

INFLUENCIA DE LA FEMINIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN SU DESARROLLO PROFESIONAL

Matilde Celma Vicente

Ángel Acuña Delgado

Universidad de Granada, España

matilde.celma.sspa@juntadeandalucia.es, acuna@ugr.es

INFLUENCE OF THE FEMINIZATION OF THEIR PROFESSIONAL DEVELOPMENT IN NURSING

Resumen: Nos preguntamos sobre la coherencia entre los discursos de los distintos actores del sistema sanitario sobre el rol enfermero y si es posible para las enfermeras un papel independiente previamente definido y aceptado por todos los miembros del equipo sanitario, así como cuáles son las claves de su motivación para el desarrollo de un rol propio, y como influye en ello la feminización del colectivo y la carga cultural de su rol central, que son los cuidados. Tras la pertinente aplicación de una metodología etnográfica por un periodo de algo más de dos años (2005-2007) sobre una población de supervisores, enfermeros, médicos y gestores que trabajan en la atención primaria y hospitalaria de Granada; podemos concluir que la enfermería no ha terminado de desprenderse de su simbología femenina, persistiendo además los patrones de comportamiento androcéntricos y corporativistas de la medicina.

Abstract: We look into the coherence of the views of each sector in the health system about the nurse's role, and whether it is possible for female nurses to have an independent role, previously defined and accepted by all members of the health team. We would also like to find out about the clues of their motivation to develop their own role, as well as to what influence the typical female character of nursing staff and the cultural burden in the primary task, to take care of patients, gives. After the pertinent application of an ethnographic methodology by a period of something more than 2 years (2005-2007) on a population of nurse-supervisors, nurses, medical doctors and managers who work in the primary and hospitable attention of Granada (Spain); we can conclude that the Infirmary has not finished coming off itself its feminine symbology, persisting in addition the androcentric and cooperatives patterns of behaviour to the Medicine.

Palabras clave: Género. Enfermería. Trabajo. Cultura organizacional. Rol profesional.
Gender. Nursing. Work. Organizational culture. Professional role.

I. Introducción

Los servicios de enfermería tienen importancia social y económica, ya que el alta del paciente no depende sólo del diagnóstico y el tratamiento médico, sino también de una serie de respuestas humanas a una determinada situación de salud que dependen de factores como la edad o época de desarrollo de la persona, el nivel de dependencia para la satisfacción de sus necesidades básicas y las características de su entorno social y cultural, factores sobre los que la enfermería debe actuar e intenta modificar mediante el cuidado, la enseñanza y el acompañamiento.

Por otra parte, las enfermeras toman decisiones con implicaciones económicas ya que adjudican y utilizan recursos materiales y tecnológicos que suponen un coste para el sistema sanitario, de ahí la importancia económica de sus decisiones.

Las enfermeras actúan como agentes intermediarios entre las necesidades de los pacientes, la organización y los profesionales médicos, de ahí surgen las intervenciones enfermeras de colaboración o interdependientes y las derivadas de la colaboración con otras áreas de la institución. Por otra parte actúan como agentes finalistas aportando al proceso asistencial funciones propias que han de desarrollar mediante la investigación clínica, demostrando que sus intervenciones resuelven problemas, ayudan a la persona a estar mejor y a superarse, y abren perspectivas de actuación (González de Haro; y otros, 2000: 888-894).

A las enfermeras se les encomienda desarrollar planes de cuidados normalizados, como instrumentos del proceso de atención de enfermería (PAE), ya que estos pueden ser herramientas válidas y adecuadas para dar respuesta a las necesidades de calidad y heterogeneidad de los clientes, a la vez que pueden mejorar la eficiencia en la asignación de recursos; pero esto no está exento de problemas, puesto que obliga a hacer un gran esfuerzo para responder a las necesidades y expectativas de los clientes hacia los servicios sanitarios.

Sin embargo, la normalización del proceso de cuidados enfermeros, como instrumento de mejora de la calidad de los cuidados y de desarrollo profesional, no siempre es aceptada por los distintos profesionales o actores del sistema; con frecuencia los cambios son percibidos como amenazas, aunque estos temores no siempre se manifiestan explícitamente, produciéndose incoherencias entre la responsabilidad que se les exige a las enfermeras y la autoridad que se les confiere, lo cual crea situaciones de impotencia y frustraciones entre el colectivo.

En base a lo expuesto, cabría cuestionarse si existe coherencia entre los discursos de los distintos actores sobre el rol enfermero y si es posible para las enfermeras un papel independiente o propio previamente definido y aceptado por todos los miembros del equipo sanitario. Para aclarar esto último cabría también preguntarse cómo se desarrolla, en realidad, la práctica interdisciplinaria dentro del equipo sanitario tanto en atención primaria (centros de salud) como en la especializada (hospitales).

Para Alberdi, achacar los problemas de desarrollo profesional solo a condicionantes institucionales sería quedarse en la superficie del problema ya que estos, solo han hecho emerger problemas de fondo que la enfermería y su entorno arrastran desde sus orígenes. Como señala esta autora:

“[...] la división del trabajo no se asienta en criterios absolutamente técnicos, sino que mantiene una fuerte carga cultural en forma de roles e imágenes de origen doméstico que asignan al rol de cuidados, propio de enfermería, categorías de sumisión, inferioridad y dependencia” (Alberdi, 1999: 16).

Según Domínguez, en los enfermeros, no sólo ha funcionado el estereotipo femenino sino que además se ha visto reforzado por la ideología que la ha rodeado:

“No ha sido únicamente el hecho de ser enfermera un colectivo de mujeres en su mayoría, la causa de su falta de autonomía y de reconocimiento, sino que diversas y complejas cuestiones han tenido importancia además de ser mujeres. El propio desarrollo histórico de la profesión, e incluso la relación con la medicina” (Dominguez, 1990: 175).

Para analizar este problema y entender cuáles son las claves del desarrollo profesional enfermero, nos proponemos responder las siguientes preguntas:

¿Cuáles son las claves de la motivación de las enfermeras para el desarrollo de un rol propio, y hasta qué punto influye su feminización y la carga cultural de su rol central, que son los cuidados?

¿Coincide la imagen y expectativas hacia la Enfermería, de los usuarios, médicos y gestores, con las competencias que se desprenden de su formación curricular actual?

¿Existe coherencia entre los discursos de los distintos actores de las organizaciones sanitarias sobre el desarrollo del rol enfermero?

II. Fundamentos teóricos

El género: clasificador de profesiones y asignador de desigualdades de poder.

La construcción científica y social del cuerpo femenino ha impuesto y justificado las relaciones de género y división sexuada del trabajo. La sociedad ha ido creando imágenes y simbolismos que han conformado los distintos roles sociales y las distintas ocupaciones a las que se les ha atribuido un cuerpo con un determinado sexo, vinculándolo a desigualdades de poder.

Trasladadas estas ideas a la utilización que se ha dado de la imagen femenina de las enfermeras, nos ayuda a comprender cómo esta profesión arrastra, a pesar de los cambios que ha habido, una carga simbólica que interfiere de forma más o menos consciente en su desarrollo profesional y en la que influyen dos aspectos que se solapan: por una parte la alta feminización del colectivo profesional y por otra, la naturaleza tradicionalmente femenina de su rol central que son los cuidados. Beneria dice que para analizar las relaciones de género y la división sexual del trabajo debemos partir de que:

“La división sexual del trabajo constituye el origen de la discriminación que las mujeres sufren por razón de género [...] la actividad económica de la mujer se origina en su función específica, en la reproducción de la fuerza de trabajo. En esta función se encuentra la raíz de las diferentes formas que la subordinación de la mujer ha adoptado en las diversas sociedades” (Beneria, 1981: 55).

