2012) y *Cecilia Grierson: soy una obrera del pensamiento* (2018).

La pregunta sigue latiendo en el fondo, ¿qué tipo de conocimiento es el que se produce en enfermería? La formación de los enfermeros y enfermeras está fuertemente privada de teorías que remitan al contexto en el cuál se ejerce la profesión, por esas razones, la sospecha de epistemicidio se deja notar (Boaventura de Sousa Santos, 2010). Basta comentar que el primer libro de historia de la enfermería en Argentina es de Teresa Molina (1973) y casi treinta años más tarde recién puede encontrarse un libro como *Soltando Amarras* (2012) de Morrone que recorre nuevas perspectivas históricas de la enfermería en el país. Tanto el primero como el segundo sostienen posiciones ideológicas diferenciadas y recuperan acontecimientos fundamentales del proceso histórico de enfermería en Argentina, no obstante raramente éste se incorpora en las lecturas obligatorias durante la educación superior. El silenciamiento de la historia de la enfermería en nuestro país aparece casi como un reflejo de la práctica de silenciamiento general en el hospital. Es necesario pensar cuál es la razón por la que no se incorpora la producción histórica y teórica acerca de enfermería a la formación de grado en la educación superior de nuestro país.

Parte del problema inicial con que nos encontramos cuando intentamos pensar en la relación entre conocimiento y enfermería es que, excepto raras excepciones, los actuales docentes y colegas que imparten teoría enfermera en las universidades nacionales han sido formados en bi-

bliografías extranjeras y, por diversas razones, no han seguido actualizando sus estados de formación profesional en la dimensión teórica en atención al contexto latinoamericano o argentino. El problema radica en que el desarrollo profesional para enfermería, el contexto social donde se desenvuelve, no está contemplado en ninguna de las instancias de formación teórica. Esto ha generado un desplazamiento muy notable que ocasiona un reducido desarrollo teórico para la disciplina. Resulta notable que esa bibliografía, percibida por la comunidad de enfermería como el “canon” de las teorías, aporta escasa formación. La historia disciplinar de la Enfermería en Argentina permite ver que el modelo hegemónico tiene como referencia una obra canónica que es *Modelos y teorías en enfermería* (Raile y Marriner, 2011). Este manual de teorías producido en USA y traducido al español es comercializado para toda la comunidad de habla hispana.

La ausencia de bibliografía que haga referencia al contexto latinoamericano en la educación en enfermería es notable. No es una operación aislada en la educación superior argentina, pero en el caso de áreas de intervención en salud el efecto de la descontextualización del saber conlleva una práctica y política con secuencias evidentes, y viene siendo advertido desde hace algunos años: *la introducción del conocimiento emancipatorio a la enfermería es el camino para hacer posible el cambio social y estructural y es hora de examinar con respecto a la crítica las influencias sociales sobre el bienestar y la salud* (Ramírez Elizondo, 2013) porque el ejercicio de poder biomédico y estatal sobre la enfermería en particular, acumula sentidos en relación al silencio y la forma de imposibilitar la producción de conocimiento propio.

El conocimiento entre el silencio y lo no dicho

Tres claves nos sirven para tratar de pensar algunos aspectos teóricos relacionados con el silencio: paciente, cuerpo y disciplina. Las palabras se cargan de sentido en los contextos y se saturan también. En enfermería, los cuerpos que reciben algún tipo de cuidado, son nombrados con esa palabra. Paciente, cuerpo, disciplina son tres eslabones sobre los cuales se construye una forma de conocimiento atravesado en muchos casos por el silencio. Retomamos la notas que Xabier Irigibel-Uriz ha dejado porque nos permiten ver que la

la posición estratégica de la enfermería le constituye como excelente instrumento

de gobierno al servicio de la ideología del Estado. Su cercanía con las personas, su papel de conciliador y su docilidad histórica, facilitan el poder pastoral. La necesidad y la vulnerabilidad de las personas y comunidades que requieren cuidados, el poder y la confianza que inspiran el saber científico que ostentan los profesionales de enfermería, justifica la fe ciega del rebaño de las enfermeras y los Estados, haciendo honor a su propio nombre: pacientes. (2009)

Si avanzamos un poco más en la relación *teoría, práctica y disciplina* en busca del conocimiento en enfermería, vemos que queda expuesta cons-

tantemente la frontera difusa entre la teoría que proviene del campo disciplinar y la práctica en el campo profesional. Disciplina es una palabra clave porque se vuelve polisémica. Se disciplinan los cuerpos de los sujetos que están siendo cuidados y se disciplinan también los cuerpos de los/las enfermeros/ras que cuidan. Referir a la disciplina académica desde un enfoque epistémico es, en el caso de Enfermería, un problema por la dificultad que se tiene para pensar el ejercicio de la profesión de manera diferenciada a la producción teórica.

