

En el principio era el cuidado

Reflexiones desde
un hospital materno-infantil

Rodrigo Recinos



COLECCIÓN REFLEXIONES DESDE
LA TEOLOGÍA LATINOAMERICANA VOL. 1



REFLEXIONES
DESDE LA TEOLOGÍA LATINOAMERICANA
VOL. 1

En el principio era el cuidado

Reflexiones
desde un hospital
materno-infantil

por
Rodrigo Recinos

JULIO DE 2024

Colección Reflexiones desde la Teología Latinoamericana

Volumen 1

En el principio era el cuidado: reflexiones desde un hospital materno-infantil

Primera edición

Antiguo Cuscatlán, La Libertad, julio de 2024

Maestría en Teología Latinoamericana

Universidad Centroamericana José Simeón

Cañas

Comité Editorial de la Colección:

MARTHA ZECHMEISTER, directora

ENA MORALES DE CALDERÓN, lectora y asesora
teológica

PEDRO IRULA, editor de los textos

Diseño y diagramación: MPDG

Foto de portada: Camaro27

Figurilla antropomorfa, El Salvador,

Período Preclásico, 16.6 x 8.7 cm.

Colección del Museo Nacional de Antropología

Dr. David Joaquín Guzmán.



Esta obra se distribuye de manera gratuita a través de una Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0. Usted es libre de copiar y distribuir el libro. Debe dar crédito de manera adecuada al usarlo. No se permiten usos comerciales de esta obra. No se permite la distribución de materiales derivados de esta obra. Para más información, visite este [enlace](#).



Sobre el autor

Rodrigo Javier Recinos
(San Salvador, 1994)

Es licenciado en teología y maestro en teología latinoamericana por la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA). Actualmente es doctorando de la Universidad de Fordham, NY.

Es docente del Departamento de Teología de la UCA y su principal área de interés es la teología del cuidado.

*Entonces Dios pasó
y hubo un huracán tan violento
que hendía las montañas
y quebraba las rocas ante Dios;
pero Dios no estaba en el huracán.
Después del huracán, un terremoto;
pero en el terremoto no estaba Dios.
Después del terremoto, fuego,
pero en el fuego no estaba Dios.
Después del fuego
el susurro de una brisa suave.
Al oírlo Elías,
cubrió su rostro con el manto,
salió y se puso a la entrada
de la cueva.*

1 Reyes 19, 11b-13a

Para todxs
lxs que nos enseñan
a cuidar.

Contenido

Sobre el autor	3
Introducción	8
1.1. Por qué reflexionar sobre el cuidado	13
1.2. El sistema de salud donde acontece este cuidado	15
1.3. Hacer teología del cuidado desde el método latinoamericano	18
Aclaraciones	21
Las condiciones de la UCIN	23
2.1. Un lugar precario	24
2.2. Demandas y exigencias de quienes cuidan	36
La experiencia del cuidado en la UCIN	49
3.1. El cuidado	49
3.2. ¿En qué consiste este cuidado?	54
3.3. La experiencia de cuidar	58

El cuidado primario a través de los modelos de bondad y humanización **77**

4.1. Humanizar el espacio 77

4.2. Modelos de bondad 87

4.2.1. Esmeralda 88

4.2.2. Javier 93

4.2.3. Sonia 99

4.3. El cuidado primario 106

El Dios que se hace visible en el cuidado **111**

5.1. Cuidar como expresión de santidad 112

5.2. Lugares de paso de Dios 118

5.3. Las manos de Dios 125

5.4. Un Dios vulnerable, frágil y pequeño 131

Conclusiones **137**

Bibliografía utilizada **149**

1

Introducción

En el corazón de San Salvador se lleva a cabo una práctica de cuidados que permanece en gran medida desconocida para muchos. Este trabajo cotidiano se desarrolla detrás de los muros del Hospital Materno Infantil 1° de Mayo¹. Situado en los límites del centro de la ciudad, rodeado por el humo del transporte público que recorre la zona, el bullicio constante y las ventas callejeras, cada día, con devoción, mamás y papás hacen fila, esperando ansiosos el momento de visitar a sus pequeños que aún permanecen internados.

1 En adelante, nos referiremos al hospital como 1° de Mayo, como es conocido popularmente en El Salvador.

Es en este entorno, caótico la mayor parte del tiempo, donde se despliega una atención minuciosa y delicada, una práctica de amor y cuidado que desafía las adversidades del ambiente. Quienes allí trabajan, cruzan a diario los muros del hospital llevando consigo todo lo que pueden ofrecer para el cuidado de las vidas allí internas. Este escenario, cargado de emociones y esperanzas, despertó en mí una profunda reflexión sobre las buenas noticias que se manifiestan en los lugares más inesperados.

Conocí la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital 1° de Mayo en San Salvador en noviembre de 2017, al lado de mi hermana. Ella llevaba algunas semanas internada en el hospital bajo vigilancia médica constante cuando fue inducida a labor de parto con 29 semanas de gestación. Por tres meses, visité con frecuencia

la UCIN al lado de mi hermana. La unidad alberga a neonatos prematuros en condiciones críticas que ameritan cuidados intensivos. Si normalmente un recién nacido pesa entre 2500 y 4000 gramos, los bebés prematuros, en ocasiones, no alcanzan los 1000 gramos. La fragilidad y la pequeñez del cuerpo son extremas. Mi sobrino era uno de estos bebés.

En este espacio, el cuidado de la nueva vida ocurre en condiciones diferentes a las usualmente previstas. Mamás, papás y familiares solo pueden acompañar a los bebés en visitas diarias, bajo protocolos hospitalarios. Es el personal de salud, especialmente de enfermería, quien asume la responsabilidad de los bebés.

Especialmente por esta separación física entre los bebés y sus padres, el trabajo de la UCIN comprende procedimientos

médicos, chequeos de rutina, y, de hecho, el cuidado esencial que toda nueva vida requiere. El personal de enfermería alimenta a los bebés, los baña, cambia sus pañales, asea su entorno, imparte terapia sensorial y motriz, aplica medicamentos, monitorea signos vitales, toma muestras de sangre, coloca catéteres, atiende heridas operatorias, y todo esto en cuerpos de gran vulnerabilidad. El trabajo requiere delicadeza, precisión y paciencia, y recae sobre todo en las mujeres². Rara vez está vacía la UCIN: cuando los ingresos aumentan, el personal de salud se enfrenta a exhaustivas jornadas laborales y a la escasez de insumos.

2 En Guatemala, El Salvador y Nicaragua, nueve de cada diez enfermeras son mujeres (Madrigal y Tejeda, 2010).

Escuché los relatos del personal de enfermería e identifiqué en sus experiencias algunos elementos en los que me adentré: las principales tareas asignadas, las condiciones laborales, el significado que tiene para ellos su trabajo, su relevancia social. Indagué la manera en que se vinculan para los cuidadores su tarea de cuidados y su fe y su espiritualidad. Vislumbré el potencial teológico presente en estas experiencias de cuidado. Los insumos que encontré pueden servir para construir una nueva comprensión del cuidado y para actualizar la teología de la liberación, movida por la sensibilidad solidaria al sufrimiento de los indefensos.

1.1. Por qué reflexionar sobre el cuidado

Es un tiempo oportuno para reflexionar sobre el paradigma del cuidado. La ética del cuidado, término acuñado por Gilligan (1982), ha detonado un nuevo debate ético donde ha tenido gran resonancia la reflexión feminista, incluyendo a teólogas como Rosemary Radford y Mary Daly. El abordaje del cuidado desde América Latina ha tenido un auge durante los últimos veinte años. En la teología latinoamericana, el pionero en esta reflexión ha sido Leonardo Boff (2002, 2003, 2012), quien propone una transición hacia un paradigma del cuidado en el momento que él denomina la era planetaria, si bien teólogas ecofeministas como Ivone Gebara ya habían señalado la necesidad de un paradigma nuevo. En El Salvador, por su parte, el estudio del cuidado ha sido abordado desde la economía,

desde las nuevas masculinidades y desde la salud pública, mas no desde la teología.

Más aún, en el país la vida permanece amenazada a diario. Las prácticas de cuidado aparecen como la irrupción de una buena noticia en lo cotidiano. En ellas se anuncia otra civilización posible (Ellacuría, 1989), anclada en la ternura, la solidaridad, el amor y el cuidado. Los relatos que escuché articulan exigencias concretas y presentan un desafío ético a las crisis actuales.

Además, se intuye que el contenido teológico del cuidado está anclado en la praxis de Jesús. Si en el Nuevo Testamento encontramos “relatos y prácticas que articulan el prototipo de una política del cuidado tan novedosa como desconcertante” (Laguna, 2020, p. 24), en ellos se hace palpable la experiencia del reino de Dios desde la atención cuidadosa a la fragilidad. Ya en los

relatos bíblicos de la creación, Dios revela su interés fundamental por el cuidado de la naturaleza y de todo ser vivo. ¿Qué has hecho con tu hermano? (Gn 4, 10) constituye una de las primeras preguntas que Dios dirige al ser humano y una de las más fundamentales en la tarea de cuidar que nos ha sido encomendada.

1.2. El sistema de salud donde acontece este cuidado

El sistema de salud en El Salvador consta de un sector público y de un sector privado, que resulta inasequible para la mayoría de la población. Mi investigación se enfoca en el primero. El sistema público recibe, de manera diferenciada, financiamiento del Estado y de las contribuciones patronales y de afiliados.

Por un lado, está la red de hospitales y centros de salud delegados al Ministerio de Salud, financiado directamente por el Estado, donde toda persona tiene derecho a recibir atención. Por otro, se encuentra el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), institución de seguridad social, financiada principalmente por la contribución de patronos y afiliados. Su cobertura médica se extiende a trabajadores afiliados y a sus familias. Quedan excluidos los trabajadores de la economía informal, como vendedores ambulantes o comerciantes de los mercados, aunque a este sector pertenecen la mayoría de los empleos en El Salvador (Acosta, 2011). El 1° de Mayo es parte de la red del ISSS.

En El Salvador el 75% de la población vive en condición de vulnerabilidad económica, social y educativa (IDHUCA, 2021, p. 17), por lo que

los costos diarios por mantener a un neonato en una UCIN resultan relativamente altos. En el sistema de salud público, estos alcanzan los \$385.61USD (Meléndez, 2017), y aún esta cifra podría ser insuficiente para la especialización requerida en los cuidados (Comité Hospitalario de Seguridad del Paciente en Neonatología, 2013). Como punto de contraste, el salario mínimo para el sector comercio en El Salvador es de \$365.00USD mensuales.

En la UCIN del 1º de Mayo observé una práctica diaria de cuidados que, pese a la precariedad sistémica, permite el sostenimiento de la vida de muchos neonatos en condiciones críticas de salud. Los principales responsables de esta práctica de cuidados esenciales son los enfermeros y las enfermeras que laboran allí.

1.3. Hacer teología del cuidado desde el método latinoamericano

La metodología está diseñada para estudiar el cuidado dentro del marco de referencia mayor: *el método teológico latinoamericano* (Ellacuría, 1975). Es la orientación fundamental donde me ubico y con la que ejerzo la actividad teológica. Las herramientas de investigación están al servicio de la búsqueda de la presencia salvífica de Dios en la historia.

Para captar esto, es determinante nuestro *dónde*: el lugar en que nos situamos y del que brota un determinado sentido. De allí que primero expongo el contexto real de la UCIN del 1 de Mayo. Ahí acontece un cuidado primario de la vida sujeta a condiciones de máxima vulnerabilidad.

Para conocer este lugar de cuidados, lo miré a profundidad y me acerqué a él. En términos teológicos, esto es *hacerse cargo de la realidad*: caer en cuenta de lo que allí acontece. Y al mismo tiempo es *cargar con la realidad*: dejarse interpelar y transformar por esta realidad, asumiendo su implicación ética.

Escuchar las voces de quienes cuidan es también asumir un compromiso: en otras palabras, es *encargarse de la realidad*. Identifiqué en sus experiencias de cuidado algunos elementos que construyen una realidad humanizada y que replican signos concretos del reino de Dios aquí y ahora. En las personas cuidadoras encontré indicios de la defensa y el sostenimiento de la vida y signos visibles de la presencia histórica de Dios.

Este trabajo participa de una tradición que entiende a la teología como *intellectus amoris*,

la inteligencia del amor (Sobrino, 1999). No me limito a reflexionar de la fe desde la fe (Ellacuría, 1975): el saber que construyo parte de una reacción compasiva ante el sufrimiento y la necesidad del otro. Busca provocar en sus lectores esa misma reacción primaria de misericordia que apunta al Dios de la vida. Mi esfuerzo teológico se alinea con la realidad de un Dios revelado en el amor, sobre todo en el amor hacia los indefensos desde el escenario de los cuidados, y tal vez pueda descubrir pistas para la actualización de la tradición latinoamericana de la cual me siento heredero y testigo.

Las siguientes reflexiones condensan la investigación en este recorrido. En el primer capítulo descubriremos las condiciones de la UCIN del 1° de Mayo y las limitaciones que representan para el cuidado. A continuación, con

las voces de los cuidadores, nos adentraremos en la experiencia del cuidado en la UCIN. En el tercer capítulo relataremos las historias de vida de enfermeros y enfermeras, genuinos modelos de bondad y de lo que he denominado *cuidado primario*. Luego haremos una reflexión teológica en torno a esta experiencia y cerraremos con una sección de conclusiones.

Aclaraciones

Este texto está construido con los testimonios de cuatro enfermeras y dos enfermeros de la UCIN a quienes conoceremos bajo nombres ficticios para garantizar la confidencialidad: Sonia, Gilma, Esmeralda, Claudia, Marcos y Javier. Fueron recabados en 2021. Dejamos constancia de la fecha para simplificar el citado de los testimonios en aras de una lectura más ágil. Así, cada vez

que aparezca la voz de alguno, indicaremos en el cuerpo del texto de quién se trata o entre paréntesis al final del fragmento.

Poco después del final de la investigación, en agosto de 2021, la Asamblea Legislativa de El Salvador aprobó la Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido, cuyas disposiciones afectan directamente el trabajo de cuidados del 1° de Mayo. Su impacto excede los límites de nuestros hallazgos y nuestras reflexiones.