El concepto manejado por la ciencia para explicar las diferencias entre varón y mujer ha sido el de sexo. Este concepto marca las diferencias orgánicas entre macho y hembra, diferencias que se han constituido de acuerdo con perspectivas investigadoras de carácter androcéntrico, tomando al varón o lo masculino como referente, y legitimando las relaciones sociales asimétricas de género. Esta diferencia lleva asociada una carga de inferioridad que fue orgánica hasta el siglo XVIII y que a partir del XIX se convirtió en inferioridad intelectual

A este respecto se encuentran numerosas fuentes históricas; por ejemplo algunos tratados de medicina, como Huarte de San Juan (1575), analizado por Femenías (1992: 15-29), y otros como Adelon (1812); Monlau (1865). Oms (1840). Muchas de estas obras justifican la inferioridad de la mujer con respecto al varón, basándose en las diferencias de sus cuerpos. Estos tratados, se basaban en Aristóteles, Platón y Galeno, y sus teorías siguieron vigentes en el siglo XIX y principios del XX.

En la actualidad existen numerosas obras sobre género, ciencia y epistemología feminista, que demuestran que esta diferenciación basada en el sexo es una de las múltiples formas de explotación del cuerpo de la mujer y a la vez una de las más universales, también muestran cómo todo esto ha influido en la asignación de los distintos roles profesionales. (Cabré 2001. Flecha, 2001. Ortiz, 2001).

Una vez conocido cómo la división social de los roles masculino y femenino parten de la visión desigual e inferior de las mujeres, y propicia diferencias en las formas de relacionarse y distribuir el poder según el sexo, queremos también mostrar cómo puede estar pesando la historia de la profesión en la enfermería actual, que sigue siendo mayoritariamente femenina.

Los Antecedentes históricos de la enfermería y sus orígenes femeninos

La enfermería como profesión y como ciencia resurge al tiempo que la mujer consigue disminuir las desigualdades y demuestra que los trabajos que la sociedad “asigna” a las mujeres son tan importantes como los de los varones:

“debido a que la historia ha sido elaborada por varones, la poca información disponible sobre la actividad de las mujeres debe ser examinada con mentalidad crítica, en la medida en que pueda encontrarse totalmente sesgada por el punto de vista masculino” (Duby; Perrot, 1993: 103).

De los antecedentes históricos podemos intuir que, mientras la condición social de las mujeres, y con ellas la enfermería, ha sido una condición de reclusión, de invisibilidad, de subordinación, la enfermería como profesión no ha existido. “Durante los períodos en que la mujer estuvo rigurosamente confinada al hogar por imposiciones sociales y sus energías se dirigieron exclusivamente a la vida familiar, la enfermería debió adoptar un carácter de arte doméstico” (Donahue, 1985: 25).

En cualquier texto relativo a la génesis de la enfermería, se puede apreciar cómo la historia de ésta va paralela a la historia de la mujer. La enfermera, pues, podría ser el espejo en el que se refleja la situación de la mujer a través de los tiempos. Una muestra de ello queda reflejado en el modo en que el papel social asignado a las mujeres y la más antigua de sus tareas, que es el cuidar, ha quedado en el olvido social, o al menos ha carecido del prestigio que merecía. Este último aspecto es el que trataremos de fundamentar a continuación.

Los cuidados, rol central de la enfermería, situados en torno a las mujeres, a lo natural, lo domestico y privado.

La práctica de cuidar se sitúa en la necesidad de conservación de la especie. La alimentación y las prácticas de conservación han sido inherentes a la mujer. Hemos visto cómo a la mujer se la ha asociado siempre a su rol reproductor:

“Podemos afirmar que a la mujer el rol de madre le corresponde por imperativos biológicos que la sitúan más cerca de la naturaleza, el papel de cuidadora intuitiva, a través de recetas misteriosas repetidas en el más estricto secreto para el hombre, y que proporcionaron a las primeras cuidadoras un bagaje de conocimientos sobre esta actividad” (Hernández Conesa, 1995: 81).

Ortner atribuye la situación de la mujer, según ella denigrante, a su vinculación con lo domestico y su función reproductora. Históricamente se ha asignado de forma universal a la mujer el papel de ser madre, cuidadora y educadora. El varón, a lo largo del tiempo, queda al margen de la tarea de cuidar a los hijos y a los progenitores: “Cuidar a los niños siempre

ha sido, en la civilización occidental, un trabajo asignado a las mujeres” (Ortner, 1979: 116). De esta manera, las mujeres asumen, en la mayoría de los grupos sociales, la función de cuidar (Ortner, 1979. Stolcke, 1992).

Stolcke, señala que las desigualdades sociales se han conceptualizado como si estuvieran basadas en diferencias naturales inmutables. Al igual que hay una tendencia a naturalizar ideológicamente las desigualdades sociales, se han naturalizado las desigualdades de género, (Stolcke, 1992). La dicotomía cultura/naturaleza ha sido identificada por los antropólogos como algo que afecta a los pueblos en muchos lugares diferentes.

Podríamos decir que las expectativas y valores relacionados con los varones y con las mujeres se asocian al hecho claro de ser considerados seres física y socialmente desiguales y no tan sólo diferentes. Desde esta perspectiva de análisis se puede ver cómo la profesión de enfermera, que está ligada a los cuidados del individuo y familia, puede estar arrastrando condicionantes culturales de su rol de cuidadora, ligados a su condición mayoritariamente femenina; este rol ha sido potenciado y transmitido asociando la imagen de la enfermera a una imagen femenina y maternal. Según Florence Nightingale las enfermeras debían ser “*maternales, atentas y compasivas*”, rasgos que se asociaban a la feminidad (Cfr. Choen, 1988: 16).

Estos antecedentes marcan el desarrollo profesional de las enfermeras en forma de condicionantes culturales que impregnan a la organización, y con ella a gestores, usuarios y los distintos estamentos profesionales sin excluir a la propia enfermería, por lo que conviene también observar la lógica de las relaciones de poder entre la enfermería y la medicina ya que estos condicionantes servirán de premisa para conocer las características de la enfermería actual como disciplina científica y sus dificultades para un desarrollo profesional independiente.

III. Ficha metodológica

Diseño: Cualitativo (método etnográfico). El trabajo de campo comenzó en enero de 2005 con su fase exploratoria y concluyó en mayo de 2007. El informe final titulado “Cultura Organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras”, se presentó como tesis doctoral en la universidad de Granada (2008).

Técnicas de recogida datos: Entrevistas individuales y observación participante. Para una comprensión general de los procesos estudiados, se llevó a cabo una observación sistemática y controlada en su entorno natural.

Ámbito, universo, población y sujetos del estudio: El universo de estudio estuvo compuesto por los enfermeros y enfermeras que trabajan en áreas de atención primaria y hospitalaria de Granada: hospitalización (plantas médicas y quirúrgicas), servicios diagnósticos (Radiología, Laboratorios, Radioterapia, M. Nuclear) y centros de salud.