Mercedes Villalobos (1998), explica que *la falla en reconocer la existencia de un cuerpo de conocimientos científicos separados de la práctica ha llevado a enfermería a ser vista como una vocación más que como una verdadera profesión*, además esa imposibilidad de distinguir entre acervo teórico y práctica profesional ha generado una dificultad profunda. *Esta situación ha hecho poner en duda la existencia de enfermería como disciplina* (1998:22). Villalobos es una de las pocas teóricas dentro del ámbito de conocimiento en enfermería que ha organizado los problemas tantos disciplinares como profesionales que atraviesan al saber en el que estamos pensando.

En áreas de trabajo que tienen contacto con el cuerpo doliente, el sufrimiento aparece como una constante. En este sentido el dolor no tiene una enunciación metafórica sino que se convierte en el material de trabajo para enfermería. En áreas de conocimiento como enfermería la materialidad son los cuerpos dolientes. Entonces, para ordenar lo que tratamos de indagar, nos referimos al nivel metafórico y al nivel no metafórico del lenguaje, con respecto a los cuerpos que organizan formas diversas de conocimiento. Spinelli (2005) trata el tema de los trabajadores en salud y entre varios tópicos habla de *trabajadores como "arte-sanos", postulando un trabajo altamente humanizado y singular marcado por el encuentro -como mínimo- de dos personas: el trabajador de la salud y el usuario que requiere atención/cuidado*" (Spinelli, 16).

El hospital es el espacio de trabajo para el colectivo de enfermería, que no aparece mediado por la palabra como pasa en las áreas de conocimiento en humanidades o ciencias sociales. Los trabajos de Foucault, por ejemplo, abren muchas oportunidades de pensar, la clínica, las relaciones entre poder y saber, sirven como marcos teóricos para analizar las dimensiones del cuidado, etc. En esas bibliografías se establece un lugar en y con el lenguaje para tratar estos temas, pero para enfermería la interacción con los cuerpos es donde se construye el conocimiento. En el caso de enfermería no hay mediación entre el

dolor del otro y el sujeto que ejerce su trabajo; el enfermero/ra expone su propio cuerpo como instrumento, evoca la paciencia y en ella al silencio; como modo de atravesar los momentos de agotamiento expresados por los cuerpos enfermos. Blanchot, en el libro *la Escritura del desastre* (1990), escribe sobre la paciencia:

"Ten paciencia". Palabra simple. Exigía mucho. La paciencia ya me ha retirado no sólo de mi voluntaria, sino de mi poder de ser paciente: puedo ser paciente porque la paciencia no ha gastado en mi ese yo en que me retengo. La paciencia me abre de par en par hasta una pasividad que es el "paso de lo enteramente pasivo", que abandono por tanto el nivel de vida en donde pasivo sólo se opone a activo: asimismo caemos fuera de la inercia (la cosa inerte que sufre sin reaccionar, con su corolario, la espontaneidad viviente, la actividad puramente autónoma). "Ten paciencia" ¿Quién dice eso? Nadie puede decirlo y nadie puede oírlo. (p.19)

Las personas que trabajan en salud silencian sus modos de construcción de subjetividad y en la práctica de la enfermería la palabra sufre también. El pedido de paciencia hacia los sujetos que están en estado de dolor pasa también, con el tiempo, a un estado de silencio. La respuesta interiorizada por los profesionales de las áreas de salud conlleva una semiosis compleja porque el contacto directo con eso que acontece, el conocimiento del dolor y la posible atenuación o no del mismo, va determinando a los sujetos durante el ejercicio de la profesión. El dolor se vuelve parte de una configuración teleológica, porque los medicamentos, los cuidados, cumplen el rol de atenuar lo que ocurre y lo que a diario sobrellevan en su profesión. La evocación de paciencia, a la que alude Blanchot, se convierte en una posibilidad de restauración del estado no doloroso en un tiempo futuro. Dejar de sufrir es algo que acontecerá en tanto promesa, pero no en el presente. Entonces, el disciplinamiento del cuerpo que padece la persona enferma y el de los/las profesionales de la salud se unen en función de una temporalidad y de una acontecer compartido en torno al dolor y al silencio. La interpretación del párrafo escrito por Blanchot, para sujetos entrenados en la lectura metafórica no supone, en principio, un umbral de dificultades. En cambio, si piensa en enfermeros/as expuestos al dolor del cuerpo de otros y otras, que usan la palabra paciente a diario, el concepto se amplía y llena de un sentido perturbador.