CAPÍTULO 2

Las condiciones de la UCIN

Iniciamos reconstruyendo el escenario donde se llevan a cabo las prácticas de cuidado: la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital 1 de Mayo del ISSS. Este lugar es el centro de mi reflexión teológica. A través de los testimonios de enfermeros y enfermeras, trazaremos el espacio físico en el que se desarrolla el trabajo de cuidados, revelando sus principales carencias, así como las necesidades y demandas de los cuidadores. Este acercamiento busca ofrecer una perspectiva honesta de la realidad, evitando especulaciones o idealizaciones.

En 2017, en mi primera visita, me conmovieron profundamente la constancia y la dedicación del trabajo de su personal de enfermería pese a la evidente precariedad y las múltiples adversidades. Sabía que algo de lo que llamamos “santo” se daba en esas personas y en ese lugar, aunque ni siquiera ellas mismas fueran conscientes de esto. En espacios precarios, la bondad se vuelve más radical: más aún cuando estos escenarios están inscritos en contextos sociales donde ni la salud ni la vida están aseguradas.

2.1. Un lugar precario

Los cuidadores nos describen una sala de cuidados donde el espacio físico es insuficiente, la infraestructura improvisada y los insumos médicos escasos. Con los pocos recursos que el hospital les suministra, el personal de enfermería

debe ofrecer una atención de calidad y garantizar que cada recién nacido tenga el cuidado mínimo para su supervivencia:

El espacio físico es inhumano (...) no podemos dar una calidad de atención si no hay insumos. No hemos tenido guantes, si eso es prioridad. Nos hemos peleado por mascarillas y por gorros (...) ¡imagínate!, son cosas que debemos tener a la mano, que son indispensables, esenciales para que nosotros podamos cumplir a un bebé (...) es la realidad que estamos viviendo (Sonia).

Estoy en el hospital y dormimos en una precariedad que creo que es casi similar a la de los reos, pues, con la única diferencia que ponemos cobijas, a veces limpias, a veces no (Javier).

Hemos tenido mucho problema con los insumos (...) la instalación física ya no reúne las condiciones para la atención (...) ahorita un ejemplo, ni guantes tenemos, hay procedimientos invasivos que hemos priorizado en qué momento es más fácil, es mejor, es más delicado usar un guante que en un procedimiento que tal vez no va a haber mucho problema (Claudia).

En el área donde trabajamos la capacidad instalada no es la adecuada (...) el espacio físico no es el suficiente, no hay confort, ni para el personal, ni para los bebés. Pongo un ejemplo, a veces la capacidad de una incubadora es para un bebé, se llega un momento en el que se ponen dos bebés en una incubadora (...) el hospital en infraestructura no se ha ido adecuando a las exigencias que tiene (Marcos).

Marcos, uno de los enfermeros especializados del área, refiere que los ingresos diarios de bebés en la UCIN son numerosos: en un espacio tan estrecho, esto provoca hacinamiento de pacientes y sobrecarga laboral para el personal de enfermería. Los cuidadores nos explican que, según los estándares internacionales, cada enfermero debe atender a dos pacientes para procurar un cuidado integral. Claudia, quien lleva trabajando 9 años en el área, muestra otro panorama:

En general, la mayoría tenemos 4 pacientes asignados y si a eso le agregamos que no sabemos cuántos ingresos vamos a tener en el día, entonces estamos hablando que ha habido turnos en que hemos amanecido con 5 bebés atendidos por enfermeras.

Marcos ha llegado a extremos: “A veces se descuida un poquito más de uno por estar más pendiente de otro”. Las consecuencias de estas condiciones precarias y limitadas quedan en plena evidencia en distintos momentos. En primer lugar, el personal de enfermería desarrolla progresivamente problemas de salud física y mental:

La instalación física ya no reúne las condiciones para la atención (...) incluso muchas compañeras están siendo incapacitadas por daños en las cervicales, por los movimientos. Entonces, vemos en esa limitante que el espacio ya no es el adecuado, y estamos viendo a las compañeras que están siendo lesionadas (Claudia).

A veces usted no duerme, porque de tan cansada que está. En el caso de algunas compañeras, he

observado que toman pastillas para dormir, algunas les toca tomar antidepresivos, porque la parte psicológica a nosotros no nos la ayudan (...) esa parte nos la descuidan (Esmeralda).

Durante sus estudios de enfermería, a Esmeralda sus formadores le inculcaron que el amor al trabajo y al prójimo estaban por encima de cualquier otro interés. Ha interiorizado, y cree que sus compañeras también, que su profesión es servicio, un servicio que al final del día se traduce en agotamiento, cansancio físico y desgaste emocional.

Al llegar a casa, Esmeralda se siente “agotadísima física y mentalmente, porque usted siente que 16 horas después de estar laborando, no es lo suficiente un día de descanso (...) hay veces que usted no duerme porque de tan cansada”. Su compañera Gilma opina lo mismo:

“uno sale cansado (...) Aunque uno no note que quizás tiene algún desgaste mental, nervioso”.

En segundo lugar, las carencias materiales y el estrés laboral también provocan conflictos entre compañeros:

Además de lo que existe físicamente lo que más existe es la ausencia del trabajo en equipo, la sobrecarga laboral, el estrés laboral que se vive, la falta de compañerismo tanto del médico como en enfermería porque allí pasa usted cosas donde ni siquiera se imagina lo que le hacen entre compañeras y de médicos a enfermeras (Esmeralda).

Nosotras nos peleamos por las incubadoras, por los espacios. Porque si yo tengo mi primer ingreso yo voy a buscar una incubadora, porque no hay

disponible (...) porque yo quiero tener a mis bebés bien cuidados, entonces nos peleábamos con las compañeras para poder tener los insumos para los bebés asignados (Sonia).

En estas situaciones, muchos destacan la importancia de mantener el objetivo por el que están allí. Así resuelve Javier el clima conflictivo: “uno viene a trabajar por los bebés, no viene a trabajar aquí por las compañeras”. Para él, esto interfiere en el cuidado de los bebés. Por eso sabe buscar ayuda donde sí la encuentra: “Han habido casos en donde yo no puedo hacer algo y no creas que es a mi jefe que llamo, llamo a mi compañera que tenga más experiencia (...) alguien que se ponga a la par de uno”.

Por último, lo más grave: en ciertos momentos hay un alto riesgo para la salud y la vida de los bebés ingresados en la UCIN. Por la

carestía de insumos, los pacientes quedan expuestos a cualquier clase de infecciones nosocomiales que agravan sus cuadros clínicos: “Fíjese que cuando no hay guantes, decimos «vaya, hoy sí, ya se aumentaron las nosocomiales», las infecciones, porque aunque uno trata, siempre le vamos a llevar algo a los niños (...) disminuirían muchas cosas con que haya insumos suficientes” (Gilma).

En una sala de cuidados intensivos neonatales, los enfermeros en ocasiones deben priorizar la salud de algunos bebés sobre otros, como lo narra Marcos: “Hay bebés que medio van evolucionando y se lo quitan [el oxígeno] porque necesitan ponérselo a otro bebé que necesita más el oxígeno”. En última instancia, la falta de recursos materiales y humanos significa la muerte de algún neonato:

Es triste, porque a veces si no hay médico, si no hay una enfermera

de cabecera con los bebés y si lo descuidás porque hay poco personal, un descuidito se mueren la criaturas, un descuidito, se van. Entonces sí, afecta mucho y se salvarían más vidas (Sonia).

Todos los cuidadores son conscientes del impacto positivo que tendrían la administración de insumos suficientes y una mejoría en las condiciones laborales. La calidad del cuidado aumentaría y se salvarían las vidas que quedan en medio de la precariedad del sistema de salud. No es atrevido afirmar que muchas muertes en la UCIN pueden evitarse, pero que esto exige una transformación del sistema de salud. El personal señala que este cambio ha comenzado con pasos pequeños pero sustanciales:

Nosotros hemos tenido una gran mejoría de la pandemia para acá. Han contratado un poco más

de recursos y la mortalidad del neonato en Seguridad Social ha disminuido. O sea, no es grande, pero es muy significativo, por muy punto cinco que sea, pero ese punto cinco ya son 10 niños menos que se nos mueren a nosotros. Creo que es una respuesta al trabajo de nosotros, que lo estamos haciendo bien (Javier).

Javier sabe que hace un buen trabajo, y que lo hace aún mejor cuando siente el apoyo de sus compañeras, cuando tiene los insumos que necesita y cuando no se ve orillado a priorizar una vida sobre otra.

Las muertes evitables y prematuras responden a una configuración social desigual que niega los mínimos de una vida con dignidad: salud y educación de calidad, vivienda adecuada, soberanía

alimentaria, entre otros. El contexto que hemos recorrido es una manifestación -una entre tantas- de un mal estructuralmente implantado que, en este caso, niega al personal de salud las condiciones indispensables para un servicio de calidad. Estas condiciones pueden ser descritas con un concepto teológico de Jon Sobrino: el *pecado primordial*. Se trata del mal que configura la realidad en estructuras que dan muerte y que desenmascara cierta superficialidad en la sociedad actual que “solo es posible a costa de lo elemental de la vida de otros” (2003, p. 19). Las deficiencias de la UCIN del 1 de Mayo, que nosotros llamaremos *pecado primordial*, se reproducen y cristalizan en el sistema de salud salvadoreño.

2.2. Demandas y exigencias de quienes cuidan

¿Dónde ubican los cuidadores la raíz de tantas precariedades y limitaciones? Sus voces se unen en una denuncia común: señalan la administración inadecuada de los recursos hospitalarios y el desinterés de jefaturas y autoridades:

Las autoridades correspondientes no le dieron ese valor que iba a tener hoy con el tiempo el cuidado de un niño, porque por lo menos Seguridad Social si nunca dimensionó que la población de niños de Seguridad Social iba a crecer (...) el Seguro tiene mucho, lastimosamente no está muy bien administrado (Javier).

“Es que a los gobiernos o a los responsables de eso les vale³. Por ejemplo, los bebés para ellos son gastos, no es quien da prioridad. Para ellos, quien está cotizando es el papá o la mamá, no el bebé. Entonces el bebé es carga, nunca se han preocupado por hacer un hospital, así como el Bloom⁴ para el área del Seguro⁵ porque no es rentable” (Sonia).

Las autoridades conocen las limitaciones que el personal de enfermería enfrenta, pero no brindan respuesta a sus exigencias y necesidades. Esmeralda y Claudia coinciden en este punto, pero mantienen la esperanza de que este panorama cambie un día:

-
- 3 Coloquialismo salvadoreño: “no les importa”.
 - 4 Sonia se refiere al Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom en San Salvador. Es el único hospital público que brinda atención pediátrica especializada y exclusiva.
 - 5 Nombre coloquial del ISSS.

Saben que no nos sentamos en 8 horas. Saben que vamos con los pies hinchados para la casa. Saben que no tenemos ni agua algunas veces para tomar. Saben que hay un solo baño para todas. Las autoridades sí saben de lo que pasa allí adentro, lo único que nos llegan a decir es “sí, nosotros sabemos que están en las condiciones bien delicadas para laborar, pero, estamos trabajando para mejorar, estamos trabajando para mejorar”. Pero en 15 años no he visto la mejoría, pero tengo fe de que algún día cambie (Esmeralda).

*“Nosotros mandamos las propuestas”, dice la jefe, pero no tienen eco allá arriba que se supone son los directores quienes deberían ver esa situación (...)
Primero Dios aquí lo van a mejorar, vamos a tener un área adecuada*

para que podamos brindar lo mejor que se pueda. Yo sé que eso no va a ser de la noche a la mañana, si es un monstruo mover todo eso. Pero, tengo fe primero Dios hasta cuando me jubile pero que se vean cambios (Claudia).

¿Qué exigen quienes cuidan?
Enumeremos algunas de las principales exigencias: la adecuación de las instalaciones, la provisión de insumos suficientes, el distanciamiento adecuado, la preparación de lugares para descansar y contratación adicional de recursos. Saben que esto “favorecería más para poder realizar mejor el trabajo” (Gilma). Claudia asegura que lo ideal sería “tener los insumos adecuados, tener el personal, tanto demanda de pacientes como la cantidad de recursos asignados para el área”. Marcos pide que se respete la relación paciente-enfermero para

no posponer tareas de importancia inmediata, interfiriendo en la calidad del cuidado: “lo ideal sería que se respete la relación y también la infraestructura (...) eso ayudaría bastante, ojalá que se dé”.

Cuando se construyen las condiciones adecuadas, se producen directamente mejoras en el clima laboral y en el estado emocional de los cuidadores. Así lo confirma Claudia, quien percibe cambios cuando la asignación de pacientes es baja y la jornada laboral es menos demandante: “se nota la diferencia, incluso hasta el estado de ánimo de las compañeras (...) mejora un montón de cosas: el ambiente laboral, el ambiente emocional, todo” (Claudia).

No obstante, Javier ve con escepticismo la realización de las mejoras exigidas, pues nota que las carencias están interrelacionadas. La mejora, en última instancia, es

estructural. Él da voz a lo que sus compañeros intuyen:

Con solo la sobrecarga laboral que quitaran ya es un gran logro, pero hablar de eso implica que contraten más recursos, implica que las instalaciones deben ser más grandes, implica que debemos de trasladarnos. Entonces, es como, arreglan una cosa, es un arreglo en cadena por decirlo así (Javier).

Algunas enfermeras reconocen que lentamente se ha subsanado la falta de equipo técnico, de insumos y de recursos humanos. Incluso han recibido incentivos salariales. Pero esto no basta para suplir la demanda de pacientes que ha aumentado con los años. Los estándares de calidad siguen sin cumplirse y el edificio no se ha remodelado:

La infraestructura tendría que ser la idónea donde se cumplieran los estándares de calidad, de que

cumplieran de un metro entre incubadora e incubadora. El equipo lo tenemos, hoy ya tenemos la cantidad de personal, pero hoy no tenemos el espacio físico (Esmeralda).

Ahorita, quizás, la cantidad de recursos nos ha aumentado un poquito, el problema es cuando faltan por incapacidades las compañeras. Entonces, el trabajo se nos aumenta y andamos más estresadas, porque tenemos que salir a como sea. Por ejemplo anoche, teníamos solo cinco y teníamos 32 niños y el asunto es cuando están llegar y llegar, y no tenemos donde meterlos (Gilma).