Sujetos de estudio: Supervisores, enfermeros, médicos y gestores que trabajan en unidades del ámbito de estudio y pacientes usuarios de los mismos.

Cobertura y muestreo: Se ha realizado un muestreo no probabilístico estratificado e intencional, previa segmentación de la población. En el caso de los profesionales se siguieron como criterios variables de sexo, estamento profesional y lugar de trabajo, y en el caso de los pacientes los criterios de segmentación fueron que estuvieran o no ingresados en el momento de la entrevista, intentando de esta forma controlar sesgos que pudieran introducir los pacientes bien por no atreverse a mostrar sus opiniones sobre los profesionales durante el ingreso o bien para controlar sesgos de memoria en el caso de los que llevaban tiempo de alta. De esta forma creemos que se ha conseguido conocer la posible heterogeneidad de los distintos participantes.

Sujetos de estudio y técnicas de recogida de datos: 1). Entrevistas a supervisoras de todas las unidades del ámbito de estudio, que hicieron de informantes cualificados y facilitaron la

entrada al campo: 2). Entrevistas a enfermeras y enfermeros que trabajan en hospitalización y servicios especiales y centros de salud. 3). Entrevistas a médicos de los servicios hospitalarios y centros de salud, por ser los que tienen relación con los enfermeros del estudio. Se ha realizado un total de 43 entrevistas (35 a profesionales, 8 a usuarios y 2 a gestores. Para salvaguardar los aspectos éticos, se explicaba brevemente la finalidad, se solicitaba permiso para grabar y se aseguraba confidencialidad. Para las entrevistas se siguió un guión semiestructurado, que fue modificándose en base a las dimensiones de análisis que iban surgiendo. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 60 y 80 min. El número de entrevistas para cada perfil lo determinó la saturación de la información.

Criterios de inclusión: Para los profesionales, experiencia profesional de al menos 10 años, y para los pacientes, estar ingresado al menos 14 días o haber sido dado de alta, aproximadamente, un mes antes de la entrevista. Han quedado excluidos aquellos pacientes que presentaran un estado de salud grave o alguna perturbación mental que les impidiera comunicarse.

Observación participante: Durante siete meses (octubre, noviembre de 2005 y enero, febrero, marzo, abril y mayo de 2006) se observaron repetidamente y de forma intensiva, interactiva y controlada los acontecimientos producidos dentro del ámbito del estudio, utilizando un diario de campo cronológico para el registro del comportamiento y discurso de los sujetos, de acuerdo a un protocolo de categorías analíticas previamente establecido.

IV. Discusión de los resultados

La categoría “género” constituye una construcción simbólica en la que se intentan englobar las relaciones entre varones y mujeres, generalmente en situación de desigualdad, como expusimos anteriormente (Cabré y Salomón, 2001. Flecha, 2001. Laqueur, 1994. Martín Casares, 2006. Ortner, 1979. Ortiz, 2001. Rosaldo, 1979. Scout, 1990).

En este sentido, la división sexual del trabajo ha sido un determinante básico en la construcción e internalización de los valores de la cultura organizacional, que las instituciones sanitarias de nuestro estudio han importado de los valores de la sociedad donde están enclavadas y que ha ejercido y ejerce una gran influencia en el desarrollo profesional de las enfermeras. Esto ha quedado evidenciado en este trabajo a través de los datos recogidos, de acuerdo a las distintas categorías de análisis, y también reforzado por la bibliografía existente al respecto.

Para responder a las preguntas inicialmente formuladas, discutiremos los resultados en base a dos apartados: 1. Minusvaloración de los cuidados frente a los procedimientos técnicos. 2. División sexuada del trabajo.

Minusvaloración de los cuidados frente a los procedimientos técnicos e instrumentales

Profundizaremos aquí en cómo las enfermeras minusvaloran las tareas de cuidados (rol propio) y priorizan las actividades más técnicas (rol de colaboración). Pensamos que ésta es una de las razones de la invisibilidad de los cuidados, que además, propicia la dificultad para conocer y analizar las cargas de trabajo de las enfermeras.

El trabajo central de la enfermera es “el cuidar”, cuidar significa poner al cuerpo en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe, también significa ayudar o sustituir a la persona para que recupere la independencia perdida a causa de una alteración en la salud, o en un determinado ciclo vital (infancia, vejez), y que la persona no puede superar por falta de fuerza, voluntad o conocimientos. Por tanto, cuidar es ayudar, sustituir, convencer y enseñar a superar la enfermedad o aprender a vivir con ella lo mejor posible (Henderson, 1994).

El origen de los cuidados está situado primariamente en el hecho de procrear y de manera secundaria en el de mantener y proteger la especie humana. Históricamente el cuidado ha sido un trabajo invisible, no considerado ni social ni económicamente ya que, al ser catalogado como parte de la propia “naturaleza” de las mujeres, no tenía ningún valor social. La invisibilidad laboral de las mujeres, en muchos aspectos, todavía perdura y son varios los autores que hacen una analogía entre lo que tienen de “natural”, y por tanto, exento de valor, los cuidados domésticos, y lo que tienen de natural las funciones propias de enfermería cuyo rol central, como ya hemos visto antes, son los cuidados de los pacientes (Alberdi, 1997. Canals, 1985. Juárez, 2002. Lurandi 2002. Picio, 1997. Tomás; 1998).

Todo esto ha quedado de manifiesto tanto en las observaciones como en las entrevistas, donde hemos visto cómo en la mayoría de los puestos de trabajo, se produce un escamoteo de algunos segmentos del proceso de trabajo que corresponden a la función propia de la enfermería, y se priorizan categorías cuyas funciones se realizan ejecutando ordenes de otros, ya que esto es lo que se exige explícitamente y es aquello por lo que se les pide responsabilidades por parte de médicos, gestores y pacientes.

Sin embargo, no podemos continuar sin primero resaltar la importancia de las actividades y tareas de colaboración con el médico (realización de procedimientos técnicos, prescripciones terapéuticas y vigilancia de problemas y/o complicaciones, a través de la detección precoz de signos y síntomas), tareas enfermeras que no deben considerarse meramente mecánicas o instrumentales, ya que también provocan cambios en el objetivo del trabajo (el paciente), es decir, proporcionan información a los médicos u otros profesionales del equipo de salud, y precisan de una elaboración e interpretación de información, que transmitida a quien da las ordenes (los médicos), les permite tomar decisiones; por ello, estas actividades enfermeras, constituyen una parte fundamental para la toma de decisiones y la atención al paciente.