Conclusiones

La praxis de Enfermería en el medio social en el que se inserta, conlleva la exigencia de adaptarse a las instituciones y a sus pujas de poder. En poco tiempo ellas logran silenciar todo aquello que los cuerpos de los enfermos y de quienes cuidan de ellos anhelan gritar. El campo disciplinar va ajustándose a una realidad dolorosa sin poder reflexionar lo suficiente como para encontrar mecanismos liberadores. Los cuerpos silentes, las afectividades mal gestionadas también opacan los procesos reflexivos y es probable que esa cadena de acallamientos tenga una relación directa con la ausencia de producción teórica específica en el campo académico. El objeto de trabajo/estudio en Enfermería no aparece claramente definido hacia el interior del colectivo y probablemente hacia el exterior, tampoco. Esto puede responder a la ausencia de una historia sistemática que promueva con clarificación y consolidación de ese objeto. Encontramos esta ausencia de historia, no porque no hayan transcurrido algunas décadas desde la inserción de la Enfermería como profesión en la región, sino precisamente porque esta historia tiene muchas dificultades para ser escrita. Enfermería resulta ser el último eslabón en la cadena de aplicación de políticas públicas. Paradójicamente, el cuerpo de intervención en salud que más cerca se encuentra de la población es el que menos posibilidad tiene de ejercer el dominio de su propia voz. Estas condiciones de silencio de hospital se encuentran en el umbral de los desafíos que interpelan a la enfermería tanto en su desarrollo teórico como en su ejercicio profesional.

En el ámbito nacional, este medio siglo de praxis enfermera no ha podido aun recuperarse de manera sistemática y analizarse lo suficiente. Es posible que la automatización con la que se desarrollan las prácticas obture el deseo de conocer. La identificación precisa del objeto de trabajo y las definiciones sobre su alcance, los modos de observar y abordar reclaman la

voluntad de detenerse para pensar. Sin embargo, la menor resistencia se encuentra en la repetición: nos aferramos a teorías y definiciones extrañas a nuestro mundo, nuestro contexto cercano y nuestra historia reciente. Teorías y definiciones epistémicas que sólo responden a otra época y lugar, por cierto bien diferentes a los que nos toca transitar, quizá por miedo a indagar, a cuestionar y a construir. La formación en Enfermería nos quiso obedientes, las instituciones nos quieren instrumentos, la sociedad nos imagina abnegados/as. Pero los cuerpos dolientes, en algún punto de su silencio, esperan dejar de ser silenciados.

El conocimiento escrito, construido aunque sea de a jirones, es la dirección contra hegemónica. Reflexionar, atreverse, escribir y comunicar son poderosas alternativas. La falta de deseo y motivación da cuenta de una historia interna de disciplinamiento que tiende a permanecer como si continuar siendo parte de un engranaje funcional, empaquetado y aplastante fuera una posibilidad. La construcción de saberes parece estar vedada en el campo disciplinar local. Soñar una praxis diferente, desafiante y creativa, despierta temores arcaicos y desgana a los rebeldes temporales. Es razonable el miedo que sobrevuela, pero construir conocimiento enfermero puede ser posible y ello puede conducir a mucha satisfacción. Aprender a gozar el trabajo en una cultura organizacional sufrante no es para tibios y decadentes. Como refiere Testa (1995), los *saberes* y los *cómo hacer* se complementan y retroalimentan, ambos construyen el ámbito disciplinar en un devenir dialéctico que requiere una buena cuota de valentía. Es necesario describir significados y develar intencionalidades que nos permitan aproximarnos con mayor confianza a nuestro objeto de trabajo/estudio, para iniciar caminos de definición del campo disciplinar y liberarnos de lo ajeno, lo que ya no es útil para construcción de la salud colectiva en nuestros propios contextos.