Además de las demandas materiales, los y las enfermeras nos llaman a poner la mirada en su trabajo. Javier tiene conciencia de que su trabajo es tan imprescindible como invisibilizado: “Creo que

le deberían de dar un poco más de valor a lo que enfermería hace”. Esmeralda observa que las enfermeras solo se vuelven visibles a la hora de los reclamos y expresa sus frustraciones y sus deseos:

Me entristece de ver que a pesar que usted dé el 100% no le reconozcan nada más que solo lo negativo (...) a nosotros siempre nos han relegado, a pesar que seamos los que pasamos las 24 horas del día a la par del bebé (...) tengo esperanza de que algún día todo esto cambie. (...) sigo esperando que algún día nos valoren.

El personal de enfermería se encuentra en una encrucijada lamentable: deben lidiar con la precariedad y asumir la responsabilidad de las consecuencias negativas de su

trabajo. Reciben el estigma de *personas groseras* ante la exigencia de acuerdos mínimos para brindar una atención de calidad:

Y nadie valora, nadie dice “ay, pobrecita la enfermera, ella sí trabaja”, nada. Allí somos las malas, por qué, porque cuando hay un desorden nosotras somos muy exigentes (...) porque los médicos nunca están allí, nosotros somos las malas, las sobras, las culpables de todo... (Sonia).

A veces la sociedad lo toma como «ah, no me trata bien», como que enfermería no da la atención que tiene que darse (...) como que se ha venido estigmatizando con los años, que enfermería, a veces, no da bien su trabajo (Marcos).

Quienes cuidan no piden grandes cosas: apenas lo básico. Quieren recuperar el derecho a un descanso

digno, que se les construya un baño más, que el salario sea más justo, que se cumplan los estándares de atención y que sus voces sean escuchadas y valoradas. En una sociedad donde parece no haber límites para el trabajo, espoleada por la lógica de la producción y la dominación, Sonia reivindica el derecho a descansar:

No tenemos dónde dormir. Nosotros dormimos en el suelo si querés dormir un ratito. Hay compañeras que se quedan veinticuatro horas, están cansadas (...) una vez llegó un médico, una jefe, diciéndole que nosotros no teníamos derecho a descansar (...) tenemos derecho por lo menos, aunque sea a estirar los pies, de tener un cuarto digno, pero no (Sonia).

Así es la UCIN del 1 de Mayo y así llevan a cabo el trabajo de cuidados sus enfermeros y enfermeras.

Denuncian las causas estructurales de la precariedad y las limitaciones bajo las que han trabajado por años. Esta parcela de realidad está marcada por la insuficiencia de recursos y por la inoperancia de las entidades encargadas de administrar un sistema de salud digno. Este acercamiento exige el compromiso de *mirar la realidad* con honradez, pues “una civilización que quiera ser humana tiene que asumir, ante todo, la realidad” (Sobrino, 2003. p.169).

Esta realidad configurada por el pecado primordial también responde a un *paradigma*, es decir, una forma vigente de ver y conocer el mundo, de darle un sentido, de estructurar y ordenar la vida y las relaciones entre seres humanos, con la naturaleza y con la divinidad. Leonardo Boff lo describe como el *paradigma-*

conquista, que impone la lógica de la dominación, la competitividad, el individualismo y la exclusión en la configuración de las personas. En parte responde a una carencia biológica básica del ser humano que lo obliga a modificar su entorno para sobrevivir. Por otra, se desprende de dos fenómenos propios de la modernidad: la aparición de la razón instrumental-analítica en la Ilustración y la ideología expansionista del progreso indefinido del hombre burgués europeo (Boff, 2012).

En este paradigma, el sujeto se afirma a sí mismo, sin relación con los demás. Creyendo febrilmente en el progreso desmedido, el ser humano explota con violencia a la naturaleza, da la espalda a la trascendencia y sufre el rompimiento del conjunto de sus relaciones. Y para Boff, el *paradigma-conquista* ha fracasado, y con éste, la civilización

moderna construida según su lógica. Esa es la magnitud de la crisis socio ambiental que amenaza la continuidad de la vida humana en la Tierra. Clama por una transición. ¿Pero hacia dónde?

En la UCIN, entre el fuego cruzado, hay vidas frágiles que el personal de enfermería *salva* a diario a través de intensas y demandantes jornadas de cuidado. La actitud que se revela en este resguardo de la vida vulnerable apunta hacia nuestro nuevo horizonte.

CAPÍTULO 3

La experiencia del cuidado en la UCIN

3.1. El cuidado

Ahora nos sumergimos en la experiencia concreta del cuidado. En la UCIN encontraremos una práctica cotidiana de cuidado que nos ayuda a transitar hacia un nuevo paradigma. La reflexión que sigue intenta recoger el significado que tiene la práctica cotidiana de cuidados que realizan enfermeros y enfermeras. Más que enumerar al detalle sus tareas, nos interesa adentrarnos en la experiencia primaria de cuidar que atraviesa el personal de enfermería en medio de las condiciones precarias de la UCIN.

Por encima de todas las cosas, enfermeros y enfermeras describen el cuidado como una experiencia esencial:

Todos hemos estado en distintos momentos, en diferentes etapas de la vida y necesitamos cuidado, desde pequeños incluso en la adolescencia, adulto, incluso muchas veces depende de los padres, o personas que los rodea, o maestros o personas que vamos conociendo en el transcurso de nuestras vidas y terminamos, creo, que también con cuidado. Creo que en todo momento necesitamos a alguien que nos vaya guiando (Marcos).

En cualquier lugar que vas, necesitas cuidados. Si vas a ir a trabajar a algún lugar necesitas cuidados, hay que cuidar una planta, hay que cuidar tu casa (...)

hay que cuidar todo, todo necesita cuidados, no es solo porque vas a tener o sos, sino que tenés que cuidar. Entonces nosotros somos ese cuidado (Sonia).

Aquí encontramos indicios del modelo alternativo que propone Boff con urgencia al *paradigma-conquista* en crisis: el *paradigma-cuidado*. “En este momento, el cuidado aparece como paradigma nuevo y alternativo. Funda una nueva relación con la naturaleza y con la tierra. Representa un nuevo modo de ser” (Boff, 2012, p. 42). El cuidado, asumido como una ética mínima y universal, es decir, una conducta básica asumida por todos, es el cimiento de un nuevo proyecto civilizatorio. Su *ethos* “ama, cuida, se responsabiliza, se solidariza, se compadece” (Boff, 2004. p. 34). Este nuevo paradigma nos abre a una relación de coexistencia, convivencia, interacción y comunión con otros

seres humanos y con la naturaleza. La transición también modifica las relaciones de producción y de consumo “para abrir camino a una cultura de la sencillez voluntaria y a un consumo solidario y responsable” (Boff, 2012. p. 55).

Sus concreciones materiales son la actitud de responsabilidad por el otro, intrínsecamente importante y merecedor de cuidado; la ternura, la caricia, la amabilidad, la compasión. Comparte con Humberto Maturana la noción del amor como un fenómeno biológico que garantiza la continuidad de la vida mediante la actitud de cooperación de todos los seres, iniciando en lo cotidiano y lo inmediato. Y es que además para Boff, como para Heidegger, el cuidado es ontológico, es decir, es intrínseco al ser humano. En *El Ser y el Tiempo* (1927), Heidegger encuentra el cuidado en la raíz primera del ser humano, donde

toda acción va acompañada de la voluntad de cuidar y de la necesidad de ser cuidado. Esta actitud es esencial para la persona, una intuición que ya expresaban los enfermeros.

Los relatos previamente descritos subrayan la importancia del cuidado como actitud irrenunciable de la existencia humana y de su modo-de-ser esencial y de estar en el mundo. El cuidado se extiende a la vida incipiente, a la salud y a la enfermedad, a la maduración, a la felicidad, a las tristezas que deben ser contenidas, a los padres y los abuelos, a la justicia, a la naturaleza, y al camino hacia la muerte.

3.2. ¿En qué consiste este cuidado?

Todos los días, en la UCIN del 1 de Mayo, la vida de los neonatos en condiciones médicas críticas depende de los cuidados esenciales prodigados por el personal de enfermería: “el área de cuidados intensivos es el área (...) donde son referidos los niños que están extremadamente delicados, están en estado crítico” (Claudia). Estos cuidados esenciales son múltiples: desde atenciones básicas que cualquier neonato recibe, como la higiene, y otras más complejas y específicas que deciden la calidad de vida, y la continuidad de la vida misma, del recién nacido.

Es aquí, el área de concentración donde nos llegan los niños más delicados e incluso los que nacen a nivel de este centro de atención. Mi intervención en el área es

brindar esos cuidados neonatales al bebé en estado crítico, como puede ser canalizar un acceso venoso, aspirar secreciones, pues son niños que están ventilados en ventilación asistida la mayoría (...) realizamos el baño del bebé, aunque esté ventilado siempre hacemos su aseo general (Claudia).

Esmeralda tiene quince años de trabajar en el área de cuidados intensivos y describe así su labor: “El cuidado integral que se le brinda al neonato es, ver que coma, bañarlo, cuidarlo, cambiarle el pamper, darle cambios de posición”. A esto hay que sumar los procedimientos médicos. La responsabilidad de este cuidado integral y esencial cae sobre el personal de enfermería especializado del área de cuidados intensivos neonatales: hombres y mujeres que se someten a una rutina diaria para cumplir con sus tareas.

Hay una rutina que se marca desde la mañana que se recibe el turno. Se elaboran las notas de enfermería, se hacen los baños, que son los baños de esponja que se le aplican a los bebés; se revisan expedientes. Allí es cuando uno revisa y verifica si hay exámenes, el tratamiento que se va a continuar o que va a iniciar; y dar al bebé la fórmula (...) es como la rutina. De allí otras cosas que pueden ir saliendo: que un bebé se complique o que un bebé esté inestable y necesite transfusiones, tomar exámenes urgentes (...) ver la evolución que puedan tener en sus primeras horas de vida (Marcos).

Desde que llegamos los bañamos, cambiamos pampers, limpiamos los ojos, la boquita. De allí les damos de comer. Posteriormente a eso vemos las indicaciones,

vemos lo especial que tiene cada niño y así planificamos nuestras intervenciones que vamos a hacer, priorizamos. Por ejemplo, un bebé no se muere por no bañarlo, pero sí se puede morir por no estar comiendo, se le baja la azúcar y todo eso empieza a hacer desarreglos en el bebé (Javier).

Este es un día de trabajo para Marcos y Javier. Requiere de precisión y delicadeza, pues los bebés, si no están ya en estado crítico, son propensos a ello por su gran fragilidad. Cada uno demanda indicaciones médicas específicas: toma de exámenes, aplicación de medicamentos, control de la ventilación asistida, entre otras. El sustrato común es un mínimo de tareas rutinarias de cuidado esencial.

3.3. La experiencia de cuidar

Más allá de la rutina y sus tareas, el cuidado es una experiencia que integra distintas habilidades, sentimientos y protagonistas.

Para Javier cuidar es “ser un padre sustituto (...) no son nuestros, pero es como si lo fueran”. Asegura que la experiencia de cuidar es parte esencial de todo proyecto de vida: “Yo creo que cada quien ya trae un proyecto de vida en el que no está involucrado tener hijos pero, sí está involucrado el hecho de cuidar”.

Su afirmación hace eco de un modo-de-ser-cuidado, en palabras de Boff, constitutivo del ser humano. En él se reconoce el valor intrínseco de cada vida y se abre la posibilidad de un *ethos* que se responsabiliza de otros y otras. Javier identifica este carácter imprescindible del trabajo de cuidados: “Es una labor muy

noble que yo apporto a la sociedad, aunque lo reconozcan o no, pero sí soy alguien que aporta poco, pero algo significativo”.

Ocurre lo mismo para Esmeralda. Su experiencia de cuidar pasa por convertirse en la madre sustituta de cada neonato a su cargo. En muchos casos, ha podido establecer un lazo de cercanía con la familia biológica del bebé. Durante las visitas, padres y familiares acuden al personal de enfermería en busca de respuestas o de apoyo:

A usted le dicen la mamá. Cuando a usted le preguntan “¿quién es la mamá de la «A tal⁶», quién es la mamá?”, porque todas nos identificamos como la mamá de la “A1”, del “A2”, del “A3”, del “A10”. Cuando usted se identifica con el

6 Hace referencia al número y letra que se le asigna a cada incubadora donde se encuentra el neonato.

papá o la mamá de esa criatura, usted llega a desarrollar un lazo con esa familia (...) es uno de los logros que usted tiene, cuando esos niños salen y ve a esa familia que se va contenta (Esmeralda).

Yo siempre trato la manera de que mis niños asignados siempre estar a la par a la hora de la visita (...) allí es donde viene también ese papel como cuidador o ese enfermero especializado del área, como de alguna manera transformar esa información que el médico le está diciendo a los papás (...) es allí donde nosotros aplicamos nuestra parte educadora, que hasta cierto punto, más que educadora, la parte humana de ponernos en el papel del papá (Javier).

La cercanía con las familias y la maternidad o paternidad temporales del personal de enfermería confirman el carácter humanizador del cuidado, que no se limita al asistencialismo. El cuidado integral brota de una vocación profunda por la profesión:

Enfermería dicen que es por vocación, entonces creo que la vocación es eso, que lo desarrolle de la mejor manera, tratar de dar la atención al paciente como si fuera para uno mismo (...) hay recursos que son buenísimos, que se interesan en el paciente, no se quedan solamente en dar la atención sino que van más allá (...) como una atención integral (Marcos).

Enfermeros y enfermeras descubren en su trabajo una manera de desarrollar sus habilidades y cualidades personales al servicio

de los neonatos más vulnerables: “Allí lo que hay que tener es el deseo de servirle a esos bebés, el deseo de estar con ellos” (Sonia). Para Javier, la esencia de la enfermería “tiene que ser siempre querer ayudar al prójimo. Si de verdad no tienen esa cualidad mejor que agarren otra cosa”. Es una entrega diaria y constante.

A juicio de los enfermeros, todas las personas tienen la capacidad de ejercer esta profesión: “Las habilidades se adquieren ya con el tiempo y con la práctica. Yo pienso que todo el que quiera entrar lo puede hacer y aprender (...) todos podemos” (Gilma). “Las capacidades y lo técnico que uno va adquiriendo es en nuestra formación... cualquiera lo puede tener” (Javier).