Estas tareas de colaboración, que adquieren su máxima importancia en el ámbito hospitalario, se antepone siempre a las tareas más propias e independientes de las enfermeras, como acompañar, convencer, consolar, etc. (consideradas “femeninas” o “domésticas”), y nunca quedan reflejadas, como si no tuvieran importancia, no fueran profesionales o no existieran. Sirva como ejemplo la siguiente situación observada:

-En una planta de cirugía una paciente obesa se encuentra tendida en la cama y respira con dificultad. La paciente lleva 24 horas operada y está rodeada de sus familiares más próximos que la miran con preocupación. La enfermera le informa de la conveniencia de levantarse y permanecer un rato sentada para ir incorporándose poco a poco a la normalidad. La paciente rehúsa hacerlo por temor, por desconocimiento, y porque se siente anímicamente incapaz. *“Ya sé que el médico ha dicho esta mañana que me levante, pero yo no puedo tirar [...] y si se me saltan los puntos [...] no, que no me levanto”*

-La enfermera observa cómo los familiares asienten con la cabeza apoyando la reacción de la paciente. La enfermera habla con los familiares y selecciona al cuidador principal, se trata de una mujer también obesa que es hermana de la paciente, después de hablarle, esta despide a los demás familiares. La enfermera se sienta en un lado de la cama y explica a la paciente, cogiéndole el brazo, por qué es conveniente que se levante, negocia con ella que intente levantarse solo 10 minutos, le explica cómo sujetarse la herida y le pone un calmante; con ayuda de la hermana consiguen que la paciente se siente primero en el extremo de la cama, permanezca así unos minutos y luego se sienta en el sillón, mientras caminan hacia el sillón le cuenta sus experiencias con otras pacientes y le asegura que en un par de días se podrá levantar sin ayuda. La enfermera le ha enseñado, la ha convencido y le ha hecho llegar a

un compromiso. La enfermera, una vez ha conseguido su objetivo, regresa al control de enfermería, y a continuación anota en la historia clínica: *“Le pongo un “Nolotil” en el suero a las 18 horas y se sienta media hora”* (Observación hospital).

Esta y otras observaciones, han mostrado que poco de lo que hacen las enfermeras queda reflejado. En este caso que hemos descrito, a pesar de que se ha valorado la situación, se ha emitido un juicio (diagnostico) y se ha puesto en marcha una serie de acciones, basadas en conocimientos y experiencias profesionales (tratamiento), para resolver el problema, en este caso de “negación ineficaz” o “enfrentamiento inefectivo” de la paciente para levantarse, sin embargo nada queda reflejado, exceptuando el analgésico.

Otro ejemplo que refuerza lo dicho anteriormente, lo tomamos de la observación de las historias clínicas. Al observar la historia clínica de un paciente, aparecen un alto porcentaje de datos que han observado y anotado las enfermeras, de todos ellos solo unos pocos se relacionan con el movimiento y la alimentación o las actitudes del paciente, el resto corresponden a datos que utiliza el médico para la toma de decisiones a lo largo de su evolución: constantes vitales, medición de drenajes y orina, descripción del color, temperatura, sudoración, etc.; analíticas, sueros y medicación que se le han puesto, todos ellos anotados en orden cronológico. Esta continua omisión de las actividades “propias” de enfermería refleja el poderoso arraigo entre las enfermeras hospitalarias del modelo de asistencia médico hegemónico:

[...] a veces no escribimos por falta de tiempo y claro, no escribimos nada, solo queda constancia de lo gordo [...] si se le ha retirado la vía, si lo meten en quirófano (Enfermera planta hospital).

En el universo de estudio que nos ocupa, esto ha sido propiciado, en parte, por el predominio del modelo médico hegemónico, centrado en la enfermedad, y los problemas biofísicos, frente a la visión humanista que proponen los modelos conceptuales de los cuidados de enfermería (Comelles, 1993. Martínez, 2000).

Muchas de las responsabilidades asistenciales, incluso algunas competencias que han sido conquistadas por la enfermería en los últimos tiempos, sólo son conquistas en apariencia. La causa de esto es que permiten al médico concentrarse en nuevos y sofisticados conocimientos y técnicas, delegando todo aquello que ha sido superado o ha dejado de tener un interés fundamental. Para aclarar esto describimos una escena en una unidad de reanimación:

-Varios médicos rodean un aparato que mide el gasto cardíaco, la presión arterial, la presión venosa, la saturación de O₂ y un sinnúmero de parámetros útiles para el diagnóstico y tratamiento de un paciente en estado crítico, uno de ellos les da explicaciones a los demás y toma notas, medidas y cálculos sobre la información del aparato, esto le retiene cerca de una hora al pie del paciente que sigue con cara de incertidumbre y displicencia los movimientos del médico. Mientras esto ocurre, en el centro de la habitación, donde por tratarse de una unidad de alta vigilancia los pacientes están alineados y separados unos de otros por dos metros escasos y donde todos están ampliamente monitorizados con abundancia de cables y aparatos, se encuentran varias enfermeras que contemplan la escena entre indiferentes y curiosas y a las que en ningún momento se les ha dicho nada sobre el futuro, la utilidad, o el manejo del aparato. Sin embargo, parecen saber que dentro de unos días tendrán que

utilizarlo y manejarlo con algún paciente, de la misma manera que en este momento realizan otros procedimientos.

- Una enfermera, al contemplar la escena, dice con resignación e ironía: *“Dejarlos que jueguen, cuando deje de ser novedad y sea un latazo, nos lo explicarán y nos lo endosarán”*. -Una segunda enfermera dice: *“Y para lo que ahora somos tontas tendremos que ser listas”*. -Otra un poco más alejada, participa de la conversación: *“Yo llevo al enfermo y no me han dicho ni pío, [...] por el día tonta y por la noche lista”* (refiriéndose a que en el turno de noche en el que el médico duerme y solo acude si la enfermera le llama, por lo que las enfermeras deben llamar solo en casos de necesidad o de duda importante, aunque esta norma no esté explícita y/o formalizada) (Observación hospital).

División sexuada del trabajo.

La feminización de la enfermería repercute en la distribución de los puestos de trabajo e interfiere en su desarrollo profesional y en la productividad laboral. Hemos visto cómo en las organizaciones ámbito de nuestro estudio, prevalecen actitudes que muestran cómo se le confiere a los cuidados una categoría inferior, y los aleja de lo *“científico”* (lo gordo, en el discurso de las enfermeras) para situarlo en lo *“doméstico”*. Esto ha sido propiciado por una visión sesgada, que históricamente ha categorizado y distribuido los roles sociales en *“femeninos”* y *“masculinos”*, asociando los segundos a una categoría superior o dominante. Prueba de ello es, como hemos visto, que los enfermeros varones buscan puestos de trabajo más acordes con lo que la sociedad categoriza de *“masculino, independiente o profesional”*, y cómo aquí el género juega un importante papel en la asignación de roles y valores culturales que se asignan a las distintas tareas.

Observando las plantas de hospitalización, no es difícil comprobar a simple vista la mayoría de enfermeras en el área de hospitalización, mientras los laboratorios, RX, Radio-terapia, que son unidades con mucho personal de enfermería, disponen de una mayor concentración de enfermeros varones (en RX de veinte enfermeros catorce son hombres). No es casualidad que en estas unidades se ejerza un trabajo más técnico y más independiente.

En general los puestos de trabajo mayoritariamente ocupados por mujeres, se caracterizan por un trabajo con más dependencia de las decisiones médicas y más tareas directas con los pacientes. Esto no sólo lo hemos observado, sino que también se ha desprendido de las opiniones de las enfermeras y de los médicos, como veremos más adelante.

En los puestos de hospitalización hemos comprobado que la enfermera, realiza tareas mayoritariamente delegadas o de colaboración, donde el trabajo y las decisiones se generan a partir de unas ordenes de otros profesionales, que controlan y evalúan sus resultados a través de la respuesta de mejoría o reacción del paciente. Mientras que en laboratorios, RX, medicina nuclear, u otros servicios diagnósticos, el enfermero realiza un trabajo, que aunque se lo reclama el médico, éste tiene que creer el resultado (la relación de agencia en la que el principal es el médico y el agente en el que hay que confiar es el enfermero), relacionándose de esta forma no como subordinado, sino como cliente al que compra un producto, en este caso una radiografía o el resultado de un análisis, tal y como ya hemos descrito en otro apartado:

Yo aquí estoy más a gusto que en la planta, aquí no tengo que dar cuentas, hago lo que tengo que hacer y nadie cuestiona lo que hago, soy dueño y señor” (Enfermero servicio especial hospital).