Sin embargo, la mayor parte del personal de enfermería está compuesta por mujeres. El cuidado se ha asociado social y

culturalmente al sexo femenino. En esta línea, Boff asocia el paradigma-cuidado con un principio femenino de sensibilidad, intuición, ternura y apertura del sentido espiritual: el *ánima*. El *ánimus* es el principio masculino del paradigma-conquista -la razón objetiva, la fuerza y el vigor- y ha reprimido al *ánima*, represión que corresponde con el sometimiento y la invisibilización de las mujeres. Hay que notar que para Boff ambas son fuerzas originarias, intrínsecas a cada ser humano, y no corresponden de manera tajante a hombres y a mujeres respectivamente. Más bien, apunta a que el cuidado “es una dimensión esencial de lo humano, pero adquiere densidad y mayor visibilidad en la mujer” (Boff, 2012). La actitud y las prácticas del cuidado son tareas de hombres y mujeres en la humanización de la sociedad.

La mayoría de los testimonios coinciden en este punto. Sonia ha descubierto en sus compañeros la capacidad de cuidar: “los hombres también son sensibles (...) para mí el hombre es tan sensible como la mujer y son capaces de hacer lo mismo que nosotras”.

La experiencia de trabajar con hombres permitió a Claudia desmontar prejuicios machistas sobre la calidad de la atención que podían ofrecer sus compañeros. Para ella, son también personal de salud indispensable y apto para las tareas:

A veces uno tiene la idea que el hombre es tosco, o algo así, pero no, fíjese. Por ejemplo, los que están allí en el área yo les veo el interés y la dedicación que ponen con los niños (...) hombres empezaron a venir, quizás, como

hace tres años, más o menos (...) es de quitarse esa venda, si al final es un servidor de la salud.

Sonia expresa una confianza plena en sus compañeros: “si un día, se llegaran a haber solo hombres, yo no me preocuparía en ese servicio (...) ellos hacen muy bien su trabajo y a veces son muy delicados en su trabajo”. Javier incluso se compara favorablemente: “a veces siento que quizás soy más maternal yo que mis compañeras”. Es curioso que, aunque reconoce la excelencia del cuidado que brinda, lo asocia con cualidades estrictamente femeninas.

¿Cuáles son entonces las principales cualidades y actitudes del enfermero o enfermera que a diario ofrece cuidados integrales? Dejemos que ellos y ellas enumeren estos elementos que entrelazan habilidades y conocimiento técnico: “Un enfermero tiene que ser una persona muy disciplinada, muy

responsable, muy empático y tratar de trabajar en equipo, en conjunto, en ser uno mismo” (Sonia).

El fundamento es el disfrute y el amor por su trabajo: “Siempre y cuando nos guste el trabajo” (Gilma). “El hecho de que le guste el área (...) yo creo que cada quien debería estar en su área, porque es la mejor forma de que podamos trabajar bien” (Claudia). Sonia sostiene con firmeza su vocación: “Yo lo hago porque me nace”. dice Sonia. Para Marcos, la vocación por el cuidado es el fundamento de toda la profesión:

Lo primero es que le guste (...) eso es lo más importante, porque ya de allí la preparación va a ir adquiriéndola (...) creo que eso es lo más importante porque si no le gusta y lo obligan hasta se le va a hacer más difícil aprender, pero si le gusta, siento que se le va a hacer más fácil aprender.

Estas personas se han configurado bajo la lógica del *pathos*: “el sentimiento, la capacidad de simpatía y empatía, la dedicación, el cuidado y la comunión con lo diferente” (Boff, 2002, p.81). Es la lógica del corazón: siente, luego piensa, produciendo una inteligencia y una razón sentientes. Esta es la inteligencia que demanda el trabajo de cuidados.

Aquí no hay espacio para sentimentalismos. La primacía del corazón es la capacidad de permitir que el sufrimiento ajeno afecte a la persona que lo ve. Permite una opción por la persona indefensa y necesitada de cuidados, así como una apertura a los vínculos humanos. Cada bebé y cada aspecto de la cotidianidad, incluso los más básicos, se revisten de importancia.

El cuidado expresa solidaridad y empatía. Los cuidadores de la UCIN rechazan la lógica utilitarista, que

convertiría a los neonatos en meros objetos de trabajo, para realizar su trabajo con creatividad, empatía, dedicación e interacción con quienes los rodean y con los bebés, que para ellos son sujetos intrínsecamente valiosos.

Creo que a veces soy demasiado empático (...) y no es que sea masoquista (...) si no nos ponemos en los zapatos de las demás personas, no nos sensibilizamos al dolor ajeno y creo que es una manera en que el humano puede crecer, siendo empáticos. Y no siendo la mejor persona, solo con el hecho de ponerse en el papel o en los zapatos de la siguiente persona uno puede crecer como ser y andar en la sociedad (Javier).

En esta empatía encontramos señales de que otra sociedad es posible. Asoma un modo de

interacción distinto que se preocupa por el otro y le protege. En un doble movimiento, el enfermero toca con cuidado, y a la vez es tocado por cada bebé: “Hay momentos en que uno se enamora de estos niños (...) Usted trata de protegerlos a ellos, trata de darles el amor que la mamá no les puede dar” (Esmeralda).

La empatía les permite desarrollar una mirada aguda y profunda sobre el estado de cada neonato: “uno se vuelve un poquito más observador, se detiene a veces en detalles, como nos acostumbramos en el trabajo a ser un poquito más observadores en cuanto a la condición de un niño (...) Uno observa un poquito más” (Gilma). Saben determinar el momento oportuno para asistir la necesidad: “Allí uno va a ver al bebé y va a tratar de sentir, de interpretar lo que el bebé le está diciendo” (Marcos).

La empatía también se hace presente en forma de impotencia y dolor ante la muerte de un bebé. Se extiende también a los padres que han perdido a su hijo. Gilma nos cuenta una experiencia sobrecogedora:

Me entró una angustia, dolor de estómago. Yo no hallaba cómo hacer, me ponía en el lugar de los papás que tenía que decirles que había fallecido su hijo. Quizás sí, eso es una de las cosas (...) más difíciles que me ha tocado vivir, eso fue. Al final lo hice, pero, ¡ay no!, es bien feo, porque yo sentía que era a mí que me estaban dando la noticia.

Marcos asegura que uno de los momentos más difíciles de su vida fue asistir a un bebé que falleció. “A pesar de que el bebé estaba bastante delicado, uno quiere que

mejore”. Le afectó sobre todo el sufrimiento de los padres:

Uno ve a los padres a la hora de la visita, el sufrimiento de ellos (...) yo pensaba en los padres. El bebé en sí, deja de sufrir hasta cierto punto, porque a veces es un sufrimiento que tienen los bebés. Uno dice “bueno, ya dejó de sufrir”, ya no se podía hacer más. Pero para los padres es un vacío que va a quedar en ellos.

Los enfermeros, en tanto delegados del cuidado de cada bebé, hacen suya la experiencia de la muerte. “Se me murió”, “cuando se me murieron”, son expresiones frecuentes. Asumen la responsabilidad de “no dejar morir”, aunque sean conscientes de la condición crítica de los bebés.

En muchos casos, no hay un diagnóstico claro: mucho menos habrá certeza de la posibilidad de supervivencia del bebé. En estas

situaciones de vulnerabilidad extrema, los enfermeros ofrecen cuidados hasta donde es posible.

Ahora bien, no debemos precipitarnos a la idealización de la enfermería. Es un trabajo que implica sacrificios constantes. En esta entrega sostenida y diaria, se pierden momentos especiales y tiempo con la propia familia. “Es lo que uno ha estudiado y allí es donde yo digo, por eso tiene que ser algo que a uno le guste hacer, para estar a pesar de. Y haciendo algo bien” (Claudia).

Enfermería es una profesión muy bonita, pero muy sacrificada. Hay que tener claro que uno tiene que estar con la disponibilidad de servicio, de dar lo mejor de uno y la verdad, que muchas veces es una profesión que no te va a dar dinero, sino lo que te va a dar es más satisfacción personal (Sonia).

Es posible encontrar en esta experiencia los aspectos existenciales y éticos del paradigma-cuidado. Hay un cuidado-amoroso: una actitud basada en la protección de la realidad y de los otros. El cuidado también se expresa como preocupación por los otros y las realidades donde estamos implicados. Y hay un cuidado-protección-apoyo, donde se crea una red que sostiene y protege la vida. Estos tres elementos son «existenciales (...) previos a cualquier otro acto y subyacen a todo lo que emprendemos» (Boff, 2012, p. 23). Los dos elementos restantes, el cuidado como prevención y como precaución, son éticos: invitan al ser humano a considerar las repercusiones de sus actos. Cuidar y ser cuidado se vuelven elementos fundamentales de la existencia personal y social que revelan una dependencia mutua donde todos somos partícipes.

Al final del día, el trabajo de cuidados se traduce en satisfacción. Los frutos son tan concretos como la mejoría de un bebé. “Me siento satisfecha con mi trabajo (...) ver que sale un niño de esa UCI, créame que es lo más satisfactorio que usted puede tener en la vida” (Esmeralda). Aún cuando la recuperación no es posible, el acompañamiento tierno se vuelve un consuelo: se hizo todo lo que se pudo. Así se fortalece la identidad profesional de cada enfermero/a.

Gilma nos describe las alegrías que le brinda su profesión:

Cuando uno logra darle el alta a un bebé que ha pasado mucho tiempo, que le ha costado salir (...) se han ido niños con alta que no nos imaginábamos que podían salir, que nacieron tan chiquitos, que fue tan lento el progreso que tenían para crecer (...) eso nos

alegra a nosotros, de ver que se van y se van bien”.

En la UCIN, los límites y las capacidades de la vida que se cuida dictan el ritmo del trabajo. La lógica laboral de la inmediatez y del progreso acelerado cede a la paciencia y a un progreso paulatino.

La falta de reconocimiento, aunque influyente, no se convierte en fuente de desánimo para los enfermeros y enfermeras. Claudia encuentra fuerzas todos los días para continuar sus labores: “Gracias a Dios, siempre me he levantado motivada para trabajar (...) vengo con el optimismo y porque sé también lo valioso que es el hecho de estar aquí”.

Pasa lo mismo con Marcos, quien no presta oídos a los malos comentarios sobre su trabajo: “Uno sabe que no es así, sino que uno da, se entrega, da la atención y uno se sobre esfuerza... Uno pasa diferentes

momentos duros, tal vez porque uno se mete tanto con la relación del paciente”.

Le pedí a cada enfermero y enfermera que sintetizara su trabajo en unas pocas palabras. “Cuidando con empatía”, dijo Marcos. Claudia lo resumió como “el milagro de Dios que actúa a cada momento”. Javier lo calificó de “pesado pero con amor”. “Cercanía, amor y paciencia”, dijo Sonia. Esmeralda, “vocación y servicio”. “No sé cómo decirle, pero a mí me gusta mi trabajo”, cerró Gilma.

CAPÍTULO 4

El cuidado primario a través de los modelos de bondad y humanización

4.1. Humanizar el espacio

El 13 de enero y el 13 de febrero de 2001, El Salvador sufrió dos devastadores terremotos. El recuento inmediato arrojaba más de mil muertes y más de un millón de damnificados. Jon Sobrino se dejó afectar por aquel “inmenso desastre” (Sobrino, 2003, p. 102) que sacudió al país. En ese momento, él percibió una fuerza y un anhelo de vivir que se hacía presente en las situaciones límites y en las tragedias. Así acuñó originalmente el concepto de la *santidad primordial*. Con las mismas

palabras describió una santidad que aparece en la vida de la gente pobre y sencilla que lucha todos los días por sobrevivir. No es la que “va acompañada de virtudes heroicas -exigidas en canonizaciones-, sino la que se expresa en una vida cotidianamente heroica” (*ídem*, p. 130).

Esta santidad, comprendida como fuerza de vida, se ubica en la dimensión de lo cotidiano y en medio de los escombros de las tragedias. Hace visibles los espacios concretos y sencillos donde se manifiesta la bondad, la belleza, la solidaridad y la confianza en el Dios de la vida: el anhelo de vivir contra toda adversidad.

Uno de estos espacios es el cuidado ofrecido en la UCIN. Queda claro que el personal de enfermería realiza su trabajo cotidianamente en medio de las insuficiencias del sistema sanitario y en condiciones laborales

adversas. Todos los días deben encontrar maneras de hacer bien su trabajo. Gilma lo expresa desde una convicción profunda: «Uno trata de poner lo mejor de uno y hacer el mayor esfuerzo». *El personal de enfermería humaniza un espacio limitado y adverso:*

Cada quien nos organizamos para brindar lo mejor que podemos dentro de las limitantes que tenemos. Brindar una adecuada atención a estos neonatos porque sabemos que de la calidad que se le brinde en las primeras horas va a depender tanto como la mejoría del bebé y el estado a futuro que no vaya a quedar con secuelas, que es lo que se pretende (Claudia).

Javier resume su compromiso con contundencia: “uno llega, se presenta a su área de trabajo a sacar el trabajo, lo más humanamente

posible, lo más dignamente y lo más humanamente”. Poco le importan los malos comentarios de sus compañeros porque él sabe que sin su trabajo diligente, “ese bebé se muere, y allí sí es como sentirme más mal de lo que ya me siento”. Es decir, humanizar la sala de cuidados intensivos es sostener la firmeza del objetivo común: brindar un cuidado de calidad para que cada vida tenga esperanzas de sobrevivir. “Yo allí lo que veo es eso, todas en la misma forma buscan sacar adelante a cada niño que tienen en sus manos” (Esmeralda).

Tal vez al final del día, Claudia no tuvo oportunidad siquiera de sentarse por unos segundos. Tal vez fue una jornada demandante. Pero sabe que ha hecho lo posible por los bebés a su cargo y sale con la esperanza de que el bebé que cuidó hoy, mañana mejore: “queda aquella satisfacción que uno dijo «lo que

hice, pero primero Dios el niño va a estar bien». Los papás a pesar de su angustia saben que se ha hecho algo por sus hijos y que primero Dios va a mejorar”.