En la planta también tenemos hombres, pero siempre van buscando cómo irse de aquí, alguno ha sido supervisor, aunque hace tiempo que todas son

supervisoras. Tuvimos a un tal Pablo que terminó de jefe, otro que las fue buscando hasta que, como era de un sindicato, se liberó de trabajar; ahora solo tenemos uno y es muy bueno, creo que le han echado los tejos para algo de ordenadores, acabará yéndose, el trabajo de esta planta, pega más a las mujeres que a los hombres, si no, mira, y no es la única planta, vas a RX y son mayoría hombres, y no creo que sea porque las mujeres tienen miedo por si se quedan embarazadas, no, eso es porque a los hombres les va más lo de las máquinas y todo eso (Médico planta hospital).

Esto que ha sido observado en este hospital, viene ratificado por otros trabajos en los que se observa en general que actualmente en enfermería, la mayor parte de los puestos de trabajo relacionados con el cuidado, están ocupados por mujeres, mientras que los que suponen el manejo de aparatos o la realización de técnicas paramédicas, socialmente mejor vistas, son desempeñadas por varones. Las enfermeras, en cambio, han ejercido mayoritariamente su actividad en instituciones, principalmente en hospitales adscritos históricamente a roles dependientes de otros profesionales (Alberdi, 1995, 1997. Tomás, 1998. Zapico, 2003).

Salta a la vista cómo la masculinidad es un valor compartido en casi todos los ámbitos sanitarios, entre los médicos, determinadas especialidades han sido características y casi exclusivas de varones, sobre todo las quirúrgicas, no es casualidad que éstas sean las de mayor realce social. Aunque esto parece estar cambiando y cada vez hay más doctoras, el cambio todavía no se refleja en la mayoría de las unidades de hospitalización; el hospital ámbito del estudio, en la especialidad de cirugía general tiene contratadas cuatro cirujanas frente a veintisiete cirujanos. Sobre este último dato comentaba un cirujano de sus colegas femeninas:

hay especialidades que una mujer no debería elegir, no me malinterpretes, no se me vaya a tachar de machista, que no lo soy. Yo tengo hijas y una quiere estudiar medicina, y yo no les aconsejaría ninguna especialidad quirúrgica. A parte de que es muy duro, muchas guardias y eso, es también cuestión de fuerza física. Si hay que tirar de un separador y mantener la fuerza un rato, no puede una mujer; es una cuestión biológica. Yo le temo cuando están de guardia las niñas (las cirujanas MIR que hacen la especialidad), es que por más que quieran no es lo mismo [...] ves, si me dices anestesia, es otra cosa (Médico planta hospital).

Cabe decir, que en los últimos años se están incorporando a las filas de la medicina más mujeres que hombres, lo cual sin duda alguna supondrá un gran impacto en la cultura de las organizaciones sanitarias, y eso en el futuro podrá constituir una interesante línea de investigación.

Ahondando en el tema, sobre los enfermeros varones, en primer lugar, habría que aclarar que en la actualidad el colectivo enfermero está compuesto tanto por hombres como por mujeres, que si bien antes estaban separados, en la actualidad forman un único cuerpo profesional, que engloba a dos antiguas ramas “femeninas”, enfermeras y matronas y su rama “masculina”, que estaba formada por practicantes¹. Aunque de esto ya hace 30 años, sin em-

¹ Esta diferencia de profesionales en razón de sexo se hacía patente incluso en la organización de la enseñanza, ya que hasta 1972 se obligaba a las mujeres a estudiar en régimen de internado, no permitiéndose en ningún caso la educación conjunta. Así mismo, existía alguna diferencia en las teorías y prácticas que debían realizar los alumnos de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos y masculinos. Las mujeres debían cursar en los tres años una asignatura denominada “Enseñanzas del hogar” y los masculinos “Autopsia medico legal” que no la tenían las mujeres.

bargo, podemos recordar el predominio de la práctica privada liberal entre los practicantes, o la gran autonomía profesional de la que gozaban (García; Martínez, 2001.Ortega, 2002).

A pesar de la incorporación de los hombres a la profesión en las últimas décadas, ésta no ha tenido un ritmo ascendente como ocurría años atrás, lo cual no sólo ocurre en España sino también en otros países del entorno europeo (Peya, 2004).

También existen datos sobre la Enfermería de EEUU que muestran que en el año 1980 un 2,7% de las enfermeras eran hombres, esta cifra ha variado aunque no mucho, los datos del año 2000 la han elevado a un 5,4%. En estas mismas fuentes expresan que, todas las campañas publicitarias y publicaciones en EEUU, tienen una orientación manifiesta hacia las mujeres y achacan la escasez de hombres a los estereotipos y el desconocimiento sobre la profesión. Sendos profesores especialistas en Enfermería Clínica de La Lincoln Memorial School of Nursing, de la Universidad de Kentucky y de la Universidad de Carolina University Greenville (este último presidente de la American Assembly for Menin Nursing), coinciden en decir que para captar más hombres a la enfermería hay que mostrar un perfil positivo de la profesión, reforzando la imagen de independencia, oportunidades, retos, aprendizaje durante toda la vida y servicio a los demás, dominio de las tecnologías, además de la colaboración con el médico. También hacen énfasis en que hay que mostrar “cualquier cosa que no sea una imagen femenina o pasiva” (Tranbanger, 2004).

Estas opiniones refuerzan la idea de que los varones buscan autonomía e independencia y dominio tecnológico, valores que siempre se han relacionado con la masculinidad. No hace muchos años en EEUU la American Nurses Association, pionera en la investigación y desarrollo profesional de la enfermería y que de alguna manera ha marcado las pautas de este desarrollo a nivel internacional, no permitía el acceso a los hombres (Editorial, Nursing, 2004)²

Según datos del Consejo General de Enfermería³, publicados en su revista mensual, solo el 17.57% de la enfermería española está compuesta por hombres. La provincia española que más hombres tiene es Murcia con un 40.92% en contraposición con Navarra que pese a ser la comunidad autónoma que más enfermeras tiene, solo el 4.98% son hombres; a nivel nacional esta cifra se reduce a un 4.92%. En Granada, según fuentes del sindicato profesional SATSE la cifra de hombres sube al 29%. (Consejo Gen. de Enf., 2006)⁴. Como hemos dicho, esto no es una característica de la enfermería española, sino que caracteriza a la enfermería mundial. (Peya, 2004).

Es también importante destacar la desproporcionada presencia de hombres en las juntas de los colegios profesionales, los sindicatos y los puestos de gestión, como si quisieran ser asociados a imágenes más masculinas, aunque en esto haya lógicas excepciones (Canals, 1985. Tomás, 1998):

“Ese valor que se le da a la masculinidad de algunas tareas de las enfermeras, perpetúa una situación de inferioridad de la enfermera con respecto a los médicos y enfermeros, a quienes cedemos puestos de mayor nivel en la organización, otorgándoles en el trabajo el mismo papel que en la familia: el de jefe, el de experto. Esta es otra de las razones por las que los cuidados han sido históricamente poco valorados; porque han recibido la misma consideración que las tareas de casa” (Tomás, 1998: 121).