En el hospital se acumulan tensiones: entre personal de enfermería y médicos, entre jefaturas y subalternos, entre compañeros y compañeras. Humanizar el espacio implica la capacidad de encontrar entre los mismos compañeros, a pesar de las riñas, un amigo o una amiga cercana que brinda apoyo y respaldo ante las dificultades cotidianas:

Cuando usted logra encontrar una verdadera amistad dentro del hospital esa la sabe mantener fuera (...) es como la compañera de combate, la que no la deja a usted ni que fallezca, ni tampoco la deja que se meta en problemas, es la que le da fuerzas. Llega a

tener un grado de hermandad con aquella persona, que la ve como parte de su vida y es con la que comparte (Esmeralda).

Nosotros como compañeros, a veces, quiérase o no hay rivalidades o qué sé yo, algún malentendido, o algo. Dejaríamos de ser seres humanos. Pero, dentro de lo que cabe, tratamos de llevarnos bien, amenizar qué sé yo alguna actividad a modo de hacer intercambio de experiencias o socializar un rato (Claudia).

Sus pares son sus referentes de un trabajo digno y bien ejecutado. Se inspiran unos a otros:

A mi comadre [refiriéndose a una de las enfermeras entrevistadas] yo la admiro, yo a ella le digo «yo la admiro», porque ella es alguien que ha luchado y le han puesto mil

y una caritas⁷ en el camino con tal que no llegue a... pero ella siempre, la perseverancia de ella (...) es una persona que inspira a que la gente haga las cosas bien y motiva a su personal. Ella ahora está en un puesto de jefatura (Claudia).

Entre los varios gestos de solidaridad entre compañeras y compañeros, abordaremos un ejemplo. Muchas enfermeras viajan largas distancias para llegar al hospital. En 2020, durante el período de cuarentena estricta, la suspensión del transporte público las obligó a pagar viajes privados de su propio bolsillo. Claudia recuerda que “nos solidarizamos entre las compañeras, viendo la forma en cómo cada quien ayudaba a la compañera” (2021).

Esto demuestra que las tensiones no impiden el trabajo en equipo. En

7 Coloquialismo salvadoreño: muecas, gestos faciales de desprecio.

los momentos más críticos, Marcos ha sabido gestionar soluciones conjuntas para los problemas imprevistos: “Los inconvenientes pueden surgir cuando un bebé se complica... o dos bebés al mismo tiempo (...) pero igual, se trabaja en equipo en esos casos. Las compañeras que tienen a sus bebés estables se unen a ayudarlo a uno”.

La santidad primordial es también una “convocación a la solidaridad” (Sobrino, 2003, p.152). El sufrimiento cotidiano, sobre todo de las personas indefensas, detona en el corazón una reacción primaria de solidaridad que produce un movimiento en dos direcciones. Los “solidarios de fuera” dan lo que los necesitados no tienen, pero reciben de ellos valores y actitudes que difícilmente encuentran en sus mundos: sentido comunitario, celebración, acogida, reconciliación y esperanza (Sobrino, 2003). Quien

sufre convoca a su prójimo a ser solidario, a “cargar con su dolor”: a la vez se perfila como un *modelo de humanidad*. Al seguir estos *modelos de bondad*, los demás se adentran en el terreno de la santidad y la sociedad se humaniza. Si recordamos que esta santidad tiene lugar en medio del pecado primordial y de la lógica del paradigma-conquista, sus prácticas de cuidado se vuelven contraculturales. En ellos se revela que lo bueno es posible y se desenmascara aquello que niega la vida.

Sin embargo, esta no es una “santidad idealizada”: se identifica en seres humanos reconocidos como pecadores. No depende de una vida libre de defectos o pecados – “si se quiere, estos pobres y víctimas pueden ser «santos pecadores», en la visión convencional de lo que es santidad y pecado” (Sobrino, 2003. p.131) –, sino de su lucha y

defensa de la vida, de su práctica de misericordia y compasión. “Los santos primordiales atestiguan el amor a la vida. Y solo con este amor la vida puede ser virtuosa” (Denger, 2015. p.25).

En esta UCIN, el cuidado pasa por compartir los pequeños logros diarios junto con las tristezas y las preocupaciones. Es una experiencia del día a día: “ver que un bebé se va de alta”, “tenemos insumos suficientes por hoy”, encontrar puntos comunes ante los conflictos diarios y al final, en ocasiones, recibir grandes satisfacciones. Pero el personal de enfermería también comparte el dolor de la familia que ha perdido a su bebé. Ven cómo vidas incipientes se apagan de repente. Esa es la experiencia del cuidado que se comparte a diario.

4.2. Modelos de bondad

En resumen, los enfermeros y las enfermeras de la UCIN son referentes de compasión y cuidado. Contrapuestos a una realidad cargada de violencia y de muerte, se entregan a la práctica de la solidaridad (Sobrino, 2003), de la misericordia y de la vulnerabilidad desde la vida cotidiana. Las dificultades diarias no les arrebatan la capacidad de cuidar con gentileza. Al contrario, su bondad ofrece un modelo ético para quienes puedan captarla.

Conoceremos las historias de Esmeralda, Javier y Sonia, quienes practican el cuidado primario que se responsabiliza del otro, se conmueve por su dolor, y acompaña y cuida en medio de la experiencia límite.

4.2.1. Esmeralda

La familia de Esmeralda trabajaba la milpa. La madre murió hace unos años y aún es la principal inspiración de Esmeralda:

“Mi mamá me inspira (...) porque sin saberlo ella me fue a inscribir, sin decirme, a la universidad, y cuando llegué me dijo: ‘Ya estás inscrita en la universidad’. Y allí empezó todo. Empecé a estudiar, a dedicarme”.

Esmeralda se ganó una beca que le permitió concluir su licenciatura, pues de otra manera no podía costearse la carrera. Ahora es una jefatura del área de cuidados del hospital. Tiene dos hijos y un esposo que comparte con ella la pasión por la enfermería.

“Hay momentos en que se enamora de estos niños, tanto se les quiere que llora cuando estos bebés

mueren, porque se nos mueren”. Son palabras sentidas con profundidad, desde una experiencia desgarradora que ocurrió durante su primer interinato en el área de cuidados intensivos. Al inicio del turno, le asignaron el cuidado de cuatro bebés. “De estos cuatro bebés, ¿sabe cuántos entregué vivos en la mañana, a las siete, después del turno? Entregué solo uno vivo, se me murieron tres”.

Lo recuerda como el momento más difícil que le ha tocado vivir: “lo más difícil para mí fue mi primer turno, porque me marcó la vida... El primero me murió a las seis de la tarde y eran gemelitos (...) a las seis y cuarto el niño falleció, presentó paro fulminante. Era un niño sumamente prematuro, de veintiséis semanas”. A las pocas horas murió el otro gemelo y ella ejecutó los cuidados *postmortem*.

Cerca de las once de la noche recibió al tercer bebé. Tenía hipertensión pulmonar y murió instantáneamente. “Fue tan cruel para mí, porque fue el tercer bebé que se me moría de los cuatro que me dejaron”. Esmeralda recuerda que sus compañeras la hicieron sentir aún peor: “Las compañeras me dijeron «como es tuyo, tú lo tienes que seguir atendiendo, hasta que le des terminación»”. Con una risa nerviosa, asegura que algunos médicos y enfermeros se acercaron para decirle que ella «llamaba a la muerte».

De alguna manera, esta experiencia le dio más fuerza. Desde ese día se ha entregado de lleno a su trabajo: “Es lo que nos hace perder la visión de proteger hasta nuestra vida”. Esta entrega es el origen del cariño y la ternura con la que trata a cada paciente. “Usted trata de protegerlos a ellos, trata de darles el amor que la mamá no les puede dar (...) se encariña tanto que usted se olvida”.

Esmeralda cuidó por once meses a Eduardito, un bebé de salud delicada abandonado en la UCIN. Todos los días se llevaba la ropa del bebé, la lavaba en casa y la traía fresca y limpia de regreso. Incluso le compró ropa nueva. Le brindó el cuidado de una figura materna hasta que el bebé murió.

“Eduardito para mí fue como un hijo, un hijo que tuve siendo una mujer soltera en aquella época que yo llegué. Pero el sentimiento maternal que a una lo une, quizás, hace que desencadene más amor a estas criaturas que están en una condición que, uno las ve y dice: «no van a salir adelante». Y, a pesar que uno como profesional ve que estos niños no van a salir adelante, usted dice: «Yo voy a seguir dando amor hasta donde llegue». Y cualquier cosa una sabe que está allí para ellos”.

Así resume Esmeralda su trabajo. Esmeralda sabe que no puede darle la misma atención a sus propios hijos, pero a pesar de sacrificios como éste y del cansancio, ella siente satisfacción y orgullo de su carrera. No necesita más motivación que “ver que sale un niño de esa UCI. Para usted es un logro grande (...) créame que es lo más satisfactorio que usted puede tener en la vida”.

Aunque no siempre está presente para su familia, encuentra fortaleza en ella. Sabe que tiene que “sacarlos adelante” y para eso debe hacer su trabajo a diario.

Como jefa, anima todos los días al grupo de enfermeros a su cargo para que hagan un buen trabajo. Busca romper el patrón de quienes en su momento la trataron mal y no pierde la esperanza del cumplimiento de las mejoras que demanda: “tengo esperanza de que algún día todo esto cambie, todavía sigo manteniéndola”.

Hasta hoy, Esmeralda considera que ha hecho las cosas bien, porque le ha puesto mucho amor y dedicación a cada paciente que ha pasado por sus manos. Pero “sigo esperando que algún día nos valoren”.

4.2.2. Javier

Javier es un enfermero joven y lleno de energía. El orgullo que siente por su profesión viene del sacrificio de sus padres: “mi mamá es analfabeta y sin embargo no fue un impedimento para poder sacar adelante a sus hijos”. Tiene dos hermanas más, y aunque asegura que ninguno quiso estudiar lo que su madre quería, siempre han encontrado apoyo en ella. “Ver el sacrificio que mi mamá hacía extra, era lo que nos impulsaba a salir adelante”.

Él fue uno de los dos primeros enfermeros hombres que ingresaron al área de neonatología del hospital.

“Somos como ese *boom*. Antes era un área que solo era para mujeres (...) fuimos esos primeros enfermeros que se empoderaron del área (...) ahora ya hay hombres, hemos alrededor de unos diez”. Y esto le da más orgullo.

Le gusta planificar su rutina. Prioriza las tareas del turno después de monitorear la evolución de los bebés a su cargo. Prefiere evaluar el cuidado que brinda a partir del impacto en la salud de los pacientes: “Yo soy del pensar que si me dejan a un niño por una semana yo voy a ver qué tipo de cuidado de calidad es el que yo he brindado”.

Javier conoce bien las limitaciones del espacio y las condiciones laborales adversas. En un arranque de honestidad, confiesa que no le importa la validación ajena: “nunca he trabajado en base a las personas, si valoran o no valoran lo que uno hace”. La medida de la calidad de

su trabajo es la reducción de la mortalidad de los neonatos. Por eso, día a día trata de ejecutar sus tareas con compasión y dignidad.

Ha descubierto en el cuidado una fuente de sentido: “los bebés tienen algo mágico, usted puede llegar muy mal, puede estar muy mal, pero siempre su día se lo transforman”. Por encima de todo, están las vidas de sus bebés. Es la prioridad de la vida en medio de las aflicciones cotidianas.

Más allá de las habilidades técnicas, le pone corazón a su trabajo: lo humaniza. Sus compañeros lo tildan de «loco», pero él sostiene que es “simple y sencillamente que he personalizado mi área”. Sabe que al llegar al trabajo, sus problemas toman un lugar secundario y se dedica plenamente a sus hijos de la UCIN. Porque cuando él está con los bebés “le despiertan esa parte paternal”, y “es bien bonito cuando

los papás les dicen a uno: «¿Usted fue el papá de mi hijo ahora?». «Ah, sí», le dice uno, y le explica cómo se comportó ese día”.

En cada visita procura estar junto al bebé para platicar con los padres, pues considera que también es su obligación darles esperanza e información honesta de la situación de cada bebé. Así se ha ganado el aprecio de muchas familias. Cuando ha entablado buenas relaciones, adopta a los bebés como sus *sobrinitos*:

“Cuando yo logro tener una buena relación con los papás, yo adopto a esos niños como sobrinitos (...) hemos desarrollado una amistad súper bonita con los papás. Tanto que me han dicho que vaya a visitarlos y todo eso. O sea, solo el hecho que le ofrezcan la casa para que uno vaya a descansar, son situaciones que las agradezco”.

Se considera una persona muy empática. Comparte con los padres las buenas noticias, pero también el duelo de la muerte de un bebé. Estos casos le despiertan una sensación de impotencia: concluye que algo falló en sus cuidados. Cuando uno de sus *hijitos* muere, lo prepara con delicadeza para entregarlo a la madre. No le “gustan esos escenarios tan trágicos”, pero siente que eso lo vuelve más humano, sensible y empático. Al acompañar a las familias en la muerte del bebé, Javier también está cuidando.

Para Javier, la esencia del enfermero es la voluntad permanente de ayudar al prójimo. “Si de verdad no tienen esa cualidad, mejor que agarren otra cosa”. Para él, el cuidado es cuestión de humanidad: “son valores que como humanos tenemos, de ser sensibles, el ser honrados, el ser honestos”. Ha descubierto que

solo cuando se deja afectar por el dolor ajeno, experimenta crecimiento personal.

Javier piensa que la pandemia permitió que muchos descubrieran el rol crucial de la enfermería en el sistema de salud. “Desde enfermería hay mucho que deben de valorar, por lo menos hoy con la pandemia se vio que si no hay enfermeras, no hay intervenciones, no se aplican tratamientos, es de valorar esa parte”. Hace un llamado a valorar su profesión y a recibir las condiciones necesarias para brindar un cuidado de calidad. Hasta ahora, solo se siente apoyado por sus padres, que rezan por él.

Al final del día, “pongo la cabeza y me duermo porque así es de *penquiado*⁸”. Otra vez se ha entregado por completo a sus patroncitos, como cariñosamente

8 Coloquialismo salvadoreño: agotado, cansado.

llama a los bebés que cuida. “Me dedico a mis patroncitos, les digo a veces, porque son tan chiquitos (...) es una forma de darles hasta más respeto”. Estas vidas vulnerables despiertan en Javier el compromiso cotidiano del cuidado.