2 Editorial publicado en la revista Nursing de la edición española y traducido con el título “¿Dónde están los hombres?”, en este artículo se muestran las opiniones de personas relevantes de la enfermería Norteamericana, que aportan datos y expresan opiniones sobre la escasez de hombres en la Enfermería de EEUU. *¿Dónde están los hombres?* (Editorial) Nursing 2004; 22(2) 45-47.

3 Órgano de entidad nacional que reúne a todos los colegios de Diplomados en enfermería y matronas.

4 Artículo editorial: Aumentan las desigualdades entre CCAA en las ratios de enfermeros. *Rev. Enfermería Facultativa* (Año X Nueva Época) 2006; 99: 6-9.

El valor de la masculinidad condiciona de forma importante la vida profesional de las enfermeras, éstas tienden a ceder los puestos de responsabilidad, y a supeditar su formación y participación en el ámbito laboral a las tareas domésticas (recordemos la enfermera que decía: “*mi currículo son mi marido y mis hijos*”), no obstante, existen excepciones.

Otro aspecto a resaltar es la gran deserción profesional que se da en la enfermería. Ésta puede deberse a que al ser un colectivo mayoritariamente femenino, le es más difícil compatibilizar las labores domésticas con las profesionales, agravado esto por la dureza del trabajo y los desordenes horarios que ya hemos comentado (turnos de trabajo rotatorios de mañana, tarde y noche). En este sentido se expresan algunos autores (Creus i Virgili, 1999. Quintana, 2000. Sánchez, 1999); sin embargo, este es un fenómeno en cuyo estudio no se ha profundizado y que podría constituir otra línea de investigación.

También el mencionado alto absentismo, del que se quejan los gestores y algunas supervisoras, podría ser reflejo de tal situación, aunque hay trabajos que lo relacionan más con la insatisfacción laboral (García y Calle, 2000).

Sobre la satisfacción laboral existen estudios que muestran que un 69,5% de las enfermeras americanas no están satisfechos profesionalmente. También identifican una falta de motivación en el colectivo enfermero que muestra que un 18 % de los enfermeros americanos acaban trabajando en otros sectores⁵. En España también hay autores que refieren la falta de motivación en el colectivo (Fraga, 2001).

En las entrevistas a las supervisoras hemos comprobado como éstas atribuyen parte del absentismo laboral de las enfermeras, no siempre a una incapacidad laboral por enfermedad, ya que en numerosas ocasiones, esto tiene como causa de fondo algún problema familiar o doméstico relacionado con el cuidado de los hijos o de una persona mayor o dependiente:

[...] y me dice que no puede tirar más, que su madre es pa ella, que está agotá [...] claro, la baja reza que tiene dolor de espalda, pero lo que pasa es que tiene a la madre en cama (Supervisora planta hospital).

Aquí hay una que todos los días llega tarde porque tiene que dejar los niños en la guardería, yo creo que si una se pone a trabajar, tiene que dejar las cosas resueltas, que yo bien que me tomé una excedencia para no tener que estar fastidiando a mis compañeras (Supervisora planta hospital).

La gran rotación por las distintas unidades hospitalarias y entre niveles asistenciales, puede deberse también a estas causas, a una continua búsqueda de satisfacción en el trabajo y a un respiro de la presión asistencial, así se aprecia en algunos discursos:

[...] me sentía poco reconocido [en la planta], necesitaba un cambio, yo no me fui a descansar [eligió radioterapia], sino a buscar cosas que me llenaran” (Enfermero servicio especial, hospital).

Como ya hemos comentado, los estereotipos de género son muchos y tienen por objeto que parezca “natural” que unas tareas sean realizadas por los varones y otras por las mujeres. Los roles se asignan en función del sexo; los varones y mujeres intentan ser congruentes con aquello que el grupo social espera de ellos. El estereotipo masculino, valorado muy positivamente, nos muestra a los varones abiertos a la sociedad, triunfadores, desarrollando actividades prestigiosas y que les confieren poder. El estereotipo femenino muestra el traba-

⁵ Estos y otros datos sobre los enfermeros estadounidenses, aparecen en un estudio que compara los años 80 con los 2000. Departamento de estudios de las profesiones de salud de EEUU: Department of heat and human services (DHHS). <http://www.bhpr.hrsa.healthworkforce/msurvey>

jo de la mujer en casa con los hijos, llevándolos al colegio, preparando la comida, lavando la ropa, cuidándolos cuando están enfermos, asignándole una categoría inferior.

En muchas situaciones vividas durante nuestra observación sistemática, ha quedado constatado, cómo el acto de cuidar está impregnado de valores y cualidades que están muy alejados del modelo masculino que la sociedad espera, potencia y sobrevalora. En una planta de cirugía, se pudo observar durante tres días la diferente actitud entre un enfermero y dos enfermeras frente a las mismas tareas:

-Son las 9 de la mañana y es hora de los desayunos; la camarera debe repartir las bandejas en las distintas habitaciones, mientras que la enfermera debe supervisar uno a uno los desayunos para asegurarse de que son los adecuados para cada paciente (dieta hiperprotéica, dieta sin sal, dieta de diabético, etc.). Hay en este momento, en la planta, cinco pacientes diabéticos que necesitan su inyección de insulina inmediatamente antes de desayunar, durante los tres días de observación había en la planta dos enfermeras y un enfermero, y en todos los casos la enfermera reparte y supervisa el desayuno y el enfermero pone las insulinas y el resto de medicación (Observación hospital).

Una escena parecida observo en reanimación donde también en uno de los turnos durante dos días consecutivos hay un varón (único varón enfermero base, además del supervisor):

-A primera hora de la mañana los pacientes deben ser lavados en cama ya que se encuentran recién operados y no pueden levantarse para ir al aseo, uno de ellos debe sentarse en un sillón. El aseo de los pacientes empieza por la cara y se extiende a todas las partes del cuerpo, para lo cual se utiliza una esponja húmeda que se va aclarando en un recipiente con agua. En la unidad hay tres pacientes el primer día y cuatro el segundo; en ambos días es el personal femenino el que colabora en el aseo y cuidados del cuerpo de los pacientes (aseo, alineación del cuerpo, observación del estado de la piel, peinado, cambio de apósito); mientras el enfermero masculino realiza distintas tareas: llama al laboratorio, extrae muestras de sangre, habla con un médico o prepara un suero. Para el reparto de tareas, no ha habido acuerdo explícito entre ellos.

-Más tarde las enfermeras y auxiliares requieren la presencia del enfermero para que ayude a una celadora (poco corpulenta) a sentar a un paciente en un sillón. Posteriormente hablan entre ellos para repartirse las áreas de trabajo y a partir de ese momento cada enfermero atiende a dos o tres pacientes de forma global. La escena se repite de la misma manera los dos días que hay enfermero masculino. (Observación hospital).

Retomando el trabajo de Ortner (1979) y Rosaldo (1979), se explica que la relación mujer/naturaleza tiene una asociación directa con la relación mujer/espacio doméstico, en clara oposición al espacio público de la vida social. Durante gran parte de la historia de la especie humana, el rol social de las mujeres se ajusta a lo natural y queda reducido a la familia, mientras que el rol social de los varones queda abierto a lo social y cultural. Está claro, pues, que los varones se identifican con la sociedad y con aquello que es público, y las mujeres con la familia y lo privado o doméstico. Podemos decir que esto, se mantiene en la actualidad y marca diferencias entre enfermeros de distinto sexo aunque en el discurso de algunos enfermeros no aparece y en el de otros, que lo admiten, dicen que esto está cambiando.