4.2.3. Sonia

Sonia llega al hospital y agradece: “Señor, gracias. Voy a comenzar mi jornada, voy a ver a esos bebés que no tienen a sus mamás”. Y al final del día, está llena de satisfacción: “¡Qué bien, valió la pena el esfuerzo!”. Ahora Sonia se encarga de equipar la UCIN: se asegura de que hayan gabachones, gorros, mascarillas, papel y jabón para sus compañeros.

Procura cumplir la rutina de procedimientos diarios de cada bebé antes de la hora de la visita. Así los papás “aprovechan a estar con los bebés y no estar encima de ellos, darles privacidad”. Durante

la tarde, junto a sus compañeras y compañeros, redacta las notas de entrega para los enfermeros del siguiente turno. Luego sigue las nuevas indicaciones que receta el médico para cada bebé. Marcan las tres de la tarde, fin del turno, y Sonia deja todo en orden.

Hace ocho años empezó a trabajar en el área de cuidados intensivos. Recuerda con nostalgia que entonces la demanda de trabajo era menor. “Una vez, recuerdo, tuvimos ocho bebés, que para nosotros fue la gloria, y cuatro enfermeras. Todo excelente, todo bien, pero ya posteriormente eran dieciocho bebés con cinco enfermeras”. Ha observado que recibe la misma cantidad de insumos aunque el número de pacientes aumenta cada año. “Cuando yo llegué había un poquito más de insumos, yo creo que quizás son casi los mismos

insumos desde aquel entonces...y hoy con más bebés, más demanda. No es lo ideal”.

A pesar de todo, el lugar y sus demandas le resultan inhumanas. Sobrelleva las tareas diarias bajo fuertes dosis de estrés: “es un estrés espantosísimo que vivís, porque aparte que el médico te exige de que tenés que estar encima del bebé, vos no tenés que descuidarte”. A menudo la jornada es “bastante demandante y estresante”. Esto lo agrava cierta hostilidad que Sonia percibe de parte de algunos médicos: “los médicos nos denigran mucho, ellos se creen superiores a nosotros y las que estamos con los bebés somos nosotras”.

Hace énfasis en la diferencia entre médicos y personal de enfermería:

Los médicos solo llegan con su gabacha blanca (...) ellos tienen un cuarto para dormir, nosotros

no tenemos nada (...) Las que tenemos que pelear allá afuera con todos los relajos⁹ somos nosotras, y nosotras no tenemos dónde descansar (...) no tenemos dónde dormir, Nosotros dormimos en el suelo si querés dormir un ratito (...) nadie dice: 'Ay, pobrecita la enfermera, ella sí trabaja', nada. Allí somos las malas.

Con todo, no se deja llevar por estas confrontaciones. Está allí por convicción y vocación, aunque sea un trabajo mal pagado y poco valorado: “la verdad yo no llegué por hacerme millonaria y no lo hago, la verdad yo lo hago porque me nace”. No se ha visto en la necesidad, hasta ahora, de buscar fuentes de ingreso alternativas, pero asegura que muchas de sus compañeras sí lo hacen: “¿qué hacen las compañeras?, tienen que tener

9 Coloquialismo salvadoreño: desórdenes.

dos, tres trabajos para mantener a su familia (...) yo porque no tengo familia y gracias a Dios con lo que tengo voy subsistiendo”.

Antes de trabajar en este hospital materno infantil, Sonia estuvo algunos años en un hospital público al interior del país. Dice que las condiciones del 1 de Mayo se repiten en la red de hospitales nacionales¹⁰, donde incluso “hay hospitales peores”. Con mucho dolor, recuerda que solía cuidar de doce a quince pacientes en estado crítico. “Allí era peor, porque allí sí no podía dormir nada (...) no podía porque hay tantos pacientes, que así como yo entraba, así salía al día siguiente”.

“A mí me indignaba, me daba una tristeza que yo tenía doce pacientes, cómo le iba a dar a los doce de comer. Se quedaban

10 Hay que recordar que el 1° de Mayo pertenece al ISSS.

muchos sin comer (...) yo salía llorando de ese hospital, indignada de ver tanto ancianito que yo cómo le iba a atender y solo yo con tanto paciente”.

A sabiendas de que la situación no cambiará de la noche a la mañana, le apuesta a la salud preventiva y desea que la población reciba educación sanitaria bajo este enfoque.

“Los gobiernos tanto que hacen propaganda en la televisión, deberían de decir cómo deben protegerse las familias en su casa (...) primero deben de cuidar lo preventivo y posteriormente, procurar que la gente no llegue a los hospitales a la manera curativa (...) si primero tuviéramos lo preventivo, creo yo que, evitaríamos que llegara tanto niño allí al hospital”.

Mientras tanto, quiere contribuir a mejorar su entorno y brindar un cuidado de calidad a sus bebés. “En los primeros pasos de su nacimiento, en la transición hasta que se van, es importante un buen cuidado, para cuando lleguen a su hogar, no les afecte”.

Para Sonia, el cuidado de los bebés es una oportunidad regalada por Dios. En contraste con su experiencia anterior, cuidar en la UCIN le transmite el deseo de luchar por la vida:

“El niño es vida, es esperanza, ellos tienen tanto deseo de lucha. Puede estar tan jodido el niño, el bichito, le decimos nosotros, o el piojito, pero luchan. Ellos no saben de tristeza, de dolor, para ellos su instinto es sobrevivir (...) eso transmiten ellos, en esa área eso es lo lindo. Quizás por eso estamos allí luchando y sobreviviendo”.

Está siempre dispuesta al servicio y la entrega para los bebés. Hacer bien su trabajo es suficiente recompensa para ella, que encuentra sus mayores triunfos en las pequeñas luchas diarias: “La verdad que hay cosas más importantes [que lo económico], que la persona sonría, que cuando se vaya a morir lleve eso, que la última persona que lo cuidó, lo atendió como persona, o si salió que te recuerden”.

4.3. El cuidado primario

En estas pocas páginas, hemos recorrido la experiencia y el significado de las prácticas de cuidados del personal de enfermería en la UCIN del 1° de mayo. Con las palabras y las ideas que hemos expuesto, propongo el término *cuidado primario*, que nace de la experiencia de cada enfermero y enfermera, quienes han hecho del

cuidado una experiencia vital y que es nuestro objeto de reflexión teológica. Además, como unión entre la reflexión del cuidado elaborada por Boff y la de santidad primordial de Sobrino. Junto a la misericordia como reacción ante el sufrimiento (Sobrino, 1999), está también el cuidado como aquello que nos humaniza, y como condición previa y necesaria para la existencia de algo, e indispensable para su subsistencia (Boff, 2012).

El cuidado primario ofrece una atención integral a cada vida incipiente para que sobreviva, aunque las esperanzas sean escasas, y de hecho, la adversidad y la precariedad sólo subrayan su importancia. La urgencia despierta una reacción primaria de amor y ternura.

El cuidado primario humaniza situaciones cotidianas de dependencia y vulnerabilidad.

Los enfermeros y las enfermeras sienten un afecto profundo por sus pacientes y una vocación por su trabajo. Por esto actúan bajo una empatía radical que les lleva a compartir la alegría de una recuperación o el luto de una muerte.

El cuidado primario es el vuelco de las capacidades propias al servicio de los demás y el reconocimiento de las propias limitaciones y contradicciones. Este servicio se desprende del amor y exige constante aprendizaje y atención humana. Apunta a un modelo de convivencia articulado en torno a la dignidad de cada persona y de su cuidado.

El cuidado primordial trae salvación. La bondad cotidiana de los *santos primordiales* produce un milagro: sobrevivir en medio de un mundo hostil y adverso. Remite al Dios que mantiene el anhelo de vivir, completamente distinto al Dios

todopoderoso: es un Dios que se deja ayudar (Hillesum, 2007) y se hace solidario con las víctimas a través de la fragilidad. En consecuencia, los santos primordiales no son mediadores de Dios, en el sentido clásico de la acepción, sino su sacramento (Sobrino, 2003): hacen presente a Dios y enseñan a vivir. Son signos visibles del reino en la historia, por lo que cobran un sentido soteriológico, es decir, nos dicen algo sobre la salvación.

Y por último, el cuidado primordial abre un horizonte utópico para la humanidad en medio de la crisis civilizatoria. El cuidado es el punto de partida para una relación de reciprocidad y complementariedad con toda la comunidad de vida y con nuestro hábitat. Es el reconocimiento de la pertenencia humana a la Tierra, una *re-ligación cósmica*. El nuevo *pacto natural*

demanda el reconocimiento pleno de la dignidad y los derechos de la Tierra y todas sus formas de vida (Boff, 2012). Pone freno al exceso consumista y a la ideología del progreso ilimitado: la intervención en la naturaleza será ahora preventiva y precavida, encontrando siempre la *justa medida*, la autocontención y la sostenibilidad. “Solo un *ethos* que ama puede responder a los desafíos actuales que son de vida o muerte” (ídem, p. 49). La consigna es clara: cuidamos o desaparecemos.

CAPÍTULO 5

El Dios que se hace visible en el cuidado

Nos detendremos en algunas ideas que se desprenden del cuidado primario. Es momento de decir una palabra sobre la manera en que la experiencia del cuidado y las vidas de los enfermeros hacen presente algo de Dios en la cotidianidad.

En palabras sencillas, sin formular conceptos claros de Dios o de su fe, cada uno, cada una expresa qué es Dios y cómo actúa. Y aún más, en sus actitudes hay signos creíbles de la presencia de Dios.

Ivone Gebara (2002) sostiene que para comprender la salvación, hay que detenerse en los pequeños signos de la experiencia cotidiana, incluso en momentos inesperados.

Veámos cómo los modelos de bondad del capítulo anterior traen ecos del Dios de la vida.

5.1. Cuidar como expresión de santidad

Los enfermeros y enfermeras de la UCIN del 1° de Mayo se acercan a la santidad entendida como expresión de bondad y solidaridad (Sobrino, 2003), que practican a diario al cuidar en medio de situaciones límite. Por ello cultivan humanidad en espacios liminales al poner “en práctica la llamada de Dios a vivir y a dar vida a otros” (*ídem*, p.130).

Decimos que en el cuidado hay algo de santidad porque expresa solidaridad, empatía y compasión de manera radical y constante. Es una práctica de bondad que empuja al mundo en un sentido contracultural. A pesar de la carencia de recursos indispensables, de condiciones

emocionales adversas y de una remuneración inadecuada, las y los enfermeros persisten en la práctica continuada de los cuidados. Se trata de una proclamación de bondad en medio de una sociedad configurada por el mal y el pecado (Sobrino, 2003).

Vale la pena reiterar que no buscamos idealizar un lugar precario ni expresar conformidad con las condiciones existentes. Mucho menos pretendemos hacer del cuidado un eslogan superficial y dulcificado que no cuestione las desigualdades, precariedades y violencias estructurales. Todo lo contrario: el cuidado revela el pecado y el mal en lo social. Los antivalores centrales de la sociedad salvadoreña -egoísmo, violencia, corrupción, desatención a la vida- entran en conflicto con los modelos de cuidado que hemos puesto en primer plano.

Vemos semejanzas entre el personal de enfermería y el buen samaritano que se arrodilla ante el hombre herido para acompañarle, curar sus heridas y cuidarle (Lc 10, 30-37).

Es el anuncio de una buena noticia ante la mirada indiferente al dolor y al sufrimiento. En la UCIN y en la parábola, estos modelos impregnan humanidad en sus actos, movidos por el cuidado primario que limpia con vino y aceite las heridas y luego las venda (Lc 10, 34).

En segundo lugar, el cuidado es expresión de santidad al realizarse en el contexto de una situación límite: una demostración de evidente solidaridad primordial. Esa es la fuerza que sostiene una vida en la tragedia: en nuestro caso, en las carencias del sistema sanitario y en la extrema fragilidad de los cuerpos que se cuidan en la UCIN.

Uno trata de hacer lo mejor que puede, a veces pueden decir que uno es descuidado, pero quizás depende de la cantidad de trabajo que uno tenga, así se le escapan cositas, pero en lo posible tratamos de hacer lo mejor. (Gilma).

Un tercer vínculo entre la práctica del cuidado y la santidad es que enfermeros y enfermeras humanizan un trabajo demandante y explotado, y al hacerlo construyen un tejido de interdependencia (Boff, 2002). Es un espacio de gracia que se revela y se da gratuitamente, porque se desprende de una elección constante por la vida en un lugar donde no hay más certeza que la del cuidado.

Son el anuncio cotidiano de buenas noticias: la recuperación de un bebé, la mejoría de otro, un abrazo cálido para quien lo necesita, el consuelo ante una muerte. Porque de ellos y ellas proviene una salvación

concreta: “nosotras somos las que tenemos que organizar todo (...) todo lo que pueda hacer para salvar una vida” (Sonia). Y aunque suene exagerado, para una madre, el cuidado aligera sus sufrimientos. Es una salvación que se vive entre el dolor y la alegría. En palabras de Gebara (2002):

La salvación parece ser más bien un “movimiento” de salvación en medio de la “insalubridad” de la existencia, un momento de paz y de ternura en medio de la violencia cotidiana (...) la salvación para estas mujeres no es un punto de llegada, sino un pequeño “oasis” en medio del sufrimiento cotidiano. (p. 162-163).

Hay que reiterar que nos distanciamos conscientemente de la santidad clásica, que exige perfección y pureza sin pecado, para asumir la santidad primordial

de Jon Sobrino, que se descubre en las vidas sencillas que asumen sus contradicciones, sus pleitos y enemistades cotidianas, “porque uno nunca es perfecto, pero trata de hacer lo mejor” (Gilma).

Somos quizás personas no perfectas. Todos tenemos muchas cosas malas, pero la verdad es que allí lo que hay que tener es el deseo de servirle a esos bebés (...) hay compañeras malas entre nosotras, malas, que te tratan mal. Pero cuando están con los bebés, cambian (Sonia).

A pesar de ser vidas poco heroicas e imperfectas, sus prácticas nos remiten al Dios que sostiene la vida y que entabla una alianza con los indefensos. Así comprendemos la fuerza constante de servicio que impulsa al personal de enfermería en medio de limitaciones sistémicas.

La sala de cuidados intensivos neonatales es un espacio concreto donde se revela la confianza en la vida, y de alguna manera, en el Dios que la sostiene. exploremos un poco más a detalle cómo enfermeros y enfermeras experimentan a Dios en el lugar de los cuidados.