Las cosas han cambiado, yo recuerdo como Paco [un enfermero que lleva muchos años en la planta] siempre le dejábamos para que escribiera él los

datos de admisión en el ordenador, cuando hay una bomba o un aparato pues a él, los hombres tienen más habilidad con esas cosas, y luego cuando hay fútbol [...] me da cosa [...] cuando el fútbol, le dejamos que se vaya antes, pero también le dábamos la lata y cuando había que mover un enfermo lo llamábamos a él, bueno, en algunas cosas lo hemos acostumbrado mal y sigue haciendo lo mismo, pero a los nuevos no se lo consentimos, además, ya la gente joven que viene es de otra manera (Enfermera planta hospital).

También los médicos cuando se refieren a la realización de procedimientos técnicos dicen preferir a los enfermeros hombres porque según ellos:

[...] son más profesionales y toman más decisiones (Médico hospital).

Sobre esto último, aparece de forma recurrente en los entrevistados la idea de que los pacientes, a priori, relacionan hombres con médicos y mujeres con enfermeras:

[...] a mí me llaman doctor y a la doctora señorita (Enfermero servicio especial hospital).

En todos los discursos de las entrevistas, tanto en atención primaria como especializada, se detecta la percepción de las enfermeras de que las mujeres suelen formarse menos que los hombres por tener más cargas familiares, la mayoría de las enfermeras alegan esto como un impedimento para seguir formándose, aunque aparecen otras razones como la falta de oportunidades económicas y de accesibilidad y la necesidad de desconectar del trabajo en las horas libres:

No me dan días y sí me cuesta un dinero, que no puedo cargar a mi familia [...] los cursos y los trabajos tienen que ser en horario de trabajo, pero esto aquí es imposible, porque no hay tiempo ni para respirar (Enfermero planta hospital).

Yo no puedo estar toda la mañana trabajando y no poder desconectarme por la tarde, los médicos están con los pacientes 20 minutos, y pueden hacer otras cosas pero nosotros todo el día. [...] vete una mañana a la biblioteca, ¿Quién hay?, desde luego enfermeros no (Enfermero centro de salud).

Sobre esto último podemos encontrar trabajos, donde se comenta cómo las enfermeras y los médicos necesitan defenderse de la dureza y el horror ante la permanente presencia del sufrimiento, y lo suelen hacer distanciándose y poniendo barreras de distinta índole (Comelles, 2000: 317).

Otro signo de la minusvaloración de los cuidados frente a lo técnico o instrumental, es la resistencia a dejar de utilizar el antiguo nombre con el que se denominaba al enfermero: Ayudante Técnico Sanitario (ATS); este nombre representa, al menos en España, la profesionalización de lo que hasta el momento eran las enfermeras, y añadía como valor el conocimiento de ciertas tecnologías que le eran propias y casi exclusivas y unificaba en un mismo título a hombres y mujeres, sustituyendo las denominaciones anteriores de enfermera para las mujeres y practicante para los hombres.

A pesar de que hace más de 25 años que la enfermería es universitaria y que su actual currículo exige una mayor preparación, ciertos sectores de la profesión son reacios a utilizar el nombre de Enfermero (Diplomado en Enfermería) y siguen alegando ser ATS. Esto puede verse en rótulos en los que se anuncian algunas consultas e incluso en los medios de

comunicación, incluidos los cercanos a la medicina y los propios colegios profesionales. Un enfermero de un centro de salud, manifestaba al preguntarle cómo se presentaba a los pacientes cuando iba por primera vez a un domicilio:

[...] si digo que soy enfermero, igual no se enteran creen que soy celador o lo que sea, si digo ATS, pues no sé, me relacionan más (Enfermero centro de salud).

Existen trabajos donde se acepta ampliamente la idea de que hay una identificación entre el estereotipo de género femenino y la profesión, fundamentalmente en atención primaria, donde se muestra cómo va cambiando la percepción de la población, por ejemplo los resultados obtenidos en un barrio de Barcelona, donde el 34 % de los encuestados se manifestaron con el criterio de compatibilidad entre enfermería y el sexo masculino, al igual que en un estudio realizado en Murcia, donde sólo el 5 % de los estudiados consideró que el personal de enfermería debe ser mujer (Martínez; Napoine, 1996). No hemos encontrado estudios más actualizados al respecto.

Sin embargo, la percepción en los hospitales es distinta, no hace tantos años en algunas especialidades como Urología, estaba integrada la necesidad de la presencia de algún enfermero, para insertar una sonda vesical a los pacientes masculinos o para cualquier procedimiento que culturalmente resultaba “feo” o violento para las mujeres o los pacientes, sin embargo nadie ha cuestionado que los hombres fueran ginecólogos. Esto puede ser otra muestra de cómo el sistema sociocultural se resiste a atribuir al trabajo de las mujeres una visión profesionalizada por encima de connotaciones o prejuicios culturales.

V. Conclusiones

Destacamos la larga historia de supeditación al médico, como uno de los factores que más han dificultado que la enfermería adquiriese un perfil autónomo. Desde una perspectiva histórica, la enfermería pudo desarrollarse porque resultó necesaria para la profesión médica, que así pudo liberarse de los cuidados delegándolos en manos cualificadas. Este proceso como hemos podido explorar ha continuado hasta hoy en forma de imágenes y símbolos que delimitan las parcelas de poder.

Existe una persistencia en las filas de los profesionales de la medicina, y en las de la enfermería, de una serie de valores culturales entre los que se encuentra la asignación de roles en base a la desigualdades de género que se materializa y se expresa mediante la ordenación coercitiva de las relaciones de poder Interdisciplinarias.

Creemos que la falta de autonomía, poder e independencia de la enfermería puede deberse, entre otras cosas, a la condición mayoritariamente femenina de la profesión. Esto no ha cambiado, o cambia muy lentamente, ya que los patrones de comportamiento androcéntricos (que le exigen priorizar sus roles de madre y esposa) y corporativistas, son difíciles de erradicar, principalmente en el mundo de la medicina, a pesar de la evidente incorporación de mujeres en sus filas en los últimos años. La enfermería tiene aún mucho que hacer en este sentido para desprenderse de su simbología femenina.

Hay que tener presente que es la construcción social y cultural la que establece diferencias entre unos grupos de personas y otros, en este caso entre los varones y las mujeres, y no la biología. Al hilo de esto, podemos entender por qué los enfermeros tienden a ocupar puestos de trabajo vinculados a características que la sociedad adjudica a los roles de género. La sociedad en general, tiende a considerar el poder, la autonomía, y la profesionalidad como rasgos masculinos.

A pesar de que hay un gran número de enfermeras conscientes de que sin autonomía es imposible un desarrollo profesional, sin embargo, se sienten incapaces de emprender cual-

quier proyecto de innovación porque han aprendido que no es posible ni útil cuestionar al que ostenta el poder. De ese modo han interiorizado una cultura forjada en un fuerte autoritarismo que ha logrado incrustar un currículum paralelo, el cual, aunque permanece velado o invisible, es transmitido a las que se van incorporando.