5.2. Lugares de paso de Dios

Javier está convencido de que la experiencia del cuidado en la UCIN hace presente a Dios: “El paso de Dios...sí sé que Dios está allí. Tengo esa convicción”.

Este diario *pasar de Dios* revela que para el personal de enfermería hay una relación directa entre Dios y el trabajo que realizan. Claudia percibe esta presencia con asombro:

Uno ve el milagro de Dios a cada momento. En esta área yo he visto casos donde los médicos dicen

«no, no va a amanecer el niño. No, este niño se nos va a ir, ya hicimos todo lo que pudimos, dejémoslo, ya topamos en todo» y le digo, Dios y sus propósitos. Yo he visto salir niños de allí y que tal vez nadie daba un cinco (...). uno ve a Dios actuar a cada momento, son angelitos que uno está cuidando en su momento y que tiene la dicha, porque eso le digo yo a todos los que yo puedo y llegan al área, les digo «esto es una dicha» que tenemos el privilegio de tenerla, porque le digo, Diosito actúa allí en cada momento.

Entonces la presencia constante de Dios es el principal sostén de la esperanza, aún ante casos clínicamente irresolubles, y la fuente de la fuerza que permite al personal seguir cuidando todos los días. A Javier lo llena de un optimismo irreductible: “Es como esa esperanza que vamos a salir bien, vamos a

superar lo que venga. Siempre he dicho «Todo en nombre de Dios». La apuesta por la vida se mantiene aún cuando ya no hay esperanzas.

Los momentos que a uno lo vuelven feliz, es cuando se van de alta de allí de la UCI, de esos bebés que no dan ni un centavo por sus vidas (...) es allí donde les puedo decir, no es la opinión del médico, no tienen ellos la última palabra, para los que somos creyentes. Se ven milagros allí (Javier).

Con esta misma perspectiva, hay algunos, como Gilma, que descubren en su trabajo un don:

Con el tiempo siento que es el mejor regalo que Dios me dio, porque quizás él evalúa el tipo de trabajo que uno puede realizar mejor y lo coloca donde considera que uno puede desarrollarse mejor.

Los enfermeros y enfermeras nos enseñan a mirar a Dios desde el cuidado. Sin embargo, aún mantienen una perspectiva retributiva: “Es Dios que me está viendo en todo momento, está viendo si hago lo correcto o no, entonces tengo que hacer lo correcto” (Marcos). “Sí me lo imagino como alguien que nos observa (...) que sabe y que permite que debemos pagar lo que hacemos de alguna manera” (Javier). Pero principalmente experimentan la cercanía de un Dios que se distingue por el cuidado y la protección: «También nos protege, nos cuida... nos cuida, nos ama». (Gilma).

Soy creyente evangélico, siempre pienso en una protección divina, en Dios. A veces, uno está expuesto a tantos peligros que pueden pasar en una jornada de trabajo... cualquier cosa puede estar

pasando, tal vez, encomendarse a una protección y que sea que le ayude a salir bien en un turno (Marcos).

Los enfermeros encuentran un contacto con lo sagrado en la práctica cotidiana de sus trabajos y en la condición límite de los neonatos: “Lo he sentido en todos los momentos (...) Siento que él me ayuda mucho, él está conmigo, lo siento que me acompaña” (Gilma). Claudia incluso encuentra un contacto del Dios cercano en sus compañeros de trabajo:

Uno lo ve a diario, no solamente en los pacientes, -también- en el compañero, vea, porque muchas veces uno ve caras pero, qué hay detrás de esa persona uno no sabe (...) Le digo, uno no lo debe de ver a Dios solamente en pacientes, sino que en los compañeros (...) con el hecho de que uno oiga a

una persona, o muchas veces, la persona de tan ofuscada que se siente no ve la salida y tal vez la salida la tiene cerca o lo que necesita tal vez, a veces, es platicar y el hecho de desahogarse le haga ver un poquito más despejado el camino. Le digo, Dios se ve en todos lados (Claudia).

Otra situación límite, la pandemia de COVID-19, tan difícil y extenuante para el personal sanitario, trajo también una experiencia del acompañamiento y la protección de Dios. “Hoy, en el tiempo de la pandemia que han sido momentos duros. Cada vez que yo recuerdo esas etapas que yo no los miraba [a sus otros compañeros], Dios allí estaba, allí ha estado, ha estado acompañándonos a todos” (Sonia).

Él me ha permitido que, incluso durante la pandemia, antier me dieron la respuesta de la última

prueba COVID que mandaron a hacer y salí negativa. Yo soy una de las famosas “invictus” porque a mí no me ha dado el covid desde que pasó hasta ahorita, y Dios me ha cuidado (Esmeralda).

En fin: los cuidadores y cuidadoras habitan un espacio privilegiado para descubrir el paso de Dios en la cotidianidad de sus vidas y sus trabajos. A nosotros nos ayudan a encontrar las huellas de este paso en lugares insospechados, donde la esperanza es lo último que se pierde. Dice Marcos sobre la fe en el Dios de la vida: “a veces es pequeña, pero uno sabe que puede confiar” (Marcos).

5.3. Las manos de Dios

El paso de Dios no es una experiencia abstracta ni un sentimiento intimista encerrado en cada persona. Al contrario, toma forma concreta en el ejercicio profesional y en el modelo de cuidado de la cotidianidad de los enfermeros y enfermeras:

Yo pienso que Dios nos ama bastante a todos y él tiene una gran bondad desde el momento que nos da cada día que nosotros nos levantamos y vivimos. Y, esa bondad, nosotros las transmitimos allí, cuidando a esas criaturas, dándoles el amor cada día. Esa dedicación y entrega con la que hacemos nuestro trabajo es bastante grande, bastante, aunque sacrifiquemos todo, siempre lo damos, lo damos todo por ese niño y Dios da todo por cada uno de nosotros” (Esmeralda).

Esmeralda establece una relación entre su imagen de Dios y la manera en que realiza su trabajo. Comprende que puede ser transmisora de una bondad divina en cada caso que pasa por sus manos y encuentra en Dios un referente claro para proveer cuidados con ternura, amor y delicadeza. Javier ubica en el “ser amoroso con los bebés” la principal relación entre su trabajo y su imagen de Dios: “Me imagino la misericordia y el amor que tiene para nosotros”.

La experiencia de Dios en la UCIN pasa también por ofrecer una súplica a Dios hasta el último momento. Cuando es evidente que el bebé morirá, hay quienes ofrecen una oración y lo santiguan: ceden a Dios la carga de ese momento. Esmeralda, desde su fe, lo hace porque siente que debe hacer algo. Por eso guarda una imagen de la virgen María y un bote con agua bendita:

Dios me eligió para estar allí con los niños, es por algo que él vio en mí. Y algo que yo tengo es que, yo le doy como un seguimiento y terminación a lo que me dan. Al niño que me queda en las manos y está delicado yo lo persigno y trato de darle, como dicen, hasta el final. Yo hasta una imagen de la virgencita con agua bendita tengo (...) imagínese que los bebés mueren a las doce de la noche, nosotros allí los bautizamos y nosotros decimos a hacerle “yo te bautizo en el nombre del Padre, del Hijo, del Espíritu Santo”. Y uno tiene hasta una biblia allí y una imagen de la virgencita para hacerlo. Pienso que, no lo hacemos con mala intención, lo hacemos porque creemos en Dios.

Hallamos que, en su práctica de cuidados, cada enfermero y enfermera es extensión de las manos de Dios, es decir, *sacramento*

de Dios en la medida en que impregna amor, ternura y cuidado. Así como Dios cuida, cuida el personal de enfermería. Así como Dios transmite bondad en las personas, así lo hacen también enfermeros y enfermeras. Así como Dios se compadece, así mueve a la compasión todos los días el trabajo de la UCIN. Estas actitudes dejan huellas en las personas que tienen contacto con quienes les cuidan.

La mayoría de los enfermeros no se congrega en iglesias ni en otras comunidades de fe: “Ya no me congreso en más cosas porque ya no tengo tiempo casi. El tiempo se me ha limitado con mis hijos, mi familia, el trabajo” (Esmeralda). Han sabido encontrar la experiencia de Dios en la práctica diaria. Dios se hace práctico en las manos cálidas de cada cuidador y cuidadora y presente en el necesitado:

Yo me lo imagino a Dios como alguien compasivo y que no lo esperemos ver “algo celestial”, sino que uno tiene que verlo aquí, en la tierra. Qué sé yo, en un “fulanito” que necesita ayuda ahorita, en el ancianito que anda por allí, que a pesar de que por algo anda solito pero, pues sí, que siempre haya alguien que le dé esa mano amiga, esa ayuda que tal vez esa persona necesita en ese momento. (Claudia).

Un Dios que trata de estar en la realidad de su gente, un Dios que camina todos los días con toda la gente que se sube a un bus en el que yo voy, con su alegría, con su esperanza, su deseo de que la calidad de vida mejore, porque todas, la mayoría, lo que queremos es cambiar nuestra calidad de vida y dar un mejor bienestar a los que amamos. (Sonia).

Así describen de manera sencilla y maravillosa una espiritualidad vivida en la cotidianidad del cuidado. Si el trabajo de cada enfermero es una asignación remunerada, en un nivel profundo les guían elementos que nos remiten a Dios:

Sí sé que él -Dios- sabe que lo que yo hago lo hago por los bebés, no lo hago por engloriarme o ensalzarme. También creo que reconociera que lo que hago lo hago de corazón con mis bebés y si puedo ayudar a los bebés que no son míos también lo hago (Javier).

Por todo lo dicho hasta ahora, el cuidado expresado en la práctica de la enfermería, nos abre a la posibilidad de encontrar a Dios en la experiencia compartida del trabajo con vocación, en la cercanía entre amigos y compañeros, en asumir el rol de un padre o una madre sustituta, en proteger y acompañar

hasta los últimos momentos de la vida. Es vivir a Dios desde el cuerpo, desde las manos y desde la caricia diaria. Desde las satisfacciones más profundas y los sufrimientos más desgarradores.

5.4. Un Dios vulnerable, frágil y pequeño

Como hemos visto, cuando los enfermeros narran su experiencia del cuidado, construyen distintos modos de hablar sobre Dios. Establecimos que la manera de cuidar se asemeja a su imagen de Dios, con elementos de protección, amor, compasión, ternura, entre otros. En esto podemos ver el cumplimiento del mandato divino de cuidar la creación (Gn 2, 15).

Al mismo tiempo y por otro lado, en cada bebé se refleja un Dios que se hace frágil y necesita cuidados.

Al reconocer a Dios en la fragilidad de la vida y en la esperanza débil, nace una imagen diferente de lo divino. Es *decir a Dios de otro modo* (Gebara, 2000): sin dejar su carácter de misterio, se hace cercano desde la experiencia del cuidado a las vidas vulnerables. La fragilidad se vuelve una puerta de entrada a la experiencia de lo divino. Así lo han descubierto quienes cuidan en esta UCIN, sin grandes elaboraciones discursivas: es el Dios que “depende de los cuidados de una persona” (Gilma).

La fragilidad divina se manifiesta en pequeñas esperanzas: que una vida pueda salvarse, que el trabajo obtenga el reconocimiento merecido, que haya más tiempo de descanso con la familia, que los días venideros sean mejores. Un pequeño cuerpo, lacerado y magullado por los procedimientos médicos, un cuerpo que termina de formarse y

necesita asistencia para respirar, un cuerpo cuyo corazón lucha por sobrevivir: todos estos son ejemplos de realidades divinas concretas. Allí está Dios: “Son niños que allí está Dios, la imagen de Dios es un Dios como un niño, lindo, bello”. (Sonia).

Esta sensibilidad permite ver las semillas que anticipan el reino de Dios desde el presente. El reino venidero crece desde un lugar parcial: el de los vulnerables y vulnerados.

La verdad es que los bebés, son bebés que te transmiten mucha esperanza, mucha vida y Dios es vida, Dios es amor, Dios es alegría y eso es lo que transmite un niño, una honestidad, una fragilidad y Dios es, es fuerte, pero a la vez necesita ayuda, necesita que alguien haga las cosas... Necesita cuidados, amor,

ternura, compasión y lo siento un Dios frágil allí, que necesita de nosotros. (Sonia).

Estas palabras de Sonia traen a la mente una conmovedora oración de ETTY HILLESUM, escrita con peculiar sensibilidad en medio del holocausto nazi:

Te ayudaré, Dios mío, para que no me abandones, pero no puedo asegurarte nada por anticipado. Sólo una cosa es para mí cada vez más evidente: que tú no puedes ayudarnos, que debemos ayudarte a ti, y así nos ayudaremos a nosotros mismos. Es lo único que tiene importancia en estos tiempos, Dios: salvar un fragmento de ti en nosotros (12 de julio, 1942). (Hillesum, 2007).

Es el testimonio de quienes encuentran a un Dios necesitado de ayuda y de cobijo en el rostro de

la persona que sufre, y desean ser sus verdaderos amigos. ETTY y Sonia refieren una espiritualidad vivida en la actitud constante del cuidado. Expresan comunión plena con una Trascendencia que se deja ayudar por su creación y que solo así, en mutua interacción de Creador y creaturas, posibilita una auténtica liberación.

En la misma sintonía, pero con distintas palabras, Marcos dice que: “la esperanza tiene que ir movida por acciones”. Es decir, viven bajo la confianza plena en el Dios preocupado de la vida, que les motiva a ser protagonistas de su destino:

A veces uno quiere hacer el trabajo, ¡hacerlo, hacerlo! que se descuida de darle un abrazo a un niño, de darle una palmadita. Por qué, porque tengo que hacerle muchas cosas, y a veces, Dios quería eso, ese apapacho. (Sonia).

Dios se encarna en los bebés necesitados de cuidado. Quiere ese apapacho cálido ante la incertidumbre de su supervivencia, busca compañía y necesita de las manos de los enfermeros y enfermeras.

Amanece otra vez y Marcos tiene un turno que cumplir: “Vengo al turno dispuesto a lo que pueda pasar, a actuar en lo que tenga que darse. Creo que uno viene y se entrega al turno, incluso se siente como que es la casa de uno”.

Él, junto a sus compañeros y compañeras, imprimen pequeñas huellas de humanidad en un lugar adverso. Han logrado el milagro de conseguir que otros vivan, de acompañar aún en los pocos días de las vidas más breves, de cuidar con ternura y vocación. Y eso les acerca a Dios.

CAPÍTULO 6

Conclusiones

Dice Jon Sobrino que “es más fácil escribir sobre la tragedia y la maldad que sobre la vida y la bondad” (2003, p. 34). Por eso hemos intentado acercarnos a una experiencia concreta con una increíble densidad de bondad: el cuidado diario a neonatos en condiciones médicas críticas. Desde allí conocimos mucho sobre el pecado, pero sobre todo de la vida, de la bondad, de la empatía y la solidaridad. Un neonato aferrado a una máquina y dependiente de los cuidados que se le brinden para sobrevivir representa con toda la dureza posible un lugar liminal de fragilidad.

Hemos mostrado que la práctica cotidiana del cuidado es una fuente primordial para la reflexión teológica.

Al poner la mirada en aquellos lugares donde se practica la bondad y la solidaridad, descubrimos signos creíbles de la presencia de Dios en nuestro contexto. Lejos de los reflectores y del asombro maravilloso de lo sobrenatural, Dios se hace presente en la actividad humana cotidiana que expresa amor al prójimo en medio de las tragedias y del sufrimiento. Ese amor, a su vez, se convierte en una experiencia espiritual.

Tras los muros de la UCIN irrumpen la bondad y la humanidad. Para cada enfermero y enfermera, la práctica de su trabajo constituye un canal de humanización y dignificación. Se atiende la vocación de un trabajo realizado con plenitud, satisfacción y pasión. Humanizan la práctica del cuidado con ternura, compasión y amor por la vida vulnerable. Al mismo tiempo, el personal de enfermería se humaniza por la

nobleza de su trabajo. Nos invitan a descubrir la vocación humana, es decir, universal, del cuidado.

Para ellos y ellas, el cuidado trasciende la práctica profesional. Cuidan desde una empatía profunda por el sufrimiento ajeno y con una actitud de solidaridad entre compañeros y compañeras que persiguen un mismo objetivo: salvar una vida. Solo podemos llamar amor y profunda ternura aquello que sienten por los neonatos a su cargo. Y ante la carencia de los insumos necesarios, despliegan una creatividad diaria que supera los obstáculos impuestos por el sistema de salud. Vimos también la perseverancia y la disciplina que exige cuidar un cuerpo frágil. Solo la atención y la mirada aguda permiten ofrecer la ayuda necesaria en el momento oportuno, aún cuando lo que este momento demande

sea acompañar con delicadeza los últimos minutos de vida. En todo esto se construye humanidad.

Además identificamos una relación directa entre las experiencias de cuidado y la fe y la espiritualidad de quienes cuidan. Cada enfermero y enfermera nos explicó cómo viven una profunda experiencia de Dios en su labor cotidiana en medio de una situación límite: el cuidado de tantos bebés en condiciones adversas. Responden con fe ante la precarización del lugar donde ejercen el cuidado y por eso persisten en su empeño.

Esta fe es sencilla, pero al mismo tiempo encierra grandes potenciales, pues revela la sacralidad de la vida. Para la teología descubren el paso de Dios en el cuidado y la presencia sacramental de Dios en cada persona que cuida: no como una acción «milagrera», sino como el sostén de la esperanza donde parece

no haberla. Viven una fe encarnada en la cotidianidad de sus vidas y de sus trabajos, practicada con pequeños gestos y signos.

No pretendemos demostrar la existencia de una esencia femenina del cuidado, sino reconocer que, hasta ahora, las tareas del cuidado han sido asignadas generalmente a las mujeres. Por ello, llega a decir Sobrino que en la “solidaridad primigenia siempre e indefectiblemente está la mujer como el referente primordial de la vida (...) es el referente último, insustituible e indefectible, de vida que no falla” (2003, p.35). Es el caso de las redes de cuidado del sistema de salud pública salvadoreño, donde el personal de enfermería está compuesto por una mayoría de mujeres.

Si las prácticas del cuidado han sido tradicionalmente femeninas, ahora deben ser universales. Es imprescindible sacarlas del arrinconamiento de género donde se han mantenido para que las aprendan y las adopten los hombres. Junto a Boff, afirmamos que el cuidado es cuestión de humanidad. Los y las cuidadoras nos convocan a todos, a todas, a cuidar de la vida, especialmente de la vida indefensa y amenazada. El llamado se amplía a la relación entre humanidad y la tierra y todas las formas de vida.

Sabemos que existe una vulnerabilidad compartida e inevitable, propia de la condición humana; pero hay otra de carácter injusto y evitable, producida por una configuración social anclada en el pecado: se expresa principalmente en la pobreza y en las luchas diarias por sobrevivir. Mi reflexión comprende ambas. Un neonato

que necesita cuidados muestra radicalmente la vulnerabilidad biológica, inherente a cada vida humana, pero el contexto precario donde se le brindan los cuidados exhibe la vulnerabilidad construida del sistema de salud, que puede evitarse.

La reacción primaria de los enfermeros y las enfermeras ante esta última vulnerabilidad es una actitud de cuidado permanente. Se comparte la fragilidad y la vulnerabilidad, pero a su vez se comparte un cuidado primario irrenunciable para el sostenimiento de la vida. Esto restituye el papel central de la interdependencia de toda la vida en la tierra. Desde esta posición, podemos construir otras reflexiones, otros relatos, otra sociedad y otra humanidad. Vislumbramos una manera diferente de comprender el cuidado.

Al comprender el cuidado como una reacción primaria, descubrimos elementos que nos permiten hablar de cierta actualización de la teología de la liberación. En el compromiso teológico por estar ante la realidad de las cosas (Ellacuría, 1975), he identificado que en la UCIN de este hospital aparecen síntomas de una crisis sistémica actual: insuficiencia de recursos, insumos y espacio; sobrecarga laboral, salarios injustos y negación del reconocimiento social del trabajo de cuidados. Ciertamente los enfermeros y enfermeras no viven en la pobreza extrema, pero su día a día comprende constantes sacrificios para cumplir el trabajo encomendado y sostener a sus familias.

No queremos que la categoría del cuidado se entienda como un añadido a la teología, sino que se haga teología *con* cuidado y *desde* el cuidado. En el corazón de la teología de la liberación se

agita una preocupación por los más vulnerables y vulnerados de la historia, y esta puede ser expresada en el cuidado. Por eso mi esfuerzo teológico busca colocar el cuidado al lado de la misericordia: ambas son reacciones primarias ante el sufrimiento y fuentes primarias para la reflexión teológica.

La categoría del cuidado, que ya se ha insertado en distintas disciplinas, llega como agua fresca a la teología latinoamericana. Lo vemos en la reflexión ecofeminista de los últimos años y en el desarrollo de la ecología. Complementando las exigencias de justicia y de liberación propias de la tradición latinoamericana, el cuidado recupera una sensibilidad que hace de la vulnerabilidad de los cuerpos y de la vida un lugar privilegiado para el quehacer teológico. Nos ayuda a descubrir cómo se manifiesta Dios en nuestra situación histórica (Ellacuría, 1975).

En una sociedad agresiva, desigual, inmersa en una espiral de violencia cotidiana, los cuidadores y cuidadoras de la UCIN se perfilan como modelos de una contracultura del cuidado “para erradicar la cultura de la indiferencia, del rechazo y de la confrontación, que suele prevalecer hoy en día” (Francisco, 2020).

Descubrimos huellas discretas del paso de Dios en la historia y pequeños signos de una salvación que se vive en las relaciones humanas y en la dimensión comunitaria: una noción de la teología latinoamericana. Frente al absurdo de la autosuficiencia del sujeto, la experiencia llana y la teología han dado cuenta de que desde América Latina la prioridad es el cuidado comunitario de la vida y las redes de solidaridad construidas ante las amenazas actuales.

Retomamos la frase de Rutilio Grande: solo es posible la salvación en mazorca, en racimo.

Quizás este tiempo sea más consciente sobre los cuidados, aunque se trate de una conciencia espoleada por las amenazas estructurales a la vida. La radicalidad del cuidado permite un cambio de paradigma y amplía el panorama a otras realidades amenazadas: el cuidado del pobre, del inmigrante, del enfermo, del adicto, de las mujeres violentadas, del marginado, del niño y la niña, de las disidencias sexuales, de la tierra. Desde allí también es posible ofrecer una reflexión sobre la buena noticia encarnada y presente en el mundo contemporáneo.

Terminamos con la esperanza de que este ejercicio pueda ayudar a otras personas que hacen sus trabajos desde el lugar de los cuidados: un hospital, un hogar de ancianos, un centro de reinserción, un refugio, una escuela... En fin, cualquier lugar que exprese sin medias tintas las condiciones de

fragilidad de cada ser humano. Esperamos que les ayude a identificar allí las huellas del paso de Dios y los pequeños gestos cotidianos que traen salvación.

Solo la experiencia de un Dios pequeño y necesitado de cuidados nos hará transitar por la senda de la ternura, de la compasión y del amor al más necesitado. Es tiempo de cuidar el cuidado y de cuidar a quienes cuidan.

Bibliografía utilizada

- Acosta, M.L., Sáenz, M., Gutiérrez, B., Bermúdez, J.L., (2011). Sistema de Salud de El Salvador. *Salud pública de México*, vol. 53 (2).
- Boff, L. (2001). *Ética planetaria desde el gran sur*. Madrid: Trotta.
- Boff, L. (2002). *El cuidado esencial*. Madrid. Editorial Trotta.
- Boff, L. (2003). *Ética y moral. La búsqueda de los fundamentos*. Santander: Sal Terrae.
- Boff, L. (2006). *Florecer en el yermo. De la crisis de civilización a una revolución radicalmente humana*. Santander: Sal Terrae.
- Boff, L. (2012). *El cuidado necesario*. Madrid. Editorial Trotta.
- Bonilla, M.A., Miranda, J.A., Moreno, E.E., López, V.D. *Cumplimiento*

de los estándares de calidad en el cuidado de enfermería y su relación con la satisfacción de los pacientes ingresados en los servicios de medicina, cirugía y ginecobstetricia del Hospital Nacional Nuestra Sra. de Fátima, Cojutepeque Cuscatlán, en el período comprendido de noviembre a diciembre del 2017. [Tesis de licenciatura, Universidad de El Salvador]. Repositorio Institucional UES. Recuperado de:
<https://bit.ly/3uSTv4T>

Comité Hospitalario de Seguridad del paciente en Neonatología (2013). *Informe de resultados, Proyecto de intervención: Fortalecimiento de la seguridad del paciente en la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria en el departamento de neonatología marzo 2012 a abril 2013. Recuperado de:*
<https://bit.ly/32hGgP1>

- Denger. (2015). Cuaderno 33. *La santidad primordial de las víctimas. Jon Sobrino ante el misterio salvífico de la cruz*. San Salvador: Centro Monseñor Romero.
- Ellacuría, I. (1975). Hacia una Fundamentación del Método Teológico Latinoamericano. *ECA Estudios Centroamericanos*, 409-425.
- Ellacuría, I. (1989). Utopía y profetismo desde América Latina, *Revista Latinoamericana de Teología* 17.
- Ellacuría, I. (2000). El problema del método privado. *Escritos Teológicos I*. 187-218.

Francisco. (2020). *LIV Jornada Mundial de la Paz 2021: La cultura del cuidado como camino para la paz*. 1 de enero de 2021. Disponible en: https://www.vatican.va/content/francesco/es/messages/peace/documents/papa-francesco_20201208_messaggio-54giornatamondialepace2021.html

Gebara, I. (2000). *Intuiciones Ecofeministas, ensayo para repensar el conocimiento y la religión*. Editorial Trotta.

Gebara, I. (2002). *El rostro oculto del mal: una teología desde la experiencia de las mujeres*. Editorial Trotta.

Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice*. Harvard University Press.

Heidegger, M. (1951). *El ser y el tiempo*. (Gaos, J, Trad) Fondo de Cultura Económico. (Obra original publicada en 1927).

- Hillesum, E. (2006). *Una vida conmocionada: diario 1941-1943*. Barcelona: Anthropos.
- Instituto de Acceso a la Información Pública (s.f.). Portal de Transparencia. Consultado el 1 de abril de 2021.
<https://www.transparencia.gob.sv/institutions/iaip>
- Instituto de Derechos Humanos de la UCA [IDHUCA]. (2020). *Informe de Derechos Humanos*. Recuperado de: <https://bit.ly/2R4TA6S>
- Laguna, J. (2020). *Vulnerables: el cuidado como horizonte político*. Cuadernos Cristianisme i Justicia n. 219.
- Madrigal, L.J., Tejeda, W. V., (2020). *Hombres de cuidado ¡en emergencia! Los cuidados y masculinidades en el actual contexto COVID-19 en Centroamérica*. Revista Punto Género 13, 109-130.

Meléndez, R.A., (2017). *Estimación de costos en la atención de los neonatos de la Unidad de Cuidados Intensivos del Departamento de Neonatología del Hospital San Rafael de Santa Tecla en el período de enero a junio 2017* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de El Salvador]. Recuperado de: <https://bit.ly/3ahghvk>

Ministerio de Salud (2006, 8 de febrero). Acuerdo no. 273. Política Nacional de Cuidados. Diario Oficial 410 (26).
https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/politicas/politica_nacional_cuidado_enfermeria.pdf

- Ministerio de Salud [ed.]. (2019). *Reforma de salud: más allá de los servicios de salud. Congreso de la Reforma de Salud de El Salvador*. Recuperado de: <https://w5.salud.gob.sv/archivos/pdf/cursos/Becas/Congreso-Intl-sobre-Reforma-de-Salud-2017/pdf/Libro-Reforma-de-Salud-mas-alla-de-los-servicios-de-salud-congreso-de-la-reforma-de-salud-de-el-salvador-v2.pdf>
- Sobrino, J. (1999). *El principio misericordia. Bajar de la cruz a los pueblos crucificados*. San Salvador: UCA Editores.
- Sobrino, J. (2003). *Terremoto, terrorismo, barbarie y utopía. El Salvador, Nueva York y Afganistán*. San Salvador: UCA Editores.
- Sobrino, J. (2015). La Santidad primordial. En *Concillium, Revista Internacional de Teología* 351. p. 45-58.