La Enfermería necesita un reconocimiento institucional que se traduzca en apoyos globales, no sólo propiciando nuevas formas de trabajo más autónomas sino también dotándola paralelamente de recursos acordes a la realidad. Pero esto sólo se logrará si la propia enfermería mira hacia dentro y asume con fuerza su responsabilidad en el papel que se le ha encomendado sobre la salud de la población, ejerce sus competencias curriculares, y no se quedan solo en propuestas filosóficas y académicas.

Los cuidados de los usuarios, como rol central de la enfermería y elemento indispensable para contribuir, junto con la medicina, a mejorar la salud de la población, es preciso que sean desarrollados como algo diferente y complementario de las actuaciones médicas, reconociendo su importancia.

Los resultados encontrados en este trabajo son representativos de los casos sujetos a estudio y no se pueden extrapolar a la generalidad de los hospitales y centros de salud del estado español, su credibilidad externa o “congruencia” como la denominan Wittemore y otros (2001: 552-537), debe ser considerada por otros investigadores que trabajen en estudios relacionados. Sin embargo creemos que pueden ser muy similares en todos los centros públicos, donde la cultura organizacional es muy parecida.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a todos los enfermeros, enfermeras, pacientes y gestores, por sus valiosas aportaciones.

Bibliografía

ALBERDI, Rosa M^a.

1995 “Las enfermeras como trabajadoras de empresas en crisis. Motivación y desarrollo profesional”, en *Rev ROL enf.*, 198: 13-16.

1997 “Mujeres enfermeras en España”, en *Rev ROL Enf.*, 223: 64-70.

1999 “La profesión enfermera en España”, en *Rev Metas*, 11: 10-15.

BENERIA, Lourdes

1981 “Reproducción, producción y división sexual del trabajo”, en *Rev Mientras Tanto*, 6: 50-61.

CABRÉ, Monserrat

2001 *Poder académico versus autoridad femenina: La facultad de medicina de París contra Jacoba Felicié en 1322*. Madrid: Icara.

CANALS, Josép

1995 “Cuidar, curar saberes masculinos, funciones femeninas”, en *Jano*, 660-H (29): 365-372.

COMELLES, José

1993 “La Utopía de la atención integral en salud. Autocuidado, atención primaria y atención institucional”, en Alvarez-Dardet, C.; Porta, M. *Revisiones en salud pública*. Barcelona: Mason.

2000 “Tecnología cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo”, en Perdiguero, E.; Comelles, J. M.; y otros. *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Bellaterra.

CREUS i VIRGIL, Mariona

2002 “Los conflictos interprofesionales. Un riesgo”, en *Rev ROL Enf*, 25(6): 416-418.

- CHOEN, Helen
1988 *La enfermería y su identidad profesional*. Barcelona: Grimaldo.
- DOMÍNGUEZ, Carmen
1990 “Feminización de las profesiones sanitarias”, en *Jano*, 909 (38): 69-74.
- DONAHUE, Mark P.
1985 *Historia de la Enfermería*. Barcelona: Doyma.
- DUBY, Georges; PERROT, Michelle
1993 *Historia de las mujeres en occidente*. Madrid: Taurus. (Vol. 5).
- FEMENINAS, M^a Luisa
1992 *Juan de Huarte y la mujer sin “ingenio”, en el examen de ingenios*. Madrid: Dirección General de las mujeres de la comunidad de Madrid.
- FLECHA, Consuelo
2001 *La educación de la mujer según las primeras doctoras en medicina, de la Universidad Española*. Barcelona: Icara.
- FRAGA Diez, I.
2001 “Desmotivación y enfermería: diagnostico del problema”, en *Metas de Enferm*, 38(4): 38-41.
- GARCÍA, C.; MARTÍNEZ M. L.
2001 *La etapa profesional en España*. Madrid: Harcourt.
- GARCÍA, Inmaculada; CALLE, Jesus
2000 *Clima laboral en enfermería en un hospital de 3^{er} nivel. Primer*. Madrid: Univ. Pontificia de Comillas. (Premio del XX Certamen Internacional de Enfermería de S. Juan de Dios.).
- GONZÁLEZ de HARO, M^a Dolores; y otros
2000 “Desempeño profesional en Andalucía. Expectativas y dificultades en Enfermería”, en *Rev. Rol Enf*, 23 (12): 888-894.
- HENDERSON, Virginia
1994 *La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones veinticinco año después*. Madrid: Interamericana.
- HERNANDEZ CONESA, Carmen
1995 *Historia de la enfermería. Un análisis histórico e los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana, Mac Graw-Hill.
- JUÁREZ, L. M.
2002 “La autonomía de los cuidados: competencias y responsabilidades en enfermería”, en *Enferm clín*, 240-241: 48-5.
- LAQUEUR, Thomas
1994 *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra.
- LUNARDI, Valeria; PETER, Elizabeht; GASTALDO Denise
2002 “Are submissive nurses ethical? A reflection on power anorexia”, en *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55(2): 183-188.
- MARTÍN CASARES, Aurelia
2006 *Antropología del Género. Culturas mitos y estereotipos sexuales*. Madrid: Cátedra.
- MARTÍNEZ, C. V.; NAPOINE, M. E.
1996 “Identidad Enfermería. Perspectivas psicoanalíticas”, en *Rev Rol Enf*, 19(217): 27-31.
- MARTÍNEZ, Angel
2000 “Naturaleza, cultura, enfermedad. Una crítica antropológica del modelo biomédico”, en *Trabajo social y salud*, 40: 199-230

- ORTEGA, Maté C
2002 “De ATS a diplomado en enfermería”, en *Rev ROL Enf*, 25 (9): 576-581.
- ORTNER, Sherry
1979 *¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?*. Barcelona: Anagrama.
- ORTIZ, Teresa
2001 *El género, organizador de profesiones sanitarias*. Madrid: Biblioteca Nueva, Minerva.
- PELLA, Margarita
2004 “Editorial”, en *Rev Nursing*, 21(3): 6.
- PICIO, Antonella
1997 *Visibilidad analítica y política del trabajo de reproducción social*. Barcelona: Icaria.
- QUINTANA, M.; LAFUENTE J. M.
2000 “Reserva profesional de enfermería. Un análisis cualitativo en la provincia de Barcelona”, en *Rev. ROL Enf.*, 189: 66: -7
- ROSALDO, Michelle
1979 *Mujer cultura y sociedad: una visión teórica*. Barcelona: Anagrama.
- SCOTT, Joan
1990 *El género una categoría útil para el análisis científico*. Valencia: Alfons el Magnanim.
- SANCHEZ, L.
1999 “La desmotivación causa del alto índice de abandono profesional”, en *Notic. Enfer*, 22: 6-21.
- STOLCKE, Verena
1992 “¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad?”, en *Rev Mientras Tanto*, 48: 87-111.
- TOMÁS VIDAL, Antonia M^a.
1998 “El valor de los cuidados: valores sociales, modelo social y sistema sanitario”, en *Enferm Clín.*, 3 (9): 121-127.
- WITTEMORE, R.; CHASSE, S. K.; MANDLE C. L.
2001 “Validity in qualitative research”, en *Qualitative Health research*, 11(4): 522-537.
- ZAPICO, Florentina; ANDRIAN Jesus
2003 “¿Misoginia en el mundo de la enfermería? Una mirada histórica”, en *Rev. Rol Enf*, 26 (2): 104